



3 A 5 - AGO 23
WINDSOR
BARRA DA TIJUCA - RJ



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança



REDE D'OR

IDOR
INSTITUTO D'OR
PESQUISA E ENSINO



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

A **5ª MOSTRA DE QUALIDADE REDE D'OR** foi promovida pela Qualidade Corporativa, com o objetivo de divulgarmos as melhores práticas dos hospitais da Rede. A proposta da Mostra é a divulgação dos resultados obtidos, favorecendo o benchmarking entre as unidades e estimulando a publicação científica.

Em 2023 tivemos a participação de 52 hospitais, com a apresentação de 469 trabalhos, nos seguintes eixos temáticos: Melhoria de Processos, Práticas Inovadoras, Cultura de Segurança, Casos Clínicos, Experiência do Paciente, Iniciativas de Valor em Saúde e Diminuição do Desperdício.

Na primeira fase de avaliação contamos com a parceria dos profissionais dos escritórios de qualidade, educação continuada e especialistas dos hospitais da Rede D'Or, formando a Comissão Avaliadora com 86 profissionais, responsáveis pela pontuação inicial dos trabalhos.

Na segunda fase foram avaliados os 22 melhores trabalhos selecionados em apresentação oral pela Banca Julgadora, com renomados especialistas na área de qualidade, gestão e pesquisa na área da saúde. Foram premiados os 7 trabalhos com a maior pontuação da banca julgadora. Os 3 hospitais que tiveram o maior número de trabalhos enviados nessa edição receberam uma menção honrosa.

Esta publicação contém os resumos, com os respectivos títulos e autores, dos 42 melhores trabalhos selecionados pela Comissão Avaliadora. Registramos nossos agradecimentos aos membros das Comissões Avaliadoras e Julgadoras, aos hospitais e profissionais autores dos trabalhos, a toda a Comissão Organizadora, ao Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino e a GPeS | Health Branding and Business.

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

Em números:

469 Trabalhos Inscritos

1656 Autores

86 avaliadores na 1ª fase

52 Hospitais participantes

3 Parceiros: IDOR, Mederi Saúde e Núcleo de Transplantes Rede D'Or

7 eixos Temáticos: Melhoria de Processos; Práticas Inovadoras; Cultura de segurança; Experiência do paciente; Casos Clínicos; Iniciativas de valor em saúde; Diminuição de Desperdício.

Comissão Organizadora:

Helidéa Lima – Diretora de Qualidade Assistencial

Ana Claudia Araujo – Gerente de Qualidade Assistencial

Vanessa Torres – Gerente de Governança Clínica

Daniel Moreira – Consultor de Qualidade

Laise Moreira – Consultora de Qualidade



REDE D'OR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E ENSINO



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

Comissão Julgadora

Heleno Costa Junior
Maria Elisabeth Moreira
Semeia Corral

Comissão Avaliadora:

Adelaide Breda
Adriana Campos Junqueira de Souza
Alexsandra Almeida dos Santos
Aline Barros
Ana Karla
Andre Cordeiro da Santa Cruz
Andreia Ferreira Dos Santos
Anna Butter
Annallu Ferreira
Arthur Abib
Beatriz Murata
Camila Winne Garcez Guimaraes
Cássio Baptista Pinto
Conceicao Almeida Carvalho
Dane Kelle
Daniel Moreira
Daniela Kamachi
Emanoela Lima Freitas
Eugênia Abrantes de Figueiredo
Eva Rubia Carvalho Freitas
Evandro Virgolino Gonçalves
Evelin Amaral Ramos
Fabiana Navalho Moraes
Fabiana Nogueira
Fernanda Martins
Fernanda Rodrigues
Gabriel Bispo
Gabrielle Jordão
Geylene Albuquerque Ribeiro
Gisele Carvalho
Glauce Muniz
Glaucia Maria Ribeiro de Souza
Glaucia Ribeiro
Guilherme Borges
Helen Alves
Henrique Goudar
Jair Braga
Jamile Gregorio Morelo
Joyce Karine Carneiro
Juliana Dip

Juliana Martins
Juliana Siebra
Juliana Bonfim
Kelly Piza
Kesia Melo
Laneclay Fulco
Larissa Adilis Maria Paiva Ferreira
Leandro Defacio
Leopoldo Muniz
Lígia Souza Machado
Livia Andrade
Lucas dos Santos Feitosa
Mara Michele Nunes de Moura
Marcel Lima Albuquerque
Maria do Carmo Duarte
Maria Yasmin
Marivaldo Freitas
Mel Matos de Carvalho Espinheira
Melissa Torres
Michelle Pessanha Pinto Azevedo
Milene Volpe
Moacir Batista Jucá
Nathalia De Angelis
Nayara Kedima
Neila Pigatti
Olivia Cristina Palmeira da Silva Rodrigues
Pamela Brustolini de Oliveira Rena
Paulo Gottardo
Priscila De Luca
Priscila Vieira
Rafaela Vasconcelos
Renato Augusto Moreira de Sá
Ritta Rosana Teixeira Braz
Roberta Braga Pucci
Rodrigo Nogueira
Rosa Novelli
Rosimery Tavares Santiago
Saullo Queiroz Silveira
Sofia Esmeraldo Rodrigues
Tamara Lustosa
Thales de Andrade Martins
Thaysa Maria Gama Albuquerque Leao de Menezes
Vanessa Costa
Vanuza Vitorelli
Wálria Toschi
Yélhya Cardoso S. Dória





II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

Trabalhos Premiados

1º Trabalho: Saving em anestesia: análise custo-efetiva de um cuidado padronizado e gerenciado de uma equipe institucional

2º Trabalho: Análise preditiva por algoritmos de machine learning em cirurgia ortopédica de grande porte: custo-efetividade e impacto no desfecho pós-operatório

3º Trabalho: Triagem pré-operatória por ultrassonografia gástrica em pacientes usuários de semaglutida: redução de cirurgias suspensas e melhoria na segurança do paciente

4º Trabalho: Pacientes oncológicos submetidos à cirurgia torácica robótica e desfecho pós-operatório: comparação entre anestesia regional torácica versus analgesia com opioides

5º Trabalho: Impacto da implementação de um protocolo gerenciado de bronquiolite em um hospital pediátrico: melhoria na prática clínica e segurança do paciente

6º Trabalho: O impacto do processo de auditoria de administração de medicamento endovenoso para redução da densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea relacionada à CVC em uma unidade de terapia intensiva pediátrica

7º Trabalho: Gerenciamento de antimicrobianos em um hospital pediátrico: interação do serviço de farmácia clínica com o serviço de controle de infecção hospitalar

Menção Honrosa

Hospitais com maíoi número de trabalhos APROVADOS:

1º Hospital São Luiz Itaim – SP – 35 Trabalhos

2º Hospital São Rafael – BA – 27 Trabalhos

3º Vila Nova Star – SP – 26 Trabalhos



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E INOVAÇÃO



5ª MOSTRA DE QUALIDADE REDE D'OR

APRESENTAÇÃO ORAL - CASOS CLÍNICOS

123049 - EXPERIÊNCIA COM PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO PORTADOR DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA

AUTOR(ES): MARIANA PISSOLATO 1; DANIELA MATOS FIOREZZANO 2; NELSON ELIAS MENDES GIBELLI 2; MARIA AUGUSTA BENTO CICARONI GIBELLI 2; CLEISSON FABIO PERALTA 2

1 - MATERNIDADE SÃO LUIZ STAR; **2 -** MATERNIDADE SÃO LUIZ STAR

Introdução: A hérnia diafragmática congênita é uma rara malformação congênita, com incidência de 1:2000 a 1:4000 nascidos vivos. Dada à alta morbimortalidade da doença, o seu manejo é um desafio e requer abordagem multidisciplinar. A implementação de protocolo de cuidados é fundamental para o sucesso do tratamento. **Objetivo:** Descrever os resultados da implementação do protocolo multidisciplinar de cuidados com o recém-nascido portador de hérnia diafragmática congênita. **Metodologia:** Gestantes de fetos com diagnóstico de hérnia diafragmática congênita foram acompanhados pela equipe da cirurgia fetal. Para os fetos com hérnia diafragmática de mau prognóstico foi indicada oclusão traqueal por fetoscopia. Após parto programado, foi seguido protocolo de cuidados neonatais iniciado na sala de parto e seguido durante toda a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Resultados:** No período de agosto 2022 a junho 2023 foram admitidos 6 pacientes portadores de hérnia diafragmática congênita, conduzidos conforme protocolo multidisciplinar. Destes, 83% haviam sido submetidos à oclusão traqueal intrauterina. Quatro pacientes (67%) passaram por correção cirúrgica pós-natal da hérnia diafragmática, enquanto 2 (33%) não alcançaram estabilidade clínica mínima para a cirurgia e evoluíram para óbito. Dentre esses está um recém-nascido muito prematuro que faleceu ainda durante atendimento na sala de parto. Todos os recém-nascidos submetidos à cirurgia de correção da hérnia diafragmática sobreviveram. O tempo médio de estabilização clínica para a realização de abordagem cirúrgica pós-natal dos 4 pacientes foi de 6 dias. Dois recém-nascidos tiveram alta em ar ambiente, após extubação com média de 20 dias e suporte respiratório não-invasivo por 11 dias em média. Um deles necessitou de gastrostomia por aversão oral. Dois pacientes permanecem internados em suporte respiratório não invasivo após extubação com 15 e 36 dias de vida. A sobrevida global no período neonatal foi de 67%. **Conclusões:** Até o momento, observamos que o cumprimento do protocolo multidisciplinar de cuidados com o recém-nascido portador de hérnia diafragmática congênita resultou em sobrevida e sucesso cirúrgico superiores ao descritos pela literatura (50% em média). O número de pacientes com hérnia diafragmática congênita atendidos nesse curto período e os resultados positivos sugere o potencial de nos tornarmos Centro de Referência no tratamento de recém-nascidos portadores de hérnia diafragmática congênita.

PALAVRAS-CHAVE: HERNIA DIAFRAGMATICA CONGENITA; CIRURGIA FETAL; UTI NEONATAL





APRESENTAÇÃO ORAL - CASOS CLÍNICOS

121862 - TOSSE MECANICAMENTE ASSISTIDA (COUGH ASSIST) COMO TERAPIA DE REMOÇÃO DE SECREÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.

AUTOR(ES): THELSO DE JESUS SILVA 1; EUGÊNIA LIMA 1

1 - HOSPITAL SÃO RAFAEL

Introdução: A unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica tem um papel importante na promoção da saúde de crianças criticamente doentes e as doenças respiratórias são as de maior frequência, morbidade e mortalidade nesta população. A incapacidade do paciente em realizar adequada depuração do muco compromete a estabilidade das crianças, com aumento de resistência nas vias aéreas, piora do trabalho respiratório, risco de hipoxemia, promovendo aumento no tempo de permanência. Diversos recursos são utilizados para remoção de secreção, como técnicas de aceleração de fluxo, tosse manualmente assistida, aplicação de pressão positiva nas vias aéreas, melhoram a efetividade da tosse¹. O dispositivo cough assist, conhecido como tosse mecanicamente assistida ou máquina da tosse alternativamente insufla e exsufla os pulmões para remover secreções e tem demonstrado vários benefícios clínicos em pacientes com obstrução crônica da secreção das vias aéreas e fraqueza neuromuscular², incluindo redução da dispneia e melhora da saturação de oxigênio e redução de taxas de hospitalização³. Existem dados significativos que indicam que o cough assist é eficaz em pacientes com fraqueza neuromuscular que precisam de assistência na eliminação de secreções devido à tosse ineficaz⁴. A técnica, quando utilizada na UTI pediátrica, pode facilitar a remoção de secreção de forma não invasiva, podendo prevenir a intubação e reduzir tempo de permanência⁵. **Objetivo:** Descrever a experiência com a utilização da tosse mecanicamente assistida em um grupo de pacientes internados em uma UTI pediátrica. **Método:** trata-se de estudo descritivo, quantitativo, cuja estratégia de intervenção foi a utilização do cough assist como estratégia de remoção de secreção pela equipe de fisioterapia. Foram elegíveis os pacientes com sinais clínicos de aumento de resistência de vias aéreas por acúmulo de secreção, em uso de oxigenoterapia (baixo ou auto fluxo), pressão positiva, tosse ineficaz avaliada pela ausência do reflexo de tosse espontânea ou provocada, sinais de desconforto respiratório. Um protocolo foi elaborado conforme valores considerados seguros para a intervenção e a técnica foi contraindicada para pacientes com história de enfisema bolhoso, suscetibilidade conhecida de pneumotórax ou pneumomediastino, barotrauma recente, neonatos e crianças abaixo de 5kg. O equipamento utilizado foi o CoughAssist E70 - Philips Respironics, com circuito de ramo único, filtro e máscara de borda inflável, a técnica era oferecida uma vez por período durante o atendimento fisioterápico, com a aplicação podendo variar de 3 a 5 ciclos de tosse assistida com pressões de 30 a 35 cmH₂O; o tempo inspiratório de 1,5 a 2s; o tempo expiratório 2s, as pressões utilizadas para a inspiração e exalação não ultrapassaram 40cmH₂O. A técnica era interrompida se a criança apresentasse queda na saturação, bradicardia, hipotensão e /ou sinais de desconforto respiratório. **Resultados:** o estudo foi realizado entre setembro de 2022 e maio de 2023, foram elegíveis



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

para a técnica 09 pacientes, dos quais 100% foram admitidos na unidade por doenças respiratórias, destes 08 apresentavam doenças neurológicas associadas (1=atrofia muscular espinhal; 4=encefalopatia crônica complexa não progressiva; 1= síndrome do Zika vírus e 2= doença muscular degenerativa a esclarecer) e 1 apresentava asma associada. A idade variou de 01 a 15 anos e a mediana foi de 5 anos. Houve predominância da faixa etária de escolares (n = 06; 66%) e pré-escolares (n = 03; 33%) e do sexo feminino (n = 05; 55,5%). Durante a aplicação da técnica não foi apresentada queda nos valores de saturação (100% dos pacientes melhoraram os valores de saturação periférica), ou quadro de desconforto respiratório, nenhum paciente evoluiu para a intubação orotraqueal. O tempo de internamento total dos pacientes variou de 03 a 13 dias com a mediana de 05 dias e o tempo de internamento após a utilização da tosse mecanicamente assistida variou de 03 a 09 dias com a mediana de 03 dias. Não foram relatados episódios de barotrauma, instabilidade hemodinâmica ou complicações relacionadas à pressão nas vias aéreas. **Conclusão:** O uso do cough Assist foi seguro na população estudada, os pacientes com doenças respiratórias associadas a doenças neurológicas de base foram as que mais se beneficiaram da técnica, a aplicação preveniu a evolução para intubação orotraqueal e sugere uma redução no tempo de permanência na unidade de terapia intensiva.

PALAVRAS-CHAVE: COUGH ASSIST; FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA; UTI PEDIÁTRICA



REDE D'OR

IDOR
INSTITUTO DE
PEDIATRIA E ONCOLOGIA



APRESENTAÇÃO ORAL - CULTURA DE SEGURANÇA

123122 - IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO GERENCIADO DE BRONQUIOLITE EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO: MELHORIA NA PRÁTICA CLÍNICA E SEGURANÇA DO PACIENTE

AUTOR(ES): MARIA CARVALHO LABORNE VALLE 1; LENIRA RACHID 2; JOÃO HENRIQUE MACEDO 2; MARIA CLARA MENDES GOMES 2; DANIELA VEIGA DE GOES 2

1 - HOSPITAL JUTTA BATISTA; 2 - JUTTA BATISTA

Introdução: Bronquiolite é uma infecção viral que afeta principalmente lactentes, sendo uma das causas mais comuns de internação de crianças menores de dois anos em UTI pediátrica. É caracterizada por inflamação e obstrução das pequenas vias aéreas no trato respiratório inferior. O tratamento da bronquiolite se baseia em medidas de suporte, não sendo indicado o uso de corticoide sistêmico para pacientes com primeiro episódio de bronquiolite. Um protocolo gerenciado de bronquiolite foi implementado em um hospital pediátrico visando adequar o atendimento, evitar terapias ineficazes e promover segurança dos pacientes. **Objetivo:** Avaliar como a instituição de um protocolo gerenciado de bronquiolite afetou a prática clínica e melhorou a segurança dos pacientes, reduzindo o uso inadequado de corticoide sistêmico em pacientes internados com bronquiolite em um hospital pediátrico. **Métodos:** Foi implementado um protocolo gerenciado de bronquiolite baseado em diretrizes clínicas e evidências científicas atualizadas. O protocolo incluiu critérios de triagem, diagnóstico e tratamento, bem como ferramentas de avaliação clínica padronizadas. A implementação foi acompanhada por treinamento da equipe e foram gerenciados indicadores de qualidade. Os indicadores de resultado foram tempo de permanência em UTI, reinternação em <24 horas e desfecho hospitalar. Os indicadores de processo foram adequação do uso de corticoide sistêmico e duração do tempo de suporte ventilatório. **Resultados:** A implementação do protocolo gerenciado de bronquiolite permitiu identificar o perfil de pacientes internados com essa patologia e padronizar o atendimento, com diretrizes claras e baseadas em evidências. A melhoria do processo foi demonstrada pelo aumento da taxa de conformidade no uso de corticoide sistêmico (que subiu de 82% de janeiro a maio de 2022 para 95% no mesmo período de 2023). Através da instituição do protocolo alcançou-se a meta de evitar práticas desnecessárias e ineficazes, melhorando a segurança dos pacientes com bronquiolite que necessitaram de internação hospitalar. A comunicação e colaboração da equipe de saúde foram fundamentais para promover uma abordagem coordenada e consistente. O monitoramento de indicadores de qualidade permitiu a identificação de áreas de melhoria e ajustes no próprio protocolo. A implementação do protocolo contribuiu para a redução de falhas assistenciais e eventos adversos, identificação de fatores de risco e melhoria na segurança dos pacientes internados. **Conclusão:** A instituição de um protocolo gerenciado de bronquiolite em um hospital pediátrico trouxe mudanças positivas na prática clínica e melhorou a segurança dos pacientes evitando introdução de terapias ineficazes e danosas. A padronização do atendimento, baseado em evidências e diretrizes claras, resultou em



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

um manejo mais consistente e eficiente da doença. A implementação adequada do protocolo, juntamente com treinamento da equipe e monitoramento contínuo, são fundamentais para alcançar esses resultados.

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIOLITE; SEGURANÇA DO PACIENTE; PROTOCOLO GERENCIADO



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E DESENVOLVIMENTO



APRESENTAÇÃO ORAL - INICIATIVAS DE VALOR EM SAÚDE

123073 - IMPACTO DA TRIAGEM NUTRICIONAL PRECOCE E SUPLEMENTAÇÃO ORAL ESPECIALIZADA NO DESFECHO CLÍNICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS COM RISCO NUTRICIONAL

AUTOR(ES): PRISCYLLA MAYARA GOMES 1; KARLA THUANY DE OLIVEIRA SANTOS 1; CECILIA PIMENTEL DE ALMEIDA FELISMINO DA SILVA 1; CLÉCIA KELLY DO NASCIMENTO OLIVEIRA 2

1 - MEDERI SAÚDE - HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES; 2 - MEDERI SAÚDE

Introdução: A desnutrição hospitalar é um problema de saúde pública, com uma prevalência alarmante entre pacientes hospitalizados, variando entre 20% e 60% no Brasil de acordo com estudos. Essa condição nutricional inadequada está associada a uma série de complicações, como maior vulnerabilidade imunológica causando suscetibilidade a infecções, aumento do tempo de internação, aumento do risco de complicações pós-operatórias, cicatrização lenta de feridas e maior morbimortalidade. A avaliação do estado nutricional dos pacientes de forma precoce, nas primeiras 24 horas da admissão hospitalar utilizando instrumentos de triagem nutricional, é fundamental para identificar aqueles em risco nutricional ou desnutridos. Isso possibilita uma intervenção nutricional adequada e contribui para a redução de desfechos clínicos desfavoráveis. **Objetivo:** Avaliar o desfecho clínico de pacientes internados que receberam suplementação oral especializada, iniciada a partir de uma triagem nutricional precoce. **Metodologia:** Estudo transversal feito com 897 pacientes admitidos em um hospital particular acreditado em João Pessoa-PB entre abril e maio de 2023. A amostra foi calculada considerando os pacientes triados nas primeiras 24 horas da admissão e submetidos à avaliação de risco nutricional utilizando a ferramenta Nutrition Risk Screening (NRS-2002), considerada padrão ouro na análise de risco nutricional e se diferencia de outros métodos por considerar a idade e gravidade da doença. Foram excluídos da avaliação pacientes com internamento inferior a 24 horas, com idade inferior a 18 anos e com indicação de terapia enteral ou parenteral. **Resultados:** Dos 897 pacientes avaliados, 476 (53%) apresentaram risco nutricional na triagem e, portanto, iniciaram a terapia nutricional especializada, utilizando suplemento nutricional oral de 1 a 3 unidades por dia. Essa intervenção é consistente com as recomendações nutricionais estabelecidas em estudos científicos, que enfatizam a importância da suplementação oral para melhorar o estado nutricional em pacientes hospitalizados. Os pacientes e seus acompanhantes foram devidamente orientados sobre a importância e os benefícios da suplementação, o que contribuiu para a adesão ao tratamento proposto. A prevalência de desnutrição nos pacientes em uso de suplementação oral especializada foi de 6% (31 pacientes) e de apenas 2% do total de pacientes internados na instituição. O perfil epidemiológico desses pacientes mostrou que 67% tinham idade superior a 60 anos e 58% eram do gênero feminino. As principais patologias encontradas foram doenças infecciosas (42%) e neurológicas (40%). Quanto ao tempo médio de internação, 79% dos pacientes permaneceram no hospital por menos de 10 dias, enquanto 20% ficaram de 10 a 30 dias, e 1% ultrapassou 30 dias. Em relação ao desfecho dos pacientes em terapia nutricional, 94%



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

receberam alta hospitalar e 6% foram a óbito. **Conclusão:** A assertividade assistencial por meio de condutas bem estabelecidas contribuiu para a baixa prevalência de desnutrição hospitalar, em contraste com a média nacional. A taxa de desnutrição hospitalar observada foi de apenas 2%, enquanto no Brasil esse índice varia de 20% a 60%. Além disso, os resultados mostram que a maior parte dos pacientes acompanhados tiveram alta hospitalar como desfecho e um tempo curto de internação, sendo inferior a 10 dias. Esses achados reforçam a importância de uma abordagem abrangente e proativa como a triagem nutricional precoce e o início da terapia nutricional oral e indicam que as boas práticas adotadas no hospital foram eficazes, corroborando com estudos que destacam a importância de intervenções nutricionais adequadas na redução da desnutrição hospitalar e melhor prognóstico para os pacientes internados.

PALAVRAS-CHAVE: TERAPIA NUTRICIONAL ORAL; DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR; TRIAGEM NUTRICIONAL



REDE *D*OR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E DESENVOLVIMENTO



APRESENTAÇÃO ORAL - INICIATIVAS DE VALOR EM SAÚDE

121824 - PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS À CIRURGIA TORÁCICA ROBÓTICA E DESFECHO PÓS-OPERATÓRIO: COMPARAÇÃO ENTRE ANESTESIA REGIONAL TORÁCICA VERSUS ANALGESIA COM OPIOIDES.

AUTOR(ES): LEOPOLDO MUNIZ DA SILVA 1; RAFAEL SOUZA FAVA NERSESSIAN 1; ANDRE MORTARI PLA GIL 1; SAULLO QUEIROZ SILVEIRA 2; ARTHUR DE CAMPOS VIEIRA ABIB 1

1 - HOSPITAL SÃO LUIZ ITAIM; **2** - HOSPITAL VILA NOVA STAR

Introdução: Pacientes com diagnósticos complexos requerem manejo individualizado de forma a garantir a otimização do cuidado durante sua trajetória hospitalar e com foco em metas terapêuticas multidirecionais que proporcionem melhor desfecho e recuperação mais rápida. O paciente oncológico cirúrgico costuma demandar maior necessidade analgésica de opioides, o que repercute em uma recuperação potencialmente mais demorada e com mais efeitos adversos a longo prazo, incluindo dor crônica. A utilização de bloqueios regionais torácicos é uma alternativa para reduzir a necessidade de opioides e seus efeitos adversos. Contudo, não é conhecido o real impacto no desfecho pós-operatório quando a analgesia é realizada associando os novos bloqueios regionais de parede torácica com ultrassom ou realizada exclusivamente com opioides endovenosos. **Objetivo:** Comparar a realização de bloqueio regional torácico versus analgesia com opioides potentes em relação ao desfecho pós-operatório precoce e tardio. **Método:** Estudo de coorte retrospectivo com pacientes submetidos a cirurgia torácica robótica oncológica. Foram revisados prontuários de todos os pacientes submetidos a esse tipo de procedimento de março de 2019 a março de 2022. O desfecho primário foi a ocorrência de dor moderada ou intensa nas primeiras 36h de pós-operatório. Os pacientes foram agrupados em dois grupos: a) Grupo BPEE: submetidos à anestesia geral e bloqueio do plano eretor da espinha b) Grupo ACO: submetidos à anestesia geral e analgesia com opioides potentes. A análise estatística contou com regressão logística multivariada e cálculo de escore de propensão foram utilizados na análise ponderada. Os pacientes foram avaliados também no seguimento ambulatorial após 2 semanas de pós-operatório para análise de eventos adversos como dor torácica e constipação. **Resultados:** Das 86 cirurgias torácicas robóticas oncológicas realizadas, 78 pacientes (33 no grupo BPEE e 45 no grupo ACO) foram incluídos na análise final. A necessidade de opioides de resgate no pós-operatório nas primeiras 36 horas ocorreu em 26 (33,3%) casos. O grupo bloqueio (BPEE) (33%) recebeu significativamente menos analgésicos opioides prescrito com intervalos regulares no pós-operatório em comparação com o ACO (72%) (p3 no grupo ACO foi de 48% vs 20% no grupo BPEE. A ocorrência de constipação, no grupo ACO foi de 20% e no grupo BPEE foi de 5,71%. **Conclusão:** Esses achados demonstram a eficácia de anestesia regional com ultrassom como uma técnica poupadora de opioides e efetiva na redução da dor pós-operatória em comparação com o uso de opioides potentes. Pacientes que utilizaram menos opioide devido à realização do bloqueio regional tiveram menor incidência de dor torácica com tendência a cronificação e também menor incidência de constipação, um dos efeitos colate-



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

rais dos opioides potentes em doses elevadas. Protocolos analgésicos que incluem técnicas multimodais e não estão condicionados exclusivamente em prescrição de opioides promovem melhor recuperação, melhor conforto, melhor padrão respiratório, menos possibilidade de atelectasias pulmonares e pneumonias, além de menos eventos adversos, proporcionando melhor desfecho e mais qualidade ao processo anestésico-cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVE: DESFECHO PÓS-OPERATÓRIO; ANALGESIA ; CIRURGIA ONCOLÓGICA ROBÓTICA



REDE D'OR

IDOR
INSTITUTO DE
FISIOMANIPULAÇÃO E ORTODONTIA



APRESENTAÇÃO ORAL - INICIATIVAS DE VALOR EM SAÚDE

122930 - SAVING EM ANESTESIA: ANÁLISE CUSTO-EFETIVA DE UM CUIDADO PADRONIZADO E GERENCIADO DE UMA EQUIPE INSTITUCIONAL.

AUTOR(ES): ARTHUR DE CAMPOS VIEIRA ABIB 1; LEOPOLDO MUNIZ DA SILVA 1; SAULLO QUEIROZ SILVEIRA 1; FERNANDO NARDY BELLICIERI 1; RAFAEL SOUZA FAVA NERSESSIAN 1

1 - HOSPITAL SÃO LUIZ ITAIM

Introdução: O conceito de “saving” refere-se à redução de custos de uma empresa através de diferentes estratégias. Pode ser alcançado por diversas ações e pelo somatório destas, tais como: otimização de despesas operacionais, estruturação de processos assistenciais com redução de eventos adversos e melhoria de desfechos. O objetivo é melhor rentabilidade sem perda de qualidade, através do uso eficaz de recursos e redução de desperdícios. Para viabilizar “saving” em anestesia, é necessária uma equipe de anestesia coesa, focada em melhores resultados através de cuidados padronizados e gerenciados buscando a melhoria contínua. **Objetivo:** Analisar 6 estratégias de atuação de uma equipe de anestesia interna (EI), comparada às equipes externas (EE) não institucionais, com foco na efetividade do processo anestésico e redução de custos. **Método:** Análise comparativa de métricas de consumo de insumos, indicadores e resultados assistenciais de EI (institucional) e EE (sob demanda de cirurgiões). Na análise de custo e economia foi considerado o volume cirúrgico de 10 hospitais predominantemente cirúrgicos. Foram analisados: resultados de auditoria de prontuários, auditoria de contas médicas e protocolos gerenciados. A inclusão da anestesia em estratégias de “saving” pode ocorrer de várias formas, dentre elas: 1) Padronização de protocolos com melhoria da eficiência e da segurança, garantindo o uso de agentes anestésicos, equipamentos e técnicas adequados; 2) Treinamento e capacitação da equipe (aspectos técnicos e não técnicos) com aumento da segurança dos procedimentos, menos complicações e necessidade de recursos adicionais; 3) Monitoramento e análise crítica regular de dados da anestesia, como consumo de medicamentos, custos e resultados clínicos, fornecendo dados para identificar oportunidades de otimização de custos. **Resultados:** A primeira estratégia foi o Protocolo de Anestesia para Bariátrica. Pacientes da EI tiveram menor incidência de recuperação pós anestésica prolongada (5% vs 69%) e menor tempo médio de internação (2 vs 3.3 dias) quando comparados aos de EE. Esta diferença deveu-se a complicações, necessidade de UTI não programada e deterioração clínica com abertura de código amarelo na unidade de internação. Considerando apenas a permanência hospitalar e necessidade de UTI, o cuidado não padronizado das EEs gerou custo adicional de R\$ 393.760,53. A segunda estratégia foi a farmacoeconomia com o reversor de bloqueio neuromuscular (sugammadex). A EI, padronizando critérios de utilização, reduziu custos em 20% (R\$ 300.000/mês). A terceira estratégia foi a utilização gerenciada de insumos do protocolo de hipotermia (manta térmica). Com taxa de adesão da EI de 98% e das EE de 20% e com custo médio do insumo de R\$ 523,00, a redução de custos pelo gerenciamento do protocolo pela EI foi de R\$ 1.569.000,00/mês. A quarta estratégia foi o gerenciamento da utilização do sensor BIS,



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

com indicações precisas pelo protocolo de monitorização da consciência intraoperatória. Com taxa de adesão da EI de 94% e das EEs de 40% e com custo médio do insumo de R\$ 788,00 (sensor), a redução de custos pelo gerenciamento do protocolo pela EI foi de R\$ 1.656.000,00/mês. A quinta estratégia foi o registro seguro em prontuário, o que evita glosas das operadoras. A taxa de adesão ao registro seguro da EI foi de 96%, enquanto para EEs, 40%. A estimativa de perdas/mês com falhas de registro e déficits na cobrança de medicamentos e insumos pela EE foi estimada em R\$ 225.000,00/mês. A sexta estratégia foi o protocolo de anestesia em cirurgias de artroplastia de quadril e joelho, com etapas gerenciadas e foco na melhoria de desfecho (tempo de internação, ocorrência de sangramento e necessidade de transfusão). A série histórica da EI mostrou que, a diferença entre custos com o protocolo e os benefícios em redução dos dias de internação e menos complicações foi positiva e relevante, logo, custo-efetiva (R\$ 67.000,00). **Conclusão:** Qualquer estratégia de “saving” em anestesia deve ser implementada com cuidado para garantir segurança e bem-estar dos pacientes. Logo, a prática clínica deve ser norteadada pelas melhores evidências e o resultado financeiro será uma consequência do cuidado de excelência prestado por EI de anestesia comprometida com a instituição. O “saving” estimado/mês dos hospitais que a EI atuou, baseado nas 6 estratégias apresentadas, foi de R\$4.210.000,00 sem qualquer prejuízo assistencial.

PALAVRAS-CHAVE: SAVING; CUSTO-EFETIVIDADE; ANESTESIA



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PROTEÇÃO E CUIDADO



APRESENTAÇÃO ORAL - MELHORIA DE PROCESSOS

**123045 - ANÁLISE PROSPECTIVA DE RISCO, VISANDO A
PREVENÇÃO DO RAPTO INFANTIL EM UM HOSPITAL JCI NO
ESTADO DA PARAÍBA**

AUTOR(ES): LUANNA ÍRIA GONZAGA DAS MERCÊS GALDINO FREITAS 1; CAMILA GUILHERME XAVIER MORAIS 1; LARISSA CAMPOS DE ASSIS 1; MATHEUS ARAÚJO LEITE 1; MAYARA NOGUEIRA PERGENTINO 1

1 - HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

O rapto infantil para a Joint Commission International (JCI) é considerado um evento sentinela que coloca em risco a saúde de um paciente vulnerável, podendo comprometer a continuidade do atendimento e a credibilidade da instituição hospitalar. Diante da relevância do tema e mesmo sem registro de ocorrências com esta característica, no intuito de manter a ausência de eventos desta natureza, em uma instituição de saúde da rede privada na cidade de João Pessoa/PB que atende pacientes com perfil materno-infantil, foi utilizada uma ferramenta que é considerada a técnica mais eficaz para identificar modos de falhas potenciais, seus efeitos e definir as ações para evitar a ocorrência das falhas, o FMEA (Failure Mode and Effect Analysis – Análise dos Modos e Efeitos de Falhas). Desta forma, o objetivo deste trabalho é demonstrar as ações implantadas como barreiras e a eficácia dos processos na prevenção do rapto de crianças e recém-nascidos em uma instituição de saúde com acreditação hospitalar JCI. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem qualitativa baseado em um relato de experiência realizado a partir de uma simulação realística de um rapto infantil. A simulação foi realizada com uma pessoa desconhecida (atriz), que percorreu todo o fluxo de entrada de um acompanhante e foram evidenciadas as fragilidades existentes nas áreas que envolvem desde o controle de acesso, cadastro, central de monitoramento, até a equipe assistencial que não percebeu “o rapto” a tempo para realizar intervenção. Diante deste cenário, uma equipe multiprofissional foi formada para discutir o tema, utilizando a metodologia FMEA, para mapear, avaliar o risco dos eventos antes que eles ocorram, detectar os incidentes ocultos e desenvolver planos de ação para evitar sua ocorrência. O método FMEA é realizado através de uma pontuação dada pela avaliação da Gravidade do efeito (G) que é a probabilidade em que o cliente identifica e é prejudicado pela falha, onde 01 corresponde a nunca e 10 a sempre; a Ocorrência do efeito (O) que é a probabilidade da causa existir e que possa provocar uma falha, onde 01 é nunca e 10 é sempre e a Detecção da falha (D) que é a probabilidade da falha ser detectada antes de chegar ao cliente, e nesta a escala é invertida onde 10 corresponde a nunca e 01 a sempre. Para cada etapa do processo foram identificados os modos de falha e para cada modo de falha foi pontuado a gravidade (G), a ocorrência (O) e a detecção da falha (D) sendo multiplicado no final e avaliado o risco, portanto, quanto maior a pontuação, maior a probabilidade de falha. Neste caso, o nosso risco inicial deu um total de 4000 pontos que demonstrava a fragilidade atual. Sendo assim, foi elaborado o protocolo de acionamento do código rosa e realizado um treinamento ‘in loco’ com o objetivo de sistematizar as ações de segurança no que se referem às



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

condutas imediatas frente ao evento de tentativa e/ou desaparecimento de um recém-nascido ou criança dentro da instituição. Além disso, foram realizadas várias barreiras, tais como: Implantação do fluxo do uso de uma pulseira cor de rosa para identificar todos os acompanhantes que forem para o andar materno-infantil, controle de acesso mais eficaz para liberação de acompanhante só após liberação da paciente diante de contato telefônico com a paciente ou setor da enfermagem, implantação de porteiro eletrônico na entrada principal do 1º andar, onde os acompanhantes para terem acesso precisam acionar o porteiro (CFTV) e mostrar a pulseira de identificação cor de rosa, instalação de reconhecimento facial na abertura de porta com maior acesso de funcionários cadastrado no sistema, e a 3ª porta de saída do andar com acesso restrito com instalação do TMED e liberação apenas com uso de biometria cadastrada, também foi criado o fluxo de acionamento do segurança em 100% dos casos em que houver necessidade de transporte intra-hospitalar de recém-nascidos e crianças seja após seu nascimento (Centro obstétrico até maternidade), realização de exames, bem como, na alta hospitalar. Após a implantação destas barreiras e auditorias mensais, percebeu-se uma queda acentuada dos riscos de 4000 para 888 pontos. Portanto, a avaliação prospectiva do risco é uma ferramenta importante e eficaz para fortalecer a segurança em um processo assistencial que envolve pacientes vulneráveis.

PALAVRAS-CHAVE: CÓDIGO ROSA; RAPTO INFANTIL; ANÁLISE PROSPECTIVA DE RISCO



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E DESENVOLVIMENTO



APRESENTAÇÃO ORAL - MELHORIA DE PROCESSOS

123089 - ATUALIZAÇÃO DO INSTRUMENTO SBAR PARA MELHORIA DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

AUTOR(ES): CONCEIÇÃO ALMEIDA CARVALHO 1; SOFIA ESMERALDO RODRIGUES 1

1 - HOSPITAL SÃO CARLOS

Introdução: Com o advento da Aliança Mundial para Segurança do Paciente em 2004, a preocupação com uma assistência segura cresceu, fazendo emergir diversas pesquisas que evidenciaram ao longo dos anos a fragilidade e complexidade do sistema de saúde mundial. A comunicação constitui-se um dos principais desafios da saúde moderna, porquanto além de envolver a capacidade de comunicação dos indivíduos, sofre influência de suas subjetividades, além de fatores externos como a sobrecarga de trabalho. De acordo com Moraes (2019), a utilização da comunicação efetiva se apresenta como uma atribuição dentro das competências e atitudes, pois através do ato de comunicar-se é estabelecida a relação terapêutica entre o cliente e profissional, a sincronia entre a equipe multiprofissional e a capacidade de compartilhar e compreender as mensagens.

Objetivo: Descrever o impacto da atualização do formulário SBAR para comunicação segura na transição do cuidado. **Metodologia:** Tratou-se um relato de experiência, vivenciado pelas enfermeiras da Educação Permanente e Escritório da Qualidade de um Hospital Terciário Privado da Rede de Hospitais D'or. Durante o primeiro semestre de 2022 as enfermeiras do Escritório da Qualidade evidenciaram um número relevante de notificações de incidentes envolvendo falhas de comunicação em momentos críticos do cuidado, como as situações de transferências internas de pacientes e passagens de plantão. De acordo com o fluxo institucional, essas notificações foram enviadas para a gerência de enfermagem e coordenações de enfermagem envolvidas para uma análise crítica em busca de suas causas e ações corretivas. Na ocasião, as lideranças supracitadas identificaram as fragilidades de comunicação que ocorriam, muitas delas decorrentes da ausência de um para a equipe multidisciplinar. O que ocorria era que, até aquele momento, a comunicação era intuitiva, fundamentada em protocolos institucionais, entretanto com instrumento complexo, dificultando a comunicação clara e objetiva durante a transição do cuidado. Em junho de 2022, Gerência de enfermagem, Educação continuada e Qualidade preocupados com a problemática, elaboraram estratégias para aumentar a eficiência e melhoria para o fortalecimento da comunicação efetiva. Após brainstorming e aplicação do Diagrama de Ishikawa, foi percebida a necessidade da atualização do impresso SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) e de realizar novo treinamento com as equipes. Após reestruturação, o instrumento foi aprovado pela gerente de enfermagem e validados pelo Escritório da Qualidade, após aplicação e validação de instrumento piloto. **Resultados:** Com a aplicação desse instrumento que foi ajustado para utilização em todas as unidades assistenciais, incluindo processos terceiros, percebeu-se maior adesão ao instrumen-



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

to pela sua usabilidade, impactando no registro seguro de informações de forma organizada, coesa e clara nos momentos de transição do cuidado, evitando esquecimentos na transmissão da informação e priorizando as informações centrais de cada paciente. Fato este evidenciado durante auditorias realizadas pela Qualidade, no qual o instrumento atingiu 90% de conformidade, demonstrando a eficiência da sua atualização, uma vez que previamente a conformidade era de apenas 30%. Adiciona-se que houve uma queda de notificações de incidentes envolvendo falhas de comunicação, o que nos comprovou a eficácia da ação. **Conclusão:** Inferiu-se com o presente estudo que o uso da técnica SBAR no instrumento reestruturado possibilitou não somente a melhoria nos índices de notificação, mas resultou em avanço nas práticas de segurança do paciente, garantindo uma comunicação eficaz e segura.

PALAVRAS-CHAVE: COMUNICAÇÃO; SBAR; SAÚDE



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E INOVAÇÃO



APRESENTAÇÃO ORAL - MELHORIA DE PROCESSOS

123096 - GERENCIAMENTO DE ANTIMICROBIANOS EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO: INTERAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA COM O SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.

AUTOR(ES): THIAGO DIAS ANACHORETA 1; ANA LUÍSA MELO DE OLIVEIRA 1; WAGNER ARAGAO DA SILVA 1

1 - HOSPITAL PEDIÁTRICO JUTTA BATISTA

Introdução: A resistência aos antimicrobianos está atualmente entre as dez maiores ameaças à saúde pública, pois está associada a falhas terapêuticas, prolongamento do tempo de internação hospitalar, aumento de custos em saúde e maior mortalidade. Considerando que o uso de antimicrobianos promove a seleção de microrganismos resistentes, é necessário que as instituições de saúde gerenciem o seu uso por meio de um conjunto de ações integradas e sistematizadas. O Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos é uma abordagem multifacetada que inclui políticas, diretrizes, vigilância do consumo de antimicrobianos, além de educação e auditoria de seu uso.

Objetivos: Descrever as estratégias para o gerenciamento de antimicrobianos implementadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e seus resultados. **Metodologia:** Estudo descritivo, prospectivo, realizado com dados coletados diariamente mediante realização de intervenções sobre as prescrições em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Pós-Operatória, no período de 01 de dezembro de 2022 a 31 de maio de 2023. Os antimicrobianos selecionados para vigilância foram as formulações parenterais de: vancomicina, teicoplanina, linezolida, ceftarolina, daptomicina, cefepima, piperacilina-tazobactam, meropenem, ertapenem, polimixina B, gentamicina, ampicacina, ciprofloxacino, levofloxacino, fluconazol, micafungina, anidulafungina e anfotericina B. Os indicadores analisados foram: paciente-dia; dias de prescrição de cada antimicrobiano; DOT (Days of Therapy = (Dias de Cada Antimicrobiano * 1000 / Paciente-Dia); antimicrobiano-dia (pacientes-dia em uso de antimicrobianos); dias livres de antimicrobianos, correspondendo ao período de internação sem exposição a nenhum dos antimicrobianos sob vigilância, expresso em porcentagem: (%) = (Paciente-dia sem uso dos antimicrobianos sob vigilância * 100/ paciente-dia); número de intervenções farmacoterapêuticas relacionadas aos antimicrobianos selecionados: dose/intervalo, suspensão de medicamento, ajuste do tempo de infusão e monitoramento do nível sérico de vancomicina. Coleta dos dados: registro farmacoterapêutico sistemático mediante a análise de prescrição e preenchimento de planilhas de Excel. **Resultados:** No período analisado, foram registrados 2170 pacientes-dia e um total de 451 antimicrobianos-dia (pacientes-dia em uso de antimicrobianos), o que corresponde a uma média de 79% de dias livres de antimicrobianos para a população estudada. A análise mensal dos dias livres de antimicrobianos identificou: Dez/22: 64%; Jan/23: 67%; Fev/23: 78%; Mar/23: 85%; Abr/23: 87%; Mai/23: 87%, revelando uma redução progressiva da exposição a antimicrobianos de amplo espectro entre os pacientes da unidade durante o período estudado. Após a estratificação dos dados por cada antimicrobiano, identificamos que



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

os mais utilizados no período foram: cefepime (118 dias; DOT = 54,4), ceftazolidina (89 dias; DOT = 41,0), vancomicina (88 dias; DOT = 40,6), meropenem (85 dias; DOT = 39,2), linezolida (47 dias; DOT = 21,7), piperacilina-tazobactam (44 dias; DOT = 20,3). A soma dos dias de todos os antimicrobianos sob vigilância foi igual a 600 dias (DOT total = 276,5). O acompanhamento farmacoterapêutico realizado diariamente resultou em 52 intervenções relacionadas aos antimicrobianos selecionados, respectivamente: 30 intervenções de dose/intervalo; 6 suspensões de medicamento por tempo de tratamento completo; 6 ajustes do tempo de infusão para melhor efeito farmacodinâmico; 10 programações de nível sérico de vancomicina e elaboração do protocolo de vancocinemia para padronização de condutas. A taxa de adesão das intervenções da equipe multidisciplinar foi de 100%. **Conclusão:** O gerenciamento de antimicrobianos contribuiu para o uso racional destes medicamentos nas unidades assistenciais. Identificamos, durante o período de observação, uma queda progressiva da prescrição de antimicrobianos e melhor adequação dos tratamentos em vigência.

PALAVRAS-CHAVE: GERENCIAMENTO DE ANTIMICROBIANOS; FARMÁCIA CLÍNICA; TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PEDIATRIA E ORÇANIZAÇÃO



APRESENTAÇÃO ORAL - MELHORIA DE PROCESSOS

122904 - IMPACTOS DA ATUAÇÃO DA COMISSÃO DE LESÃO DE PELE NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

AUTOR(ES): NATALIA ASSUNÇÃO LEITE MAGALHÃES 1; SÁLMANA MARIA FEIJÓ E SILVA 1; SUELY ALCÂNTARA ARAÚJO 1; CONCEIÇÃO ALMEIDA CARVALHO 1; SOFIA ESMERALDO RODRIGUES 1

1 - HOSPITAL SÃO CARLOS

Introdução: De acordo com a National Pressure Ulcer Advisory Panel, lesão por pressão (LP) é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionado a um dispositivo médico ou outro artefato. A consequência do dano pode ser leve, moderada ou grave. Os estágios da LP podem ser: estágio 01 (pele íntegra com eritema não branqueável), estágio 02 (perda de pele com exposição da derme), estágio 03 (perda de pele em sua espessura total com camada de gordura visível), estágio 04 (perda de pele com exposição de fáscia, músculo, tendão, cartilagem ou osso), não classificável e lesão tissular profunda (NPUAP, 2016). Estudo brasileiro revela que a prevalência de LP nas Unidades de Terapia Intensiva variou entre 35,2% a 63,6%, demonstrando elevada incidência. (VASCONCELOS, CALIRI, 2017). Com isso, a Instituição implementou a Comissão de Lesão com o objetivo de mitigar a ocorrência de LP e de preveni-las. **Objetivo:** Demonstrar melhorias ocasionadas a partir da implantação da Comissão de Lesão de Pele na Instituição. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, observacional e quantitativo, que promoveu a análise de 890 pacientes, que foram avaliados pela Comissão de Lesão de Pele. Destes, 638 com ações preventivas e 252 para tratamento. A implantação da Comissão ocorreu no mês de novembro de 2021 e é constituída por enfermeiros, médicos, nutricionista, farmacêutico e fisioterapeuta, com foco na prevenção e acompanhamento de pacientes que são admitidos com lesão por pressão a partir do estágio 2 ou desenvolvem lesão durante a internação. Através de busca ativa, são identificados os pacientes que são classificados conforme escala de Braden de risco moderado para LP. Conforme orientações institucionais, todas as lesões por pressão, independente do estágio de classificação, e as LP de domicílio, devem ser notificadas em sistema próprio e específico para posterior acompanhamento e desenvolvimento de plano de ação. A meta institucional de incidência de LP é $< 0,65$, seguindo a meta da Qualidade Corporativa. **Resultados:** A Comissão atuou, no ano de 2022, focando na prevenção e realizou 638 atendimentos, sendo 49,2% a pacientes do sexo masculino e 50,8% a pacientes do sexo feminino. A predominância de atendimentos foi de pacientes com idade igual ou superior a 81 anos (52,7%). A região sacra foi a mais acompanhada aos longos dos atendimentos, correspondendo a 95,3%. Outras áreas foram trocânter (1,4%), nádegas (1,1%) e calcâneo (1,1%). No momento da admissão, 72,7% dos pacientes estavam com a pele íntegra e 26,8% foram classificados como LP estágio 1. Dentre as medidas preventivas utilizadas com os pacientes, 97,8% realizavam mudança de decúbito a cada 2 horas, 90,3% faziam uso do creme barreira e 65,8% utilizam colchão pneumático. Após o início das atividades da Comissão, observou-se a necessidade da utilização de curativo de espuma de silicone como auxílio nas medidas preventivas, destacando-se que 91,5% dos pacientes em prevenção



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

passaram a utilizar. Neste mesmo ano, 252 pacientes foram acompanhados em tratamento para LP, onde 92,5% (233) evoluíram com pele íntegra ainda durante a internação. Acrescenta-se que nossa densidade de incidência de LP (QT10) no ano de 2021 foi de 1,14 e em 2022 de 0,50, apresentando a redução de 57%. **Conclusão:** A partir da implantação da Comissão de Lesão de Pele, foi possível identificar pacientes com riscos para lesão, atuando então, na prevenção, e identificar lesões iniciais (estágio 01), permitindo a atuação imediata com aplicação de coberturas adequadas e atuação da equipe multidisciplinar. A Comissão veio com o sentido de implantar melhores práticas preconizadas pela Rede D'or a fim de corroborar com a segurança do paciente, promovendo uma assistência de excelência.

PALAVRAS-CHAVE: LESÃO POR PRESSÃO; SEGURANÇA DO PACIENTE; MELHORIA DE PROCESSOS



REDE D'OR

IDOR
INSTITUTO D'OR
FISICIA E ODONTO



APRESENTAÇÃO ORAL - MELHORIA DE PROCESSOS

123062 - IMPLEMENTAÇÃO DO CICLO PDSA PARA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UMA UTI PEDIÁTRICA

AUTOR(ES): LÍVIA BARBOZA DE ANDRADE 1; MARIA DO CARMO M. B. DUARTE 2; THAYSA MARIA G.A.L. DE MENEZES 2; ALINE RAFAELE BARROS DA SILVA 2; MOACIR BATISTA JUCÁ 2

1 - HOSPITAL ESPERANÇA RECIFE; 2 - HOSPITAL ESPERANÇA RECIFE

Introdução: o uso prolongado ventilação mecânica (VM) em crianças está associado à maiores taxas de pneumonia associada à VM (PAV), que por sua vez, traz uma série de efeitos adversos como aumento do tempo de internação hospitalar, do tempo sob VM, da morbimortalidade e dos custos assistenciais. Estratégias para o gerenciamento desse evento são essenciais para a garantir a qualidade e segurança do paciente, dessa forma, o uso de ferramentas de gestão podem auxiliar no controle da infecção, dentre elas, o ciclo PDSA, composto por quatro etapas: planejar, fazer, clarificar e atuar, visa transformar uma ideia em ação, solucionando um determinado problema, através de ações corretivas que deverão ser sempre monitoradas. **Objetivo:** analisar a efetividade da aplicação de um ciclo de PDSA no gerenciamento dos casos de PAV de uma unidade de terapia intensiva pediátrica de alta complexidade. **Método:** realizado um estudo clínico com avaliação retrospectiva de dados gerenciais de crianças submetidas à pelo menos 48h de AVM nos anos de 2017 a 2021. Foi analisado o desenvolvimento do protocolo de prevenção, os indicadores de processo e controle dos casos de PAV através da análise completa de um ciclo de PDSA. Os critérios para diagnóstico da PAV estavam de acordo com os critérios utilizados pela CDC. Estudo aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa em seres humanos sob Número do Parecer: 5.525.717. A pesquisa foi composta por todos os pacientes pediátricos de ambos os sexos ventilados mecanicamente que foram atendidos no setor de terapia intensiva de 2017 a 2021. A amostra foi não probabilística e os dados coletados de forma consecutiva. Para análise estatística utilizou-se o teste t de Student e calculou-se o IC considerando 95%. **Resultados:** após a implementação de todas as etapas do ciclo realizadas de forma interprofissional, foi observado em relação a 2017, o número de casos de PAV em 2018 apresentou uma redução estimada de 85% ($p=0,002$). Os dados observados também foram compatíveis com uma tendência estacionária durante o período de 2018 a 2021. Assim, observou-se tendência decrescente da densidade de incidência dos casos ($p=0,39$). Também fruto do processo educativo e de melhores práticas observou-se tendência decrescente de 2017 a 2021 do número de expostos a VM ($p=0,01$) (IC95%:6,0 a 19,3%) e do tempo médio de VM ($p=0,01$) (IC95%: 12,3 a 32,6%). A taxa de efetividade do protocolo de prevenção de PAV apresentou uma tendência crescente mas sem significância ($p=0,41$) com variação anual estimada de 1,1% (IC95%: -2,6 a 4,7%). Houve ainda um aumento da taxa de adesão ao bundle sendo esse mais expressivo no ano de 2017 a 2018 ($p=0,007$) e 2018 a 2019 ($p=0,006$), após isso houve uma acomodação. **Conclusão:** a mudança de atitude da equipe resultante da implantação do ciclo de PDSA foram responsáveis pela redução da pneumonia associada à ventilação mecânica e melhora dos indicadores relacionados a PAV na nossa unidade.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA; PREVENÇÃO; UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA



APRESENTAÇÃO ORAL - MELHORIA DE PROCESSOS

121958 - O IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DA REQUISIÇÃO TRANSFUSIONAL ELETRÔNICA EM UM HOSPITAL PRIVADO

AUTOR(ES): SOFIA ESMERALDO RODRIGUES 1; CONCEIÇÃO ALMEIDA CARVALHO 1; MARCELO DE VASCONCELOS CASTRO 1; HEVELINE FREIRE ARCANJO SILVA 2; RAFAELA CRISTINY REMÍGIO PITOMBEIRA 2

1 - HOSPITAL SÃO CARLOS; 2 - GSH

Introdução: Sabe-se que o procedimento transfusional apresenta risco ao paciente e a decisão de transfundir, ou não, deve ser compartilhada pela equipe médica com o paciente e seus familiares, advertindo que os benefícios da transfusão devem superar os riscos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). A utilização do sangue deve ser criteriosa, adotando-se estratégias que ampliem a segurança do paciente (REBRAENSP, 2013). Essas estratégias se iniciam desde a requisição do hemoderivado até a finalização da hemovigilância. De acordo com a RDC nº 34, as requisições de transfusões (RT) devem ser feitas em formulário padronizado, contendo múltiplas informações como: nome completo do receptor; sexo, data de nascimento e peso (quando indicado); número do prontuário; número do leito; diagnóstico e indicação da transfusão; resultados dos testes laboratoriais que justifiquem a indicação do hemocomponente; modalidade da transfusão (programada, rotina, urgência, emergência); hemocomponente solicitado, com o respectivo volume ou quantidade; data da requisição, nome, assinatura e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina do médico solicitante; e antecedentes transfusionais e gestacionais e reações à transfusão. Dessa forma, objetivando assegurar a solicitação correta para o paciente correto, decidiu-se por tornar eletrônica a RT da Instituição. **Objetivos:** Descrever as melhorias apresentadas na instituição a partir da implantação da requisição transfusional eletrônica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional e retrospectivo, que promoveu a análise das requisições médicas desde junho de 2022 a março de 2023. A implantação do novo processo deu-se a partir de junho de 2022, no qual as requisições transfusionais deixaram de ser manuais e passaram a ser eletrônicas, com a prescrição via Tasy e solicitação direta ao banco de sangue. Foram realizados treinamentos pela hematologista do banco de sangue da instituição aos médicos da instituição. Os prontuários foram auditados de acordo com os seguintes parâmetros: nome do paciente; data de nascimento; idade; leito; número do prontuário; data da solicitação; tempo de urgência; história patológica pregressa; valores laboratoriais; hora de solicitação e assinatura do médico solicitante. Foram analisadas 376 requisições médicas. **Resultados:** A partir da implantação da RT eletrônica em Tasy, pode-se evidenciar, por meio de auditorias, a redução de falhas no ato da solicitação de transfusão de hemocomponente. Em janeiro de 2022, todas as solicitações médicas foram avaliadas apresentando apenas 33% de conformidade e em dezembro de 2022 percebe-se a melhoria com 96% de conformidade. Isso reflete diretamente na segurança do paciente, uma vez que a requisição transfusional é solicitada de forma correta para o paciente correto. Essa melhoria segue no ano de 2023, no qual os meses de fevereiro e março apresentaram 100% de conformidade. **Conclusão:** Dessa forma, a implantação



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

da RT eletrônica alavancou a melhoria e segurança dos processos através da: identificação segura, o registro seguro, a diminuição de tempo entre, prescrição, solicitação e administração dos hemo-componentes e corroborando com a sustentabilidade, reduzindo o impacto ambiental.

PALAVRAS-CHAVE: HEMOTRANSFUSÃO; REGISTRO TRANSFUSIONAL; MELHORIA DE PROCESSOS



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PROFESSORIA E DOCÊNCIA



APRESENTAÇÃO ORAL - MELHORIA DE PROCESSOS

123033 - O IMPACTO DO PROCESSO DE AUDITORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO ENDOVENOSO PARA REDUÇÃO DA DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADA À CVC EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

AUTOR(ES): JAQUELINE APARECIDA VIEIRA 1; JULIANA MOREIRA DA SILVA 1; THAIS DE MELLO CÉSAR BERNARDI 1

1 - HOSPITAL DA CRIANÇA

Introdução: A infecção da corrente sanguínea relacionada ao CVC é considerada, na maioria dos casos, uma complicação prevenível para a segurança do paciente. Por isso, a utilização de boas práticas durante a inserção e manutenção desses cateteres deve ser incluída na prática clínica visando reduzir tal complicação¹. Neste sentido a observação e análise de uma realidade concreta e planejamento de intervenção acadêmica, utilizando a auditoria enquanto ferramenta de gestão de processos e orientação para coleta de dados e posterior análise das etapas da administração de medicamentos corrobora para melhores resultados e redução de infecção na instituição. **Objetivos:** Descrever o impacto da realização e gestão de auditorias do processo de administração de medicamento endovenoso para a redução do índice de infecção de corrente sanguínea relacionada à CVC. **Metodologia:** Considerando o Processo Seguro de Administração de Medicamento, o descritivo das etapas das atividades em formato de checklist apresentou-se um direcionador para a avaliação da adesão às práticas de prevenção à infecção. Atuando frente à completude das etapas as observações foram realizadas inicialmente com o conhecimento do profissional avaliado, de forma direta e sistemática das ações antes, durante e após a administração do medicamento, divididas em cinco etapas, com as ações referentes ao preparo e à administração de medicamento endovenoso: comunicação (4 ações); preparo do ambiente e material (5 ações); preparo do medicamento prescrito (10 ações); higiene de mãos (3 ações); e técnica de administração de medicamento (11 ações). Sendo posteriormente realizada sem o conhecimento do avaliado, proporcionando a identificação de oportunidades de melhorias relacionadas à meta 1, 2, 3, 5 e demais práticas para a prevenção de infecção. Para cada ação, existiam três alternativas: sim, não e não se aplica, assinaladas pelas pesquisadoras no momento da observação do procedimento. O feedback construtivo é realizado pontualmente com cada colaborador, assim como a elaboração de plano de ação decorrente da identificação das fragilidades. **Resultados:** Comparando os resultados no período pré e pós-implantação das auditorias de processo observamos uma redução na densidade de infecção de corrente sanguínea relacionada à CVC na UTI Pediátrica de 3,24 (2020) para 1,71 (2021) e 0,28 (2022), perfazendo uma redução significativa nos anos analisados. **CONCLUSÕES** Segundo a OMS, uma melhoria bem-sucedida e sustentada é alcançada por meio da implementação de várias ações para enfrentar diferentes obstáculos e barreiras comportamentais². Acredita-se que, os resultados favoráveis foram obtidos por meio de diversas estratégias,



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

sendo a auditoria de processos um fator contribuinte e relevante para o fortalecimento das boas práticas de prevenção de infecção na instituição. Com o intuito de aprimorarmos uma assistência voltada no cuidado centrado no paciente, auditorias do processo de banho no leito e curativo de cateteres centrais foram desenvolvidos pelo Time de Terapia Infusional e estão sendo realizadas para assim fortalecer e consolidar esta estratégia. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1. Rocha D. M. A., et al. Administração de medicamento endovenoso em pacientes de Hospital de Doenças Infectocontagiosas: Atuação de Enfermagem. Universidade Federal Ceará. Enf Foco, 2020. 2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

PALAVRAS-CHAVE: INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA; AUDITORIA; PROCESSO



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E DESENVOLVIMENTO



APRESENTAÇÃO ORAL - MELHORIA DE PROCESSOS

123135 - PROPOSIÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA MONITORAR A ADEÇÃO AO CUMPRIMENTO DO BUNDLE DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS

AUTOR(ES): JOSÉLIA MARIA LOPES DA SILVA 1; IVÂNIA ALVES BEZERRA DE ALMEIDA 2; CLAUDIA ROMANI 2; ANDREIA MARQUES ALVES 2; CARLOS EDUARDO CORREIA GRILO 2

1 - REDE D'OR SÃO LUIZ ANÁLIA FRANCO; 2 - REDE D'OR SÃO LUIZ ANÁLIA FRANCO

Introdução: As Infecção de Sítio Cirúrgico, doravante ISC, são aquelas que ocorrem como complicação de uma cirurgia, comprometendo a incisão, tecidos, órgãos ou cavidades manipuladas, no caso de procedimento com uso de prótese/órtese/material de síntese, podendo ser diagnosticadas até 30 dias após a realização do procedimento, podendo chegar a 06 meses.¹ A infecção de sítio cirúrgico é uma complicação séria do ato cirúrgico, de alto custo e associada ao aumento da morbidade e mortalidade.² Os bundles de prevenção aplicadas aos procedimentos cirúrgicos têm sido efetivos na redução das taxas de infecção.³ A estratégia do uso de um checklist nos procedimentos cirúrgicos objetiva auxiliar as equipes cirúrgicas a seguirem de forma sistemática os passos críticos de segurança e a minimizar também o risco de sua ocorrência e seu uso está associado à sistematização de dados para identificação de pontos a serem reforçados ou alterados para a melhoria nos padrões de cuidado, para a redução das taxas de morbi-mortalidade, de complicações cirúrgicas, bem como para a prevenção de infecção de ISC, conforme recomendação da OMS.⁴ Dessa forma, a proposta de um instrumento que verifique se as medidas sugeridas para o cumprimento do bundle de prevenção de ISC estão sendo cumpridas irá favorecer os resultados de qualidade técnica associada a uma assistência segura e de qualidade. **Objetivo:** Propor um instrumento para monitorar a adesão ao cumprimento do bundle de prevenção de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas. **Metodologia:** O instrumento foi elaborado em conjunto com o time cirúrgico da unidade Anália Franco a partir da identificação das quebras de barreiras relacionadas a ISC com base nas principais bases de dados e guidelines. Foram descritos e estabelecidas 18 questões, subdivididas em quatro momentos: Pré operatório: na unidade de internação; Intra operatório - antes do início da cirurgia e da distribuição dos campos cirúrgicos; Antes da saída sala operatória e Antes da saída do centro cirúrgico – RPA. O instrumento deve permear o fluxo cirúrgico do paciente desde a admissão até a alta hospitalar. Sua aplicação no ano de 2022 aconteceu após treinamento para as equipes de enfermagem e do bloco operatório com o objetivo de monitorar as cirurgias elegíveis do caderno da Rede D'or descritas no indicador de qualidade técnica QT05. **Resultado:** Os dados obtidos foram submetidos à tabulação com análise descritiva, com o uso do programa Microsoft Excel. No ano de 2022, foram realizadas 761 cirurgias limpas elegíveis ao caderno da Rede D'or, com taxa de infecção média de 0,79%, dentro da meta estabelecida de ≤ 0,79, contra 1,46 em 2021. Dados de literatura demonstram que infecção de sítio cirúrgico ocorrem em 0,5 a 3% dos pacientes submetidos a cirurgia. Foram preenchidos 732 (96,18%) instrumentos



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

estando 3,81% em branco. Consideramos inicialmente meta de 90% para adesão ao cumprimento do bundle de prevenção de ISC, observamos os resultados para os itens no pré operatório registrados na unidade de internação: tomou banho pré operatório (93,25%), glicemia pré operatória >70 mgdl e <180 mgdl (94,16%), normotermia pré operatória 36°C - 37,3°C (90,66%); para os itens intra operatório: degermação da pele com clorexidine degermante (90,91%), antissepsia da pele no campo cirúrgico, considerando a secagem do antisséptico antes da colocação dos campos estéreis (93,08%), controle da temperatura da sala (93,33%); antes da saída da sala operatória: uso de EPIs durante o procedimento (90,66%), equipe usando adornos (90,91%) e scopia com invólucro adequado (92,91%). **Conclusão:** Concluímos que em 2022, a aplicabilidade do instrumento demonstrou um resultado relevante para as intervenções de prevenção de ISC em cirurgias limpas e consequente redução da taxa de infecção registradas no caderno da Rede D'or, indicador QT05, fortalecendo as medidas preventivas para a ocorrência das ISC. Verificamos que por se tratar de um instrumento manual, temos a possibilidade de em conjunto com o serviço de Tecnologia da Informação – TI, adequar o instrumento para o sistema informatizado Tasy, onde através de uma compilação dos itens inserir na aba avaliações no prontuário eletrônico do paciente o check list de medidas preventivas de ISC que também permitirá a extração de um relatório com os dados imputados, além de dinamizar o serviço do SCIH e a prática assistencial com o foco na prevenção de infecção de sítio cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVE: INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO; BUNDLES; QUALIDADE TÉCNICA



REDE D'OR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E INOVAÇÃO



APRESENTAÇÃO ORAL - MELHORIA DE PROCESSOS

**122905 - PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS: MELHORIA EM
DESFECHOS CLÍNICOS ATRAVÉS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
GERENCIADA**

AUTOR(ES): ALAN DE BRITO NEVES 1; HELEN DE ARAÚJO ALVES 1; MARCEL LIMA ALBUQUERQUE 1;
LUIZ EDUARDO RITT 1

1 - HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR

Introdução: Protocolos assistenciais gerenciados são diretrizes assistenciais baseadas em evidências e direcionadas para o manejo das patologias de maior importância e/ou prevalência em instituições de saúde. A assistência à saúde através de protocolos gerenciados padroniza condutas, integra as equipes, confere segurança e qualidade, otimiza recursos, permite a monitorização da performance e, como consequência, promove melhoria contínua. Objetivo. O objetivo do presente trabalho é descrever ações e resultados alcançados com a assistência a saúde gerenciada através de protocolos, estabelecimentos de metas e utilização de ferramentas de melhoria. Método. Conforme perfil epidemiológico da instituição, foram estabelecidos 8 protocolos gerenciados para assistência a pacientes com acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca descompensada, pneumonia comunitária, síndrome coronariana aguda, dor torácica, infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST, sepse e profilaxia de tromboembolismo venoso. Para cada protocolo, foram definidos indicadores e metas anuais estabelecidas conforme série histórica e referenciais externos. No total, 43 indicadores dos 8 protocolos são gerenciados. Para isto, foi delegado uma liderança para cada protocolo, responsável final pelas ações adotadas. Todos os protocolos ficam sob responsabilidade de uma comissão institucional (Comissão de Protocolos), sendo monitorizados pela gerência médica e uma enfermeira especialista em projetos de melhoria. Para melhoria contínua e atingimento das metas, foram utilizadas ferramentas como o modelo de melhoria o IHI/ciclos PDSAs e auditoria com feedback. Além disto, mudanças nas rotinas e no prontuário eletrônico foram estabelecidas conforme conceitos da ciência da implementação e economia do comportamento. Resultados. Com início do programa, em 2016, a taxa global de conformidade com as metas foi de 57%. Com a execução de ciclos de melhoria, a taxa aumentou para 75%, 81% e 88% em 2017, 2018 e 2019, respectivamente. Com a pandemia da Covid-19, seu impacto nos hospitais e necessidade de direcionamento de recursos, houve uma redução na taxa global de conformidade para 78% e 77% em 2020 e 2021. No ano de 2022, com a expressiva redução das internações por Covid-19 e a retomada das ações dentro dos protocolos assistenciais gerenciados, a taxa de conformidade do ano foi de 89%, retornando ao valor antes da pandemia. Em 2023, até março 91% de conformidade. Conclusões. Protocolos assistenciais são fundamentais para aprimorar a assistência à saúde, reduzindo custos e melhorando desfechos clínicos. O presente trabalho descreve como uma assistência a saúde gerenciada através de 3 princípios podem melhorar desfechos clínicos: (1) protocolos coordenados por lideranças institucionais, facilitando a capilaridade das ações e promovendo engajamento de todos; (2) coordenação global por uma



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

comissão institucional, dando alinhamento com o perfil epidemiológico e decisões estratégicas e (3) utilizando ferramentas da qualidade e ciência da implementação.

PALAVRAS-CHAVE: PROTOCOLOS; GERENCIADOS; MELHORIA



REDE Q'OR

IDOR
INSTITUTO DE
PROTEÇÃO E CUIDADO



APRESENTAÇÃO ORAL - MELHORIA DE PROCESSOS

122950 - REDUÇÃO DO TEMPO PORTA ECG: UM DESAFIO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

AUTOR(ES): VANESSA DE CASTILHO TELES COSTA DO CARMO 1; ADRIANO MARTINS DE OLIVEIRA 1; HELEN DE ARAÚJO ALVES 1; JOSE AYRAN LIMA DE ALMEIDA 1

1 - CÁRDIO PULMONAR

Introdução: O Infarto agudo do Miocárdio (IAM) é a principal causa de morte no Brasil e no mundo. A dor torácica é uma das causas mais frequentes de atendimento nas unidades de emergência, correspondendo mais de 5% das visitas nesta unidade. A dor torácica é o principal sintoma em um paciente com Síndrome Coronariana Aguda, e para estes pacientes o eletrocardiograma deve ser realizado em até 10 minutos. **Objetivo:** Demonstrar o resultado das ações realizadas para maior adesão dos colaboradores frente a realização de eletrocardiograma em até 10 minutos em pacientes admitidos com dor torácica na emergência de um hospital privado de grande porte na Bahia. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo em hospital privado de grande porte na Bahia. Para esse estudo, foram incluídos pacientes que deram entrada na emergência com abertura do protocolo gerenciado de dor torácica entre janeiro e junho de 2021, anterior as ações implementadas, e de agosto de 2021 até maio de 2023, após a implantação e tempo de consolidação das ações. Vale salientar que na Emergência deste hospital, o eletrocardiograma (ECG) deve ser realizado imediatamente para todos os pacientes elegíveis, conforme critérios preestabelecidos no Protocolo de Dor Torácica. Ao longo dos anos, monitoramos o indicador do Tempo Porta ECG apenas para os pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST, no qual apresentava um excelente resultado, contudo, o grande motivador para realização desse trabalho, foi a integração com o sistema Quali D'Or da Rede D'Or, em junho de 2021, no qual já era acompanhado sistematicamente pelos gestores o tempo Porta ECG para todos os pacientes admitidos com dor torácica. **Resultados:** As ações de melhoria foram realizadas entre junho e julho de 2021, adequando a escala de trabalho do técnico de enfermagem para gerenciamento de fluxo; realizado capacitação das equipes da emergência e das recepções de atendimento; criado senha específica para pacientes com dor torácica, reforçado aos médicos sobre a importância em comunicar a equipe de enfermagem sobre necessidade imediata de realizar ECG quando informado dor torácica durante consulta médica; divulgado os resultados através do mural de gestão à vista, feedbacks estruturados da comissão de protocolos, bem como, feedback individualizado. A partir dessas ações foi evidenciado mudança significativa de 45% para 92% de adesão à realização do eletrocardiograma em até 10 minutos dos pacientes com dor torácica. Além desse indicador principal, tivemos melhorias significativas em indicadores secundários, como: redução do tempo porta médico de 6,8 minutos, redução de 10 minutos do tempo entre o fim do atendimento da recepção e o início do atendimento da triagem, redução de 6,5 minutos do tempo entre o fim da triagem e o início do atendimento médico, bem como, redução no tempo de permanência do paciente de dor torácica na emergência de 42 minutos. **Conclusões:** Com esse projeto foi evidenciado aumento da



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

segurança do paciente, ganho na eficiência operacional, maior sinergia entre as equipes gerando melhores resultados, além disso, ficou a lição que pequenas mudanças geram alto impacto. É possível verificar a manutenção desse resultado, pois mesmo após a implantação de um novo modelo de atendimento na emergência - Smart track conseguimos manter a qualidade dos resultados.

PALAVRAS-CHAVE: DOR TORÁCICA; ELETROCARDIOGRAMA; INFARTO



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E DESENVOLVIMENTO



APRESENTAÇÃO ORAL - MELHORIA DE PROCESSOS

**122663 - TRIAGEM PRÉ-OPERATÓRIA POR
ULTRASSONOGRRAFIA GÁSTRICA EM PACIENTES USUÁRIOS
DE SEMAGLUTIDA: REDUÇÃO DE CIRURGIAS SUSPENSAS E
MELHORIA NA SEGURANÇA DO PACIENTE.**

AUTOR(ES): LEOPOLDO MUNIZ DA SILVA 1; FERNANDO NARDY BELLICIERI 1; ARTHUR DE CAMPOS VIEIRA ABIB 1; SAULLO QUEIROZ SILVEIRA 2; ALESSANDRO MENEZES DE AZEVEDO 1

1 - HOSPITAL SÃO LUIZ ITAIM; **2** - HOSPITAL VILA NOVA STAR

Introdução: O uso de agonistas do receptor GLP-1 é eficiente para tratamento do diabetes e da obesidade. Seus efeitos terapêuticos estão relacionados ao retardo do esvaziamento gástrico. No perioperatório, esse efeito é preocupante, pois pode se relacionar a conteúdo gástrico residual (CGR) mesmo em pacientes com jejum pré-operatório adequado, expondo-os ao risco de broncoaspiração. O ultrassom gástrico (USG-G) é altamente sensível para detectar estômago cheio em cenários nos quais a presença de CGR é incerta, como em pacientes com suspensão inadequado de semaglutida no pré-operatório (SISP). Nossa hipótese é que um fluxo de triagem pré-operatório com USG-G em pacientes com SISP pode identificar indivíduos com CGR ou não, reduzindo a suspensão cirúrgica sem abrir mão da segurança. **Objetivo:** Avaliar o impacto de ações sequenciais que incluíram educação médica e triagem com ultrassonografia gástrica pré-operatória na redução de cirurgias suspensas por SISP. **Método:** Estudo de intervenção incluindo pacientes cirúrgicos eletivos entre janeiro/2022 e maio/2023. Cirurgia suspensa é aquela que é cancelada após a internação formal do paciente. O número de cirurgias suspensas foi comparado em cada período de análise. No primeiro semestre/2022 (P1), nenhuma ação específica havia sido implantada e o anestesista suspendia a cirurgia na avaliação pré-anestésica em pacientes com SISP (menos de 10 dias). No segundo semestre/2022 (P2), informativos para equipe médica sobre a suspensão foram divulgados. Em março/2023 (P3) foi implantado o seguinte fluxo de triagem pré-operatória: a) ao chegar no hospital, antes da internação, o paciente responde questionário sobre o tempo de suspensão da medicação; b) em caso de SISP, o paciente é direcionado para realização de USG-G; c) Caso haja CRG, o paciente é orientado pelo cirurgião a remarcar o procedimento e não há internação. Caso não haja CGR, o paciente segue na programação cirúrgica. A mediana do número de cirurgias suspensas foi utilizada na comparação pelo teste de Mann-Whitney, considerando-se valor de $p < 0.05$ como significativo.

Resultados: Em P1, houve 32 cirurgias suspensas, 11 (34,3%) devido à SISP, com mediana de suspensões por SISP de 1 [0,25-1,75] cirurgia. Em P2, houve 28 cirurgias suspensas, 15 (53%) devido à SISP, com mediana de suspensões de 2 [2,00-2,75] cirurgias. Não houve diferença estatisticamente significativa entre P1 e P2 ($p=0.20$) denotando a inefetividade das medidas educativas realizadas isoladamente. Em P3, houve 14 cirurgias suspensas, 2 (14,2%) devido à SISP, com mediana do número de cirurgias suspensas por SISP de 1 [0-1], com diferença estatisticamente significativa com relação



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

a P1 e P2 ($p=0,04$). Quanto a USG-G dos pacientes com SISP, em 67,5% não havia CGR e foi possível seguir na programação cirúrgica de forma segura. Em 32,5% dos pacientes com SISP, havia CGR com risco real de broncoaspiração. Nesses casos, o cirurgião era comunicado e o paciente orientado sobre a necessidade de reagendamento da cirurgia. Sem o fluxo implantado, pacientes com SISP e CGR poderiam ser submetidos a risco considerável na indução, enquanto pacientes com SISP e sem CGR teriam a cirurgia inadequadamente suspensa na avaliação pré-anestésica, com utilização de leitos de internação, disponibilidade de sala cirúrgica e custos ao sistema.

Conclusão: A triagem com ultrassonografia gástrica pré-operatória reduziu o número de cirurgias suspensas por SISP, seja pelo reagendamento de pacientes com CGR antes da internação, ou pela manutenção da cirurgia em pacientes sem CGR. Assim, há otimização da gestão de leito, redução da perda de receita e melhoria da percepção do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: SEMAGLUTIDA; BRONCOASPIRAÇÃO; ULTRASSOM





APRESENTAÇÃO ORAL - PRÁTICAS INOVADORAS

**120244 - A IMPORTÂNCIA DO MONITORAMENTO
REMOTO AO CUIDADO DO PACIENTE**

AUTOR(ES): JOYCE KARINE CARNEIRO DA SILVA MELO 1; ANA KARLA DE ALMEIDA SILVA 1;
EDJANE LIMA DA SILVA MELO 1; GABRIELLE JORDÃO SOUZA ANDRADE PADILHA 1;
PERFECTO DE MELO PEREZ RODRIGUES 1

1 - HOSPITAL MEMORIAL SÃO JOSÉ

Introdução: O prontuário eletrônico é apontado como sendo uma solução para muitas deficiências dos sistemas de saúde e tratado como uma maneira disruptiva que pode revolucionar a maneira como cuidamos dos pacientes. É sabido que temos como vantagens o rápido acesso à informação, clareza dos dados, recuperação rápida e organizada da informação e agilidade nos serviços.¹ As Organizações de saúde necessitam desenvolver uma cultura de segurança de modo que sua força de trabalho e seus processos sejam focados na melhoria do cuidado prestado e o prontuário eletrônico pode acompanhar este cuidado em tempo real.² O IHI descreve uma abordagem baseado em três dimensões, que chamamos de “Triple Aim”: Melhorar a experiência de cuidado do paciente; melhorar a saúde das populações; e reduzir o custo per capita dos cuidados de saúde.³ Os hospitais da Rede D’Or estão sempre em desenvolvimento e buscando melhorias em saúde para alcançar essas três dimensões, que são os pilares norteadores das ações. Objetivo Este artigo tem como objetivo demonstrar a relevância da implantação nos hospitais de um painel de monitoramento remoto ao cuidado do paciente alocado no escritório da Qualidade. Método Em abril de 2022 foi implantado o prontuário eletrônico no hospital da Rede D’Or. Em adicional, foi elaborado pela equipe da tecnologia um painel para acompanhamento visual de indicadores estratégicos escolhidos pela diretoria da unidade (nome do paciente, idade, alergia, precaução, reconciliação medicamentosa, medicamentos de alta vigilância, uso de antibiótico, aprazamento de medicamentos, protocolo de TEV, protocolo de AVC, risco de queda, glicemia, via de dieta, lesão de pele, dor, exame de imagem, coleta de laboratório, MEWS, suporte ventilatório, médico assistente e planejamento de alta). Esses indicadores são atualizados em tempo real, à medida que os profissionais imputam informações no prontuário eletrônico do paciente. Os indicadores podem ser personalizados de acordo com o perfil de cada hospital. Foi instalado o painel de monitoramento no escritório da qualidade, com o intuito de acompanharmos remotamente e em tempo real o cuidado oferecido ao paciente. Em cada tela aparece um setor e assim é possível acompanharmos todos os setores do hospital. Diariamente a equipe de qualidade realiza o monitoramento desses indicadores, faz intervenção imediata caso esteja em não conformidade e realiza notificação caso aplicável. Para a elaboração do painel não tem custo adicional, o custo do projeto é o prontuário eletrônico. Resultado Com a implantação do painel no escritório da Qualidade e monitoramento diário dos indicadores, tivemos redução no atraso da administração de medicamentos, melhoria no preenchimento do protocolo de TEV, melhoria no tempo de resposta aos pacientes, melhoria no controle e gerenciamento da dor, acompanhamento do MEWS, acompanhamento do risco de



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

queda, melhoria na reconciliação medicamentosa, incremento de notificações e melhoria na qualidade percebida e fidelização. O tempo de resposta ao paciente passou de 59% em abril para 70% em agosto; o controle e monitoramento da dor passou de 60% em abril para 65% em agosto; o percentual de elogios na ferramenta HFOCUS passou de 76.1% em abril para 77.5% em agosto; o protocolo de TEV passou de 70,37% de conformidade em maio para 100% em agosto; a fidelização passou de 64 em maio para 68 em agosto; na experiência passamos de 72% para 73% em agosto; a reconciliação medicamentosa passou de 95% em março para 100% em maio e tivemos incremento de 48 notificações de maio a setembro no gerenciamento de risco do hospital. Percebemos também que 2 pilares da Triple Aim da Rede D'Or podem ser alcançados através da viabilização desse painel no escritório da Qualidade, os pilares de Qualidade Técnica e Qualidade Percebida. Conclusão A implantação do prontuário eletrônico no hospital da Rede D'Or trouxe benefícios e a elaboração de um painel de monitoramento remoto para acompanhamento de dados estratégicos pelo escritório da Qualidade resultou em melhoria dos processos, protocolos, experiência do paciente, fidelização e resultado em Qualidade Técnica e Qualidade Percebida. Portanto, pode-se afirmar que a implantação do prontuário eletrônico aliado à implantação do painel de monitoramento remoto no escritório da Qualidade é um projeto que traz melhorias para os hospitais da Rede D'Or.

PALAVRAS-CHAVE: CUIDADO DO PACIENTE; MONITORAMENTO REMOTO; QUALIDADE



REDE D'OR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E DESENVOLVIMENTO



APRESENTAÇÃO ORAL - PRÁTICAS INOVADORAS

122027 - ALERTA SONORO DE “PROTOCOLO AVC” NO PRONTO ATENDIMENTO ADULTO: FERRAMENTA ÚTIL PARA AUMENTAR A TAXA DE ADESÃO AO “TEMPO PORTA-TOMOGRAFIA EM ATÉ 40 MINUTOS”

AUTOR(ES): RAÍSSA LANNA ARAÚJO SAN MARTIN 1; HENRIQUE FRANCISCO DE SOUZA E SOUZA 1; MARCIA REGINA DE SOUSA 1; JAMILLE LIRA BARROS 1; BRUNO BACELLAR PEDREIRA 1

1 - HOSPITAL SÃO RAFAEL

Introdução: Acidente vascular cerebral (AVC), junto à doença arterial coronariana, constitui a principal causa de morte no Brasil. O reconhecimento precoce de um possível AVC isquêmico na porta de entrada da unidade de emergência é fundamental, uma vez que o prognóstico está diretamente relacionado à terapia de reperfusão cerebral: trombólise química em até 4,5 horas do início dos sintomas e trombectomia mecânica em até 24 horas dos sintomas, ambos instituídos somente após a realização de tomografia computadorizada do crânio. Idealmente, o hospital deve dispor de um protocolo AVC estruturado, treinar equipe multidisciplinar que está inserida no cuidado ao paciente, incluindo a recepção, e buscar estratégias para aumentar a sensibilidade do reconhecimento assim que o paciente é admitido na unidade de emergência. Com isso, foi incluído um alerta sonoro “Protocolo AVC” disparado quando o paciente ou familiar acionam a opção “AVC” no totem da recepção. Esse alerta sonoro é transmitido na recepção, sala vermelha e sala de triagem e o paciente é prontamente conduzido à sala vermelha para atendimento precoce. Se elegível ao protocolo após avaliação médica, deverá ser submetido a tomografia de crânio em até 40 minutos, conforme protocolo hospitalar gerenciado, com meta do indicador de qualidade técnica “Taxa de adesão ao tempo porta-tomografia em até 40 minutos” maior ou igual a 50%. **Objetivo:** Analisar a taxa de adesão ao “tempo porta-tomografia em até 40 minutos” na Unidade de Emergência Adulto de janeiro de 2022 a abril de 2023, comparando a taxa de adesão antes e após a instalação do alerta sonoro “Protocolo AVC”. **Metodologia:** No final de outubro de 2022, foi instalado o alerta sonoro “Protocolo AVC”. Foram avaliados de forma retrospectiva os dados referentes à taxa de adesão ao tempo porta-tomografia em até 40 minutos, bem como a média e mediana do tempo porta-tomografia no pronto atendimento adulto de janeiro de 2022 a abril de 2023. O tempo porta-tomografia é definido como tempo entre o acionamento do totem e a realização da tomografia computadorizada de crânio. Entende-se por “taxa de adesão ao tempo porta-tomografia em até 40 minutos” a relação percentual entre o número de alertas AVC com tempo porta-Tomografia \leq 40 minutos no período e o número total de alertas AVC gerenciados no período. As análises estatísticas foram realizadas através do programa IBM SPSS Statistics 29.0. O valor de $p < 0,01$ indicou significância estatística. Os resultados foram apresentados como número (porcentagem), média (desvio padrão) e mediana (percentil 25 e 75) para variáveis categóricas, variáveis contínuas com distribuição normal e variáveis contínuas com distribuição assimétrica, respectivamente. Para comparar as diferenças entre as taxas de adesão dos dois grupos (antes e após alerta sonoro), foi aplicado o



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

teste qui-quadrado. **Resultados:** De janeiro de 2022 a abril de 2023, foram gerenciados 345 protocolos AVC. Em todo o período, a taxa média de adesão ao tempo porta-tomografia (porta-TC) em até 40 minutos foi de 71%. Estratificando os pacientes em dois grupos, atendidos antes da instalação do alerta sonoro (01 de janeiro a 31 de outubro de 2022) e atendidos após a instalação do alerta (01 de novembro de 2022 a 30 de abril de 2023), obteve-se para o primeiro grupo um total de 213 alertas AVC gerenciados, com 65,7% das tomografias realizadas dentro de 40 minutos, tempo porta-TC médio de 34,8 minutos e uma mediana de 32 minutos. Já o segundo grupo apresentou um total de 132 protocolos AVC gerenciados, com 81,8% das tomografias realizadas em até 40 minutos. O tempo médio de porta-TC para esse grupo foi de 30,6 minutos e mediana de 29 minutos. Foi realizado o teste qui-quadrado para comparar as taxas de adesão ao tempo porta-TC entre os dois grupos (qui-quadrado= 9.6587; p= 0.001885), o que sugere que o alerta sonoro pode ter efeito sobre o aumento da taxa de adesão ao tempo porta-tomografia em até 40 minutos. **Conclusão:** A instalação de um alerta sonoro ao acionar a opção "AVC" no totem na recepção da emergência adulto pode ser uma ferramenta útil para aumentar a taxa de adesão ao tempo porta-tomografia em até 40 minutos, com o objetivo final de reperfusão cerebral precoce, que poderá impactar diretamente na sobrevivência e na redução de sequelas neurológicas.

PALAVRAS-CHAVE: AVC; PROTOCOLO AVC; ALERTA SONORO



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E DESENVOLVIMENTO



APRESENTAÇÃO ORAL - PRÁTICAS INOVADORAS

121789 - ANÁLISE PREDITIVA POR ALGORITMOS DE "MACHINE LEARNING" EM CIRURGIA ORTOPÉDICA DE GRANDE PORTE: CUSTO-EFETIVIDADE E IMPACTO NO DESFECHO PÓS-OPERATÓRIO

AUTOR(ES): LEOPOLDO MUNIZ DA SILVA 1; SAULLO QUEIROZ SILVEIRA 2; ARTHUR DE CAMPOS VIEIRA ABIB 1; RAFAEL SOUZA FAVA NERSESSIAN 1; MARCELLA PELLICCIOTTI DE SOUSA 1

1 - HOSPITAL SÃO LUIZ ITAIM; **2** - HOSPITAL VILA NOVA STAR

Introdução: Na área da saúde, modelos preditivos podem ser utilizados para estimar o risco de desfechos e quando combinados a protocolos aplicados, podem trazer implicações positivas na redução de custos e na efetividade de intervenções. A cirurgia de quadril ainda é um desafio que demanda integração de diversos protocolos assistenciais para garantir a qualidade assistencial e entrega de valor. Logo, desfechos desfavoráveis precisam ser analisados criticamente e com foco em possíveis oportunidade de melhoria sistêmica. **Objetivo:** Este estudo objetiva analisar fatores relacionados a desfecho desfavorável no pós-operatório de artroplastia de quadril e analisar a custo-efetividade das medidas assistenciais favoráveis a um melhor desfecho. **Método:** Estudo de coorte retrospectiva incluindo pacientes submetidos a artroplastia de quadril de 2016 a 2021. Foi analisado o impacto de medidas assistenciais no desfecho intra e pós-operatório. Fatores epidemiológicos, comorbidades, técnica anestésica, uso de medicações anti-fibrinolíticas para prevenção de hemorragias (ácido tranexâmico), prevenção de hipotermia e ocorrência de hipotensão no intraoperatório foram analisados como potenciais fatores influenciadores nos seguintes desfechos: necessidade de transfusão por sangramento pós-operatório, necessidade de drogas vasoativas na UTI e tempo de internação. Machine learning foi utilizada na modelagem preditiva de desfechos de interesse. **Resultados:** Foram analisados 324 pacientes na série histórica. A prevenção de hemorragia com anti-fibrinolíticos foi administrada em 40.4%. Hipotensão ocorreu em 57.7% dos pacientes no intraoperatório e hipotermia instalada em 34%. No pós-operatório, houve necessidade de transfusão e/ou uso de drogas vasoativas em 8.64%. Tempo de internação maior que 5 dias ocorreu em 21,25% dos casos. Pacientes submetidos a cirurgias de urgência com mais de 24h de internação tiveram seu risco de complicações aumentado (RR= 6.21; IC 95% 2.68-31.3). A profilaxia para eventos hemorrágicos com o uso de ácido tranexâmico reduziu o risco de complicações hemorrágicas em 73% (RR 0.27; IC 95% 0.1-0.84) comparado aos pacientes em que esta medida não foi empregada. Influenciaram em maior tempo de internação: Idade acima de 80 anos (RR 3.00; IC 1.23-7.77), uso de drogas vasoativas (RR 21.24; IC 3.12-34.04), transfusão no pós-operatório (RR 6.21; IC 1.53-30.7) e antecedentes de AVC (RR 11.32; 1.41-20.3). Como medidas modificáveis, a prevenção de hemorragias com anti-fibrinolíticos no intraoperatório foi a que apresentou maior impacto na redução de desfechos desfavoráveis, com redução de eventos hemorrágicos e influenciando indiretamente no tempo de internação. Para análise da custo-efetividade, considerou-se o custo da profilaxia anti-fibrinolítica comparado a aquele de um paciente que



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

evolui com hemorragia e necessidade de pelo menos 01 concentrado de hemácias, tratamento com noradrenalina e 01 dia a mais de internação em UTI. Para cada 100 pacientes que recebem a profilaxia, o custo total é de R\$ 4.800,00. Considerando-se a redução de risco de hemorragia em 73% com o uso da profilaxia, para cada 100 pacientes não tratados, 30% poderão ter complicações hemorrágicas e o custo total de tratamento para estes pacientes será de R\$ 67.480,00. A análise custo efetividade mostrou-se positiva, com redução de custos em 92,88% quando medidas padronizadas e efetivas são seguidas, o que repercute em melhor desfecho pós-operatório nos pacientes submetidos à artroplastia de quadril. A mediana da adesão às medidas do protocolo de anestesia em cirurgia de quadril de abril à agosto de 2022 foi de 66.6%. Após a introdução das práticas baseadas na análise de custo-efetividade em maio de 2022, a mediana da adesão ao protocolo foi de 97.2% no período de junho/2022 à abril/2023. **Conclusão:** A análise preditiva de fatores relacionados ao desfecho foi relevante para estabelecimento de medidas custo-efetivas. Profilaxia de eventos hemorrágicos foram efetivos em reduzir complicações. Uso de drogas vasoativas e hemorragia no pós-operatório, por sua vez, estão relacionados ao aumento do tempo de internação, maior probabilidade de complicações e maior custo para assistência. A análise de custo-efetividade mostrou-se uma importante ferramenta para agregar valor à linha de cuidado e consolidar boas práticas no cuidado ao paciente cirúrgico ortopédico de maior risco, o que repercutiu na consolidação da melhoria em relação à adesão ao protocolo.

PALAVRAS-CHAVE: DESFECHO PÓS-OPERATÓRIO; ARTROPLASTIA DE QUADRIL; PREDIÇÃO DE RISCO



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E CUIDADO



APRESENTAÇÃO ORAL - PRÁTICAS INOVADORAS

122932 - IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM UTI E UNIDADES DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA: PERFIL DE INTERVENÇÕES E ADESÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.

AUTOR(ES): ANA LUÍSA MELO DE OLIVEIRA 1

1 - HOSPITAL PEDIÁTRICO JUTTA BATISTA

Introdução: A análise farmacêutica da prescrição é um elemento essencial para a redução de eventos adversos, aumento da segurança do paciente e assistência à saúde de qualidade. Os erros de medicação são definidos como qualquer evento evitável, ocorrido em qualquer uma das fases da terapia medicamentosa, que podem ou não causar dano ao paciente. De acordo com o Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos, cerca de 100.000 mortes ocorrem anualmente por erros na assistência ao paciente, sendo 7.000 relacionados a medicamentos, representando uma estimativa de custo associado de US\$ 77 bilhões/ano. Por isto, ferramentas que possibilitem identificar a natureza e os determinantes de erros, bem como evitar a ocorrência dos mesmos, tornam-se relevantes como forma de implementar e direcionar ações preventivas. **Objetivos:** Quantificar e definir o perfil das intervenções farmacêuticas realizadas em Unidade de tratamento intensivo (UTI) e unidades de internação pediátrica. **Metodologia:** Estudo descritivo, retrospectivo, realizado com dados coletados diariamente mediante realização de intervenções sobre as prescrições em UTI e unidades de internação pediátrica, no período de maio de 2022 a maio de 2023. Análise sistemática da terapia farmacológica de acordo com o perfil do paciente e registrado em planilhas Excel, classificadas por: dose/intervalo, administração, preparo, incompatibilidade intravenosa e/ou nutriente, aprazamento, provisão de medicamentos não padrão, substituição terapêutica, forma farmacêutica, suspensão ou inclusão de medicamentos; descrição da intervenção; medicamento; adesão da equipe multiprofissional; grau de importância; relacionado a erro de medicamento ou não e se atingiu o paciente. **Resultados:** Foram rastreados 21 eventos adversos registrados em planilha institucional, acompanhamento de 100% dos pacientes em uso de nutrição parenteral registrados em caderno institucional de indicadores, realizadas 722 intervenções, destas 683 (94,5%) foram aceitas, 21 (3%) não foram aceitas com justificativa e 18 (2,5%) não foram aceitas sem justificativa. O perfil das intervenções evidenciou 30% ao ajuste de dose/intervalo, 16% à suspensão de medicamentos, 15% ao preparo de medicamentos, 10% à inclusão de medicamentos necessários omissos em prescrição, 8% à provisão de medicamentos não padrão, 5% relacionados à administração do medicamento, 5% à conciliação de medicamentos não prescritos, 5% à modificação de forma farmacêutica, 3% ao monitoramento de nível sérico de medicamentos, 4% ao substituto terapêutico e 3% à incompatibilidade intravenosa. Como resultado destas intervenções, foram realizadas 105 notificações, dentre essas, 33 classificadas como circunstâncias de riscos, 31 não conformidades, 26 quase falhas, 10 incidentes sem dano e 5 eventos com dano leve. Em relação aos setores notificados, 43% destinou-se à UTI pós operatória, 38% às unidades de in-



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

ternação, 4,7% à UTI geral, 3% à farmácia, 3% ao almoxarifado, 2% à higiene, educação continuada e 1% aos demais setores (centro cirúrgico, hotelaria, emergência). Associado a isto, economia de R\$5.139,00 com a suspensão de medicamentos, calculados por valor unitário e horários prescritos, porém não manipulados. **Conclusão:** A inclusão do farmacêutico clínico na equipe multiprofissional agrega processos educativos, quanto à segurança do paciente e otimização de custos relacionados à assistência. Reconhecer as interações entre os medicamentos possibilita evitar falha terapêutica ou minimizar eventos adversos, como o aparecimento de toxicidade medicamentosa por meio de ajuste da posologia e monitoramento do nível sérico, representados como diminuição dos eventos de quase falha, dano leve, moderado e permanente. Diante do exposto, os desafios da implantação do serviço revelam-se na subnotificação, devido alta demanda de intervenções, adesão da equipe médica quanto a substituições de medicamento não padrão por padronizado e número de pacientes por farmacêutico clínico devido alto fluxo. Constata-se a relevante contribuição clínica da atenção farmacêutica, através do adequado acompanhamento farmacoterapêutico, incluindo as ações interventivas, para o desfecho positivo no tratamento de pacientes internado em UTI e unidades de internação pediátrica, fortalecendo, portanto, o vínculo destes com o profissional farmacêutico.

PALAVRAS-CHAVE: FARMÁCIA CLÍNICA; PEDIATRIA; INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PEDIATRIA E ONCOLOGIA



APRESENTAÇÃO ORAL - PRÁTICAS INOVADORAS

123175 - PROGRAMA DE TRANSPLANTE PULMONAR REDE D'OR: RELATO DO PRIMEIRO CASO

AUTOR(ES): MARIA CLARA AMARAL 1; LUCIANA TAGLIARI 1; TIAGO DE SOUZA LOPES 1; ANTENOR JORGE MARTINS MENDES 1; FELIPE SOEIRO TEIXEIRA 1

1 - HOSPITAL COPA D'OR

Introdução: O transplante de pulmão muitas vezes é a única opção para pacientes com doenças pulmonares avançadas, quando esgotadas todas as possibilidades de tratamento. Até 2019, segundo a ISHLT (International Society of Heart and Lung Transplantation), mais de 260 centros estavam habilitados para realização de transplante de pulmão no mundo. No Brasil, apenas cinco estados possuem centros habilitados, sendo São Paulo e Rio Grande do Sul os estados com maior volume e, conseqüentemente, longa fila de espera. A estimativa anual de pacientes que necessitam de transplante pulmonar em 2022 foi aproximadamente 1600 pacientes, entretanto, somente 106 transplantes pulmonares foram realizados. Em 08/2022, a Rede D'Or iniciou oficialmente um programa de Transplante Pulmonar no Rio de Janeiro, visando oferecer uma nova perspectiva aos pacientes com doenças pulmonares avançadas no estado. **Objetivo:** Descrever o relato do primeiro caso de transplante pulmonar da Rede D'Or. **Métodos:** Descrição de características e história pregressa, critérios de indicação com prova de função pulmonar, avaliação multiprofissional, preparo para o transplante e avaliação do desfecho do paciente que foi submetido ao transplante pulmonar. Paciente L.L.P, 60 anos, natural do Rio de Janeiro. Portador de bronquiectasias e doença pulmonar obstrutiva crônica, além de doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e transtorno de ansiedade. Ex-tabagista, carga tabágica cerca de 90 maços/ano (cessou tabagismo em 2003). Evoluiu nos últimos dois anos com piora funcional importante e dependência de oxigenioterapia suplementar. Atendido no ambulatório de Transplante em 09/2022, quando iniciou acompanhamento e preparação com equipe multidisciplinar. Iniciou programa de Reabilitação Pulmonar da Rede D'Or com duas sessões semanais, além de orientação domiciliar. Prova de função pulmonar pré transplante com volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF 1) 0,61L=17% do predito, capacidade vital forçada (CVF) 1,62L=35% do predito, difusão pulmonar para monóxido de carbono (DLCO) 8,58=31% do predito. Teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) com distância percorrida de 210 metros e dessaturação com escala de BORG final 7 (classificação da percepção subjetiva do esforço graduada 0-10). Apesar da reabilitação, mantinha piora evolutiva, com internações frequentes por exacerbações e maior dependência de oxigênio. Nesse contexto, foi concluída avaliação multiprofissional com pneumologistas, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeira, psicóloga, psiquiatra, cardiologista, dentista, cirurgiões torácicos e indicado transplante pulmonar. O paciente foi submetido a transplante pulmonar bilateral no dia 02/02/23. Foi utilizado suporte por membrana de oxigenação extracorpórea (ECMO) venoarterial central no transoperatório e, posteriormente, convertida em venovenosa no final do procedimento. A recuperação pós-operatória se deu na unidade de terapia intensiva especializada no manejo



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

desses pacientes. A equipe multiprofissional realizou acompanhamento pré transplante, durante toda internação e pós transplante. **Resultados:** A extubação foi realizada no D1 de pós-operatório. O explante da ECMO no D4. A reabilitação iniciada no D2, com mobilidade máxima de deambulação em ECMO. Apresentou complicações durante internação: Síndrome de Ogilvie, trombose venosa profunda com necessidade de implante de filtro de veia cava inferior devido à impossibilidade de anticoagulação plena por sangramento digestivo baixo por doença hemorroidária. Além disso, apresentou edema agudo de pulmão e disfunção renal com necessidade de terapia de substituição renal. Todas as complicações citadas foram recuperadas. Realizou antibioticoterapia profilática guiada pelas culturas do doador e culturas prévias do receptor sem incidência de quadro infeccioso. Broncoscopias de vigilância satisfatórias, com bom aspecto das anastomoses. Alta da unidade de terapia intensiva após 41 dias de internação, sem necessidade de oxigênio e com recuperação da função renal. Alta hospitalar no dia 18/03/23, após 45 dias do transplante pulmonar. Atualmente, segue no programa de reabilitação e em acompanhamento com equipe multidisciplinar no ambulatório pós transplante. Prova de função pulmonar 3 meses após o transplante com VEF1 1,81 (50% previsto), CVF 2,18 (47% previsto), DLCO 9,88 (36% previsto). Encontra-se em ambiente, realizando suas atividades diárias, sem limitação funcional, sem necessidade de internação hospitalar desde a alta. **Conclusão:** O transplante pulmonar consiste em uma importante terapia para pacientes com doença pulmonar avançada e há uma grande demanda reprimida de pacientes pneumopatas que necessitam deste tratamento no país. A implementação de um programa de transplante pulmonar no Rio de Janeiro é inovador e oferece nova perspectiva a essa população. O programa demanda uma equipe multiprofissional especializada e estrutura hospitalar preparada para atender pacientes tão complexos. O relato do primeiro caso de transplante pulmonar do programa demonstra o resultado dessa construção e como pode oferecer melhora da qualidade de vida e funcionalidade.

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPLANTE PULMONAR; REABILITAÇÃO; EQUIPE MULTIPROFISSIONAL



REDE D'OR

IDOR
INSTITUTO DE
ORÇAMENTO E GESTÃO



PÔSTER ELETRÔNICO - CASOS CLÍNICOS

123215 - ANÁLISE DE DESFECHOS CLÍNICOS E A UTILIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS EM RECÉM-NASCIDOS COM ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA SUBMETIDOS AO PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA

AUTOR(ES): INGRID MENDONÇA ALVES THEOTONIO 1; MARIANA DE ALMEIDA BARBOSA 1; SUSANA NUNES DA ROCHA NASCIMENTO 1; FERNANDA AGUIAR BRANDÃO 1; FRANCISCO ALVES FARIAS FILHO 1

1 - MATERNIDADE PERINATAL BARRA

Introdução: A Encefalopatia Neonatal Hipóxico-Isquêmica (EHI) acomete 23% dos recém-nascidos no mundo, está em terceiro lugar dentre os acometimentos que mais geram mortes neonatais. O evento ocorre em momentos do parto ou pré-parto por baixa perfusão do fluxo placentário que pode ocasionar problemas de transferência gasosa da mãe para o feto e gerar diminuição da oferta de oxigênio (hipóxia) e baixa perfusão sanguínea para o cérebro (isquemia). A EHI é uma das consequências da asfixia grave que pode ser definida pela junção de manifestações clínicas neurológicas geradas após os insultos, sendo as mais incidentes a epilepsia e a paralisia cerebral. Os exames para diagnóstico são pH do cordão umbilical, eletroencefalograma, ressonância magnética nuclear e ultrassonografia transfontanelar. A terapia utilizada para minimizar o quadro clínico e neuroproteção é o protocolo de hipotermia (PH). Segundo a literatura, não há definição específica de atuação dos mecanismos do PH, atua em vias que ocasionam a necrose e apoptose neuronal após o dano inicial, no momento de reperfusão, seguido da hipóxia e isquemia. Os medicamentos utilizados durante a terapia objetivam minimizar os efeitos gerados ao longo do resfriamento corporal, iniciar o tratamento ou profilaxia para infecções hospitalares. **Objetivo:** Analisar os desfechos clínicos, o perfil, os medicamentos utilizados durante o PH e na internação dos pacientes com Asfixia Neonatal. **Métodos:** Trata-se de um estudo elaborado em uma UTI Neonatal privada no Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada no prontuário no sistema informatizado TASY entre os anos de 2015 e 2022. Foram encontrados 66 pacientes com diagnóstico de asfixia neonatal e EHI que realizaram PH por 72h do resfriamento corporal. **Resultados:** A primeira análise realizada foi o perfil de parto cesariana (53%) que ultrapassou o vaginal (47%), o índice de massa corporal materno variou de 21,0 e 43,8 kg/m². A idade gestacional dos pacientes foi de 35 a 41 semanas. Os recém-nascidos classificados como a termo foram os mais incidentes no diagnóstico, 56% a partir de 39 semanas, a média do peso foi de 3,3kg, sendo o maior peso de 5,795kg. Os medicamentos mais utilizados durante o PH foram ampicilina (69,7%), gentamicina (69,7%), citrato de fentanila (39,4%), morfina (54,5%), fenobarbital (47%) e fenitoína (7,6%). Em relação aos medicamentos utilizados na internação ampicilina (72,73%) e gentamicina (65,15%), citrato de fentanila (42,42%) e morfina (43,94%), fenobarbital (54,55%) e fenitoína (16,67%). De todos os pacientes, 37,87% receberam alta hospitalar com anticonvulsivantes prescritos. A maioria dos pacientes foram encaminhados para acompanhamento especializado com neurologistas, oftalmologista ou



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

cardiologistas. **Conclusão:** Foi ratificada a relação entre a predisposição do diagnóstico de asfixia com as gestantes que obtiveram o IMC elevado e observado que a maioria dos casos foram em recém-nascidos a termo. Pode-se afirmar que o resultado do PH em conjunto com os medicamentos utilizados como anticonvulsivantes e analgésicos foi satisfatório para o tratamento de danos da EHI e evolução positiva no desfecho clínico reduzindo a morbimortalidade visto que houve alta hospitalar sem prescrição de anticonvulsivantes.

PALAVRAS-CHAVE: PROTOCOLO DE HIPOTERMIA; ENCEFALOPATIA HIPÓXICO ISQUÊMICA; ASFIXIA NEONATAL



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E DESENVOLVIMENTO



PÔSTER ELETRÔNICO - CASOS CLÍNICOS

122984 - IDENTIFICAÇÃO DE DESORDENS NEUROMUSCULARES COM TESTE DE ELETRODIAGNÓSTICO POR ESTÍMULO DE SUPERFÍCIE EM PACIENTES COVID-19 GRAVES

AUTOR(ES): THAYSE IONARA DA SILVA BARBOSA 1; FRANCIMAR FERRARI RAMOS 1; INDIANARA ARAÚJO DO NASCIMENTO 1; MARCELO HENRRIQUE CAMINHA 1; WENNA BERNADO 1

1 - HOSPITAL ESPERANÇA RECIFE

Introdução: Em pacientes com COVID-19 a ocorrência de síndrome do desconforto respiratório agudo foi associada com o tempo prolongado de ventilação mecânica, múltiplos fármacos, neuromiotóxicos, imobilidade e outros fatores que convergem para a gênese da fraqueza muscular adquirida na UTI (FMA-UTI), contribuindo para desfechos indesejados nestes pacientes. **Objetivo:** verificar a incidência da disfunção eletrofisiológica neuromuscular (DENM) relacionadas à doença crítica através do Teste de Eletrodignóstico de Superfície (TES) em pacientes com COVID-19 expostos à ventilação mecânica prolongada e também verificar a associação da presença de DENM com fatores de risco, desfechos clínicos e funcionais. **Métodos:** Este estudo foi uma coorte retrospectiva realizada com pacientes infectados pela COVID-19 expostos a ventilação mecânica internados na UTI Geral de um hospital privado, de alta complexidade. Os pacientes foram submetidos ao TES no músculo vasto medial e a avaliação da taxa de deformação anterior de quadríceps (TDAQ) através da ultrassonografia do músculo quadríceps em posição de repouso e durante a contração evocada pela NMES. **Resultados:** Foram avaliados 43 pacientes. Nesta população foi observado uma incidência de DENM de 21%, sendo associada a maiores pontuações no score de SOFA e maior frequência absoluta de sepse. A DENM esteve associada a menor efetividade de contração evocada pela NMES, a qual apresentou correlação negativa com a cronaximetria ($r = -0,59$). Além disso, a DENM esteve associada a com maior prejuízo da função muscular respiratória e periférica no momento do despertar ($p = 0,019$ e $p = 0,018$), e com tempos significativamente maiores de exposição a ventilação mecânica e internamento na UTI ($p = 0,009$ e $p = 0,015$). **Conclusão:** Pacientes infectados pela COVID-19 expostos a VM apresentaram distúrbios na excitabilidade neuromuscular. Esta ocorrência impactou negativamente na qualidade da contração muscular evocada pela NMES e promoveu piores desfechos clínicos e funcionais nesses pacientes no momento do despertar e alta da UTI.

PALAVRAS-CHAVE: ELETRODIAGNÓSTICO DE SUPERFÍCIE; COVID-19; FRAQUEZA MUSCULAR ADQUIRIDA NA UTI



PÔSTER ELETRÔNICO - CULTURA DE SEGURANÇA

121790 - COMPARAÇÃO ENTRE O ALGORITMO SAFETY ZONE E O ESCORE DE CAPRINI NA AVALIAÇÃO DO RISCO DE TEV EM PACIENTES CIRÚRGICOS.

AUTOR(ES): LEOPOLDO MUNIZ DA SILVA 1; LUIZ FERNANDO DE SOUZA 1; CAROLINA ROMANO 1; FERNANDA MARTINS NÓBREGA 1; KAREN KATO BOTELHO 1

1 - HOSPITAL SÃO LUIZ ITAIM

Introdução: O tromboembolismo venoso (TEV) é uma das principais causas de mortalidade em pacientes cirúrgicos e recomenda-se que todo paciente tenha o seu risco avaliado. Ferramentas de estratificação de risco são fundamentais para a definição da necessidade de profilaxia para TEV. Contudo, diferentes ferramentas estão disponíveis e não há um consenso sobre a compatibilidade de resultados com a aplicação das mesmas. Consequentemente, classificações divergentes ocasionam condutas diferentes quanto à profilaxia e impactam na segurança do paciente. **Objetivo:** Comparar o desempenho do Algoritmo Safety Zone (ASZ), um método qualitativo, com o escore de Caprini (EC), um método quantitativo na estratificação de risco de TEV em pacientes cirúrgicos hospitalizados, analisando a concordância entre resultados obtidos. **Método:** Estudo prospectivo onde pacientes aleatórios foram avaliados quanto a estratificação de risco de TEV por dois métodos, sendo eles o ASZ e o EC. O método ASZ define a idade ≥ 40 anos, presença de fatores de risco para TEV em cirurgias de médio e grande porte como alto risco para TEV. O EC, por sua vez, avalia 34 variáveis, cujo somatório de pontos ≥ 5 indica alto risco. Os pacientes foram avaliados em até 24h da admissão. O resultado do ASZ foi utilizado como critério para indicação da profilaxia. Foi avaliado o percentual de concordância entre os escores e realizada a análise dos casos discordantes. Teste χ^2 e coeficiente Kappa foram calculados para avaliar a concordância entre os métodos. **Resultados:** Foram avaliados 100 pacientes cirúrgicos por ambos os métodos. Quanto a faixa etária, 48,65% eram adultos jovens (18-39 anos), 29,7% submetidos a cirurgia bariátrica, 13,51% cirurgia plástica, 13,51% cirurgia ortopédica e 10,8% cirurgia ginecológica. Pelo ASZ, 27,7% (27) foram classificados como alto risco, 12,12% (12) como risco moderado e 60,18% (60) baixo risco. Pelo EC, 14,4% (14) foram classificados como alto risco, 28,2% (28) como risco moderado e 57,7% (57) como baixo risco. A taxa de concordância entre os métodos quanto à classificação foi de 63,63% (37) (Kappa=0.35; $p < 0.001$). Dos casos não concordantes, para pacientes com risco alto pelo ASZ (51,35%; $n=19$), 94,73% foram classificados como risco moderado e 5,26% como baixo risco pelo EC. Pelo ASZ, cirurgias bariátricas são classificadas como alto risco independente de outros fatores. Contudo, pelo EC, cirurgia bariátrica laparoscópica em pacientes com menos de 60 anos e sem outros fatores de risco para TEV além da obesidade são classificados como risco intermediário, sendo tal fator responsável por 65% das divergências na classificação. Para pacientes com classificação não concordante e risco moderado pelo ASZ (21,62%; $n=8$), 75% foram classificados como risco baixo e 25% como alto risco pelo EC. Para pacientes com risco baixo pelo ASZ (27,02%; $n=10$), 60% foram classificados como risco moderado e 40% como risco alto pelo EC. Cirurgias de



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

artroscopia de joelho e ombro de curta duração e período de internação menor que 48h são classificados pelo ASZ como baixo risco e pelo EC, pacientes com idade acima de 41 anos e submetidos a artroscopia são considerados de risco intermediário, sendo este o fator implicado em 60% das divergências em cirurgias artroscópicas de baixo risco pelo ASZ. Houve indicação de profilaxia medicamentosa pelo ASZ (risco alto e intermediário) em 39,3% e pelo EC, 32,3%, correspondendo a uma taxa de concordância de 82,83% para indicação de profilaxia química ($\kappa=0.64$; $p=0.001$). Dos pacientes de alto risco pelo ASZ, houve preenchimento do protocolo de TEV com conduta médica em 88% e em 14% houve recusa e/ou contraindicação registrada em prontuário quanto à administração da profilaxia. Dos pacientes de baixo risco pelo ASZ, houve administração de profilaxia medicamentosa em 6,6%. **Conclusão:** O ASZ apresentou performance divergente ao EC na estratificação do risco de TEV em pacientes cirúrgicos. As principais divergências foram relacionadas a cirurgias bariátricas e de curta duração sem outros fatores de risco para TEV. O escore EC tendem a superestimar o risco de TEV para cirurgias de curta duração e artroscópicas comparado ao escore ASZ. Destacamos que os algoritmos e escores são ferramentas de apoio à tomada de decisão e devem ser utilizados de maneira criteriosa e individualizada pela equipe multiprofissional, sempre considerando-se a análise do perfil institucional para adequação da melhor ferramenta de classificação.

PALAVRAS-CHAVE: PROFILAXIA ; ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO; TROMBOEMBOLISMO VENOSO



REDE IDOR

IDOR
INSTITUTO DE
PROTEÇÃO E CUIDADO



PÔSTER ELETRÔNICO - CULTURA DE SEGURANÇA

121874 - EFICÁCIA DE PLANOS DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARES: UMA ANÁLISE DE QUATRO ANOS EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE

AUTOR(ES): ERIKA VRANDEICIC 1; DÉBORA CRISTINA DOS SANTOS LADEIRA 1; MARIA LUIZA BARBOSA PEIXOTO 1; AMANDA DE CARVALHO MACHADO 1; BRÁULIO ROBERTO GONÇALVES MARINHO COUTO 1

1 - BIOCOR INSTITUTO

Introdução: Qualquer processo, inclusive da área da saúde, é constituído por um conjunto de causas que produzem o seu resultado. As causas que produzem os efeitos de um processo são conhecidas, mas também desconhecidas. Em geral, procura-se controlar apenas as causas conhecidas que afetam com maior intensidade a qualidade do processo. Claro que, só podemos melhorar aquilo que conseguimos medir! Como oferecer assistência de alta qualidade para todos em termos de segurança do paciente, eficácia clínica e experiência dos pacientes? Numa época em que casos de baixa qualidade do cuidado de saúde e falta de compaixão tem chamado tanto a atenção da sociedade, é fundamental medir e garantir a qualidade dos processos realizados em hospitais. A aplicação da metodologia do Grupo de Diagnósticos Relacionados (DRG - Diagnosis Related Groups) busca mensurar o desempenho médico-hospitalar, ajustando os dados para a complexidade assistencial dos pacientes atendidos. Objetivo Estimar a incidência de eventos adversos infecciosos e não infecciosos (condições adquiridas) em hospital de alta complexidade, avaliando a eficácia de planos de ação implementados para redução destes agravos. Metodologia Estudo prospectivo, coorte de pacientes avaliados pela metodologia DRG, admitidos em hospital de alta complexidade entre janeiro de 2019 e dezembro de 2022. Identificação de condições adquiridas intra-hospitalares (CA), definidas como “danos e lesões causados aos pacientes durante a internação hospitalar, determinados por falhas na assistência”, por exemplo, lesão por pressão, quedas do leito, perda de acesso vascular, infecções relacionadas à assistência à saúde e outros eventos adversos infecciosos e não infecciosos. As CAs com maior impacto em termos de risco de óbito e de aumento no tempo de internação são classificadas de CA grave (exemplo, septicemias, pneumonias, úlceras de decúbito de grau 3 ou 4). Estimativas mês-a-mês do risco de CA e de CA grave e das taxas de CA e de CA grave. Análises comparativas por meio de testes de hipóteses bilaterais, com nível de significância de 5%. Definição e retroalimentação de planos de ação (PAs) para redução e prevenção de CAs. Resultados Em quatro anos, foram avaliados pelo DRG, 41.292 prontuários de alta: 1.364 pacientes evoluíram com alguma condição adquirida, risco de CA = 3,3%, com 920 pacientes com CA grave (risco = 2,2%). Planos de ação (PAs) foram elaborados para melhoria nas rotinas administrativas e conduta dos profissionais da saúde não só para redução de incidência de CA e CA grave, mas também readmissão menor que 30 dias e permanências clínica e cirúrgica na Instituição. Análises de Pareto mostraram que, apesar de serem centenas de diferentes tipos de CA, apenas 4 eventos (pneumonias, infecções urinárias, sepse e lesões por



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

pressão) predominavam na instituição e foram alvos primários dos PAs. Técnicas baseadas em PDCA, diagramas de Causa x Efeito, cronograma de ações 5W1H foram aplicadas nos PAs, centrados em análises e feedback de resultados, padronização de processos e treinamentos extensivos e contínuos. Houve redução significativa ao longo dos anos culminado, em 2022, com redução em 77% no risco de CA (2019-2020 = 881/18.211 = 4,8% versus 139/12.440 = 1,1% em 2022) e redução de 71% em CA grave (2019-2020 = 600/18.211 = 3,3% versus 119/12.400 = 1,0% em 2022). Conclusão Os resultados obtidos não só validam a importância de um programa estruturado de melhoria contínua e segurança do paciente, mas também destacam a necessidade de um comprometimento contínuo com a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Esses esforços devem ser mantidos e aprimorados constantemente, a fim de garantir um ambiente hospitalar mais seguro e de maior qualidade para pacientes. Em suma, a pesquisa demonstrou que a implementação de planos de ação baseados em análises criteriosas e na aplicação de técnicas e metodologias adequadas pode levar a uma redução significativa e sustentada de eventos adversos adquiridos em um hospital de alta complexidade. Esses resultados são encorajadores e fornecem uma base sólida para a continuidade de esforços de melhoria contínua em benefício da segurança e bem-estar dos pacientes, tornando possível oferecer assistência de alta qualidade para todos em termos de segurança, eficácia clínica e experiência dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: EVENTOS ADVERSOS À INTERNAÇÃO; DRG; CONDIÇÕES ADQUIRIDAS



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E INOVAÇÃO



PÔSTER ELETRÔNICO - CULTURA DE SEGURANÇA

122391 - O GERENCIAMENTO DE RISCO NO AMBIENTE HOSPITALAR: O IMPACTO DA MULTIDISCIPLINARIDADE NA TOMADA DE DECISÕES COMPARTILHADAS

AUTOR(ES): BEATRIZ CARVALHO ESPINDOLA 1; ANA MARIA PITTELLA 1; KELLY NOGUEIRA RODRIGUES 1; DULCINEIA APARECIDA BILAC DE LUCENA 1; LEONARDO MAURICIO GROSSI 1

1 - HOSPITAL QUINTA DOR

Introdução: O cuidado multiprofissional envolve profissionais de saúde com experiências e habilidades complementares, que compartilham objetivos comuns e exercem esforços combinados na avaliação, no planejamento e no atendimento ao paciente, promovendo a qualidade do cuidado e a segurança do paciente em unidades clínicas. Oferecer uma assistência de qualidade e com segurança é uma preocupação para os serviços de saúde, para a gestão hospitalar e para a equipe multiprofissional. A Cultura de Segurança favorece a implantação de práticas seguras e a diminuição da ocorrência de eventos adversos provenientes de falhas assistenciais. Planejamentos realizados por meio da colaboração interdependente, da comunicação aberta e da tomada de decisão compartilhada geram resultados de valor agregado para o paciente, para a Instituição e para a equipe. **Objetivo:** Descrever as estratégias implementadas, pautadas na multidisciplinaridade, para a efetividade do gerenciamento dos riscos da clínica médica de uma unidade hospitalar. **Metodologia:** Estudo qualitativo e descritivo, desenvolvido em um hospital privado, no município do Rio de Janeiro. Foram analisadas as reuniões multidisciplinares de gerenciamento de riscos da Clínica Médica, entre o período de outubro de 2021 a maio de 2023. Tais reuniões tiveram início no ano de 2021, visando discussões pautadas nos resultados assistências. Os setores da clínica médica dividem-se em três blocos, conforme suas especificidades, sendo eles: clínico, cirúrgico e onco-hematológico. No primeiro encontro ficou estabelecido que seriam reuniões distintas para cada um dos blocos e com periodicidade mensal. Os integrantes permanentes são: coordenação da Clínica Médica, supervisores médicos e de enfermagem, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Educação Permanente e Qualidade. Os demais participantes convidados, incluem rotinas médicos e de enfermagem, plantonistas enfermeiros e técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiologia, farmácia e hotelaria. Existem diversos fatores relacionados ao gerenciamento de riscos do paciente, sendo necessária uma visão ampla e integral dos diversos profissionais da área da saúde. Como consequência, a presença e participação da equipe multidisciplinar traz muitos benefícios neste sentido. O grande diferencial desses encontros é o comportamento ativo de todos os profissionais frente a reunião e aos processos. Cada integrante possui um papel fundamental, com habilidades únicas nas discussões e planejamentos. A equipe decide em conjunto as ações a serem tomadas, para garantir a consistência das melhorias e o engajamento de todas as áreas. Durante a reunião, cada participante tem o seu momento de fala. São levantadas informações referentes aos indicadores do mês anterior, percepções e propostas da equipe para melhorias. Ao final, define-se uma ou mais propostas a serem trazidas para discussão no próximo encontro e a



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

data a ser realizado. **Resultados:** Ao longo das 60 reuniões realizadas, identificou-se que a equipe ganhou maturidade emocional e profissional, raciocínio crítico, permitindo transformações positivas capazes de impactar na vida das pessoas, sobretudo, do paciente, que é o centro do cuidado. Nos processos, identificamos melhorias de indicadores como flebite, queda, delirium, broncoaspiração, lesão por pressão, dentre outros. Para todos os indicadores discutidos, realizamos uma comparação entre os anos de 2021, 2022 e 2023. Esses encontros multidisciplinares permitiram a percepção da ampliação do conhecimento dos participantes, discussões consistentes sobre os problemas e as soluções para o processo analisado, reflexões e conscientização sobre questões relacionadas a segurança do paciente, identificação da necessidade de medidas gerenciais adotadas, definição de prioridades, criação de ferramentas facilitadoras para as práticas assistências e atualizações de protocolos. **Conclusão:** A mudança de cultura de um cuidado unidirecionado para um cuidado multifacetado é fundamental para que tenhamos uma prática pautada nos princípios de promoção e prevenção da segurança do paciente e da qualidade assistencial. A equipe focada em atender as necessidades integrais e buscando soluções que se complementem e sejam efetivas é uma estratégia que torna o atendimento mais qualificado e seguro.

PALAVRAS-CHAVE: GERENCIAMENTO DE RISCO; SEGURANÇA DO PACIENTE; EQUIPE DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE



REDE D'OR

IDOR
INSTITUTO DE
PRÁTICA E CUIDADO



PÔSTER ELETRÔNICO - DIMINUIÇÃO DO DESPÉRDÍCIO

123125 - ANÁLISE FARMACOECONÔMICA E REDUÇÃO DE DESPÉRDÍCIO DO ANTICORPO MONOCLONAL HUMANIZADO PALIVIZUMABE

AUTOR(ES): JULIANA SILVEIRA DE OLIVEIRA 1; SUSANA NUNES DA ROCHA NASCIMENTO 1

1 - PERINATAL BARRA

Introdução: A farmacoeconomia conceitualmente identifica, calcula e compara custos, riscos e benefícios de terapias medicamentosas, além de determinar quais são as alternativas que produzem os melhores resultados em face dos recursos investidos. A manipulação de medicamentos na farmácia é uma prática consolidada há mais de 10 anos na unidade, onde o preparo de mais de uma dose é feito a partir de um único frasco, para diferentes pacientes, considerando as boas práticas orientadas legalmente além da estabilidade físico-química. Ao longo deste tempo, foram desenvolvidas ferramentas e padronizadas rotinas para a otimização dos medicamentos manipulados. Especificamente, o palivizumabe é um insumo de alto custo, destinado à terapia imunoprolática de doença grave do trato respiratório inferior causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR). **Objetivo:** O presente estudo tem por objetivo apresentar a economia gerada com a otimização de frascos do anticorpo monoclonal IgG1 humanizado palivizumabe prescrito para pacientes, com critérios estabelecidos para alto risco de doenças pelo VSR, da UTI Neonatal e da UTI Cardíaca Pediátrica, com consequentes redução de desperdícios. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, considerando o período entre fevereiro de 2018 e agosto de 2022, conduzido em uma maternidade do Rio de Janeiro. As análises foram realizadas após a entrada do insumo no rol da Agência Nacional de Saúde (ANS). Foram coletados dados referentes à prescrição, compra e dispensação do palivizumabe. A obtenção de informações foi feita através consulta ao sistema informatizado TASY. **Resultados:** Respeitando a sazonalidade do VSR, nos anos analisados, foram prescritas 516 doses de palivizumabe para imunoprofilaxia de 242 pacientes. Considerando a otimização na manipulação e gastos com materiais e mão de obra, a economia total foi de R\$2.014.161,60, além de evitar um desperdício de 197 frascos, que seriam comprados caso a dispensação fosse por dose por paciente. **Conclusões:** A manipulação na farmácia em ambiente adequado, microbiologicamente controlado, e respeitando as características físico-químicas do insumo, proporciona ao hospital resultados econômicos bastante relevantes. Por outro lado, é possível perceber também o quão alinhado a instituição está com sustentabilidade e redução de desperdícios, prática cada vez mais valorizada na área da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: FARMACOECONOMIA; PALIVIZUMABE; MANIPULAÇÃO





PÔSTER ELETRÔNICO - DIMINUIÇÃO DO DESPÉRDÍCIO

123052 - REDUÇÃO DE CUSTOS COM MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO-REEMBOLSÁVEIS

AUTOR(ES): EMANOELA LIMA FREITAS 1; MARCIA AZEVEDO VIANA 1; OLIVIA CRISTINA PALMEIRA DA SILVA RODRIGUES 1; EDUARDO SAHADE DARZÉ 1; LUANDA ALMEIDA ELOY 1

1 - HOSPITAL CARDIO PULMONAR

Introdução: A utilização de materiais descartáveis durante a assistência prestada aos pacientes, é um tema que vem ganhando espaço entre os gestores hospitalares. Isto se deve à tendência de maior utilização desses recursos, somado ao fato de que grande parte desses itens não são reembolsados pelas operadoras de saúde, gerando assim a necessidade de uma reflexão constante sobre a utilização consciente e segura, visando contemplar as perspectivas de sustentabilidade econômica e ambiental, sempre aliada à manutenção da qualidade técnica e segurança do colaborador. **Objetivo:** reduzir o custo com aventais descartáveis, luvas de procedimento e toalhas descartáveis para banho, em 23,45% (meta estabelecida com 25% de lacuna), reduzindo de R\$ 39,71 para R\$ 30,39 / paciente-dia), no período de maio de 2022 à fevereiro de 2023, em uma unidade assistencial de um hospital particular de grande porte, no estado da Bahia, Brasil. **Metodologia:** foi utilizada a ferramenta PDSA (Plan, Do, Study e Act) para testar e implementar idéias de mudanças, e determinar se elas produziram uma melhoria. A partir dessa metodologia, as perguntas norteadoras para a condução desse projeto foram: "O que estamos tentando realizar? Como saberemos se uma mudança é uma melhoria? Que mudanças podemos fazer que resultarão em melhoria?" **Plan:** Realizamos a série histórica de consumo e custo relacionados à materiais descartáveis não-reembolsáveis nas Unidades assistenciais, nos últimos 3 anos (2020, 2021 e 2022), a fim de identificar àqueles com maior representatividade. Avental descartável, luva de procedimento e toalha descartável, juntos, representaram 80% do custo total. Além dos itens, identificamos a unidade com maior consumo (UTI Geral - 12% do custo total do hospital e com o custo por paciente-dia 28% mais caro que o custo médio do hospital). A partir dessas definições, elaboramos um plano de ação. **Do:** implementamos tanto as idéias de mudança (que precisavam de ciclos de testes rápidos, para avaliação da sua efetividade antes da implementação), quanto as ações de melhoria (que não necessitavam de testes para implementação). As ações foram classificadas em 05 grupos: 1.Revisão da indicação de uso e/ou substituição do material: - Toalhas descartáveis, foram substituídas por toalhas de tecido e um protocolo com orientações de uso durante banho/higiene foi construído; - Luvas / Aventais, foram revisados os critérios de utilização pela equipe assistencial, e a padronização de não utilização por visitantes. 2. Uniformização no processo de solicitação; 3. Maior controle nos processos de dispensação; 4. Monitoramento contínuo do consumo. 5. Sensibilização da equipe assistencial. **Resultados:** Study: após implementação das ações, definimos os indicadores que permitiram mensurar consumo e custo dos itens, além do desempenho dos indicadores de infecção relacionadas à assistência - IRAS (indicador de equilíbrio). Comparamos os 05 meses pré-intervenção (maio à setembro/2022), e 05 meses pós-intervenção (outubro/2022



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

à fevereiro/2023), sendo possível identificar uma redução de 41% no custo total (R\$ 52.203,21 para R\$ 30.908,70), e 30,30% no custo/paciente-dia (R\$ 39,71 para R\$ 27,69). Projetando tais ações para todo o hospital, considerando-se o custo médio hospitalar por paciente-dia (R\$ 27,14), e aplicando-se a redução de 30% nesse custo (R\$ 18,99), é possível sair de um custo anual total de R\$ 981.979,48 para 687.096,18, gerando uma economia de R\$ 294.883,30 /ano. Não houve aumento na densidade de incidência de infecção hospitalar. Act: realizamos os ajustes necessários para possível replicação nas demais Unidades. **Conclusão:** a utilização de ferramentas de qualidade, permite atingir bons resultados. Conseguimos responder de forma clara, às perguntas norteadoras: 1. "O que estamos tentando realizar? Reduzir custos com materiais descartáveis não-reembolsáveis. 2. Como saberemos se uma mudança é uma melhoria? Monitorando os indicadores de processo (consumo dos materiais), de resultado (custo total e custo por paciente-dia), e de equilíbrio (densidade de IRAS).3. Que mudanças podemos fazer que resultarão em melhoria?" Revisão de indicação, solicitação, dispensação e monitoramento dos itens, e ações de sensibilização. Esse projeto trouxe benefícios para a Instituição, paciente, e meio ambiente: redução de custos e de desperdício, implementação de práticas assistenciais disruptivas, uniformização de processos e mudança de cultura e comportamento.

PALAVRAS-CHAVE: REDUÇÃO DE CUSTOS; EQUIPAMENTOS DESCARTÁVEIS; MELHORIA DE QUALIDADE



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E DESENVOLVIMENTO



PÔSTER ELETRÔNICO - EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

122936 - IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO LUTO PERINATAL

AUTOR(ES): ANA LILIAM BONATO ROSSI BARRETO 1; JAQUELINE MARIA DE SOUZA SOARES 1; GIOVANA DE OLIVEIRA 1; MARIA AUGUSTA BENTO CICARONI GIBELLI 1; PATRICIA BADER DOS SANTOS 1

1 - MATERNIDADE SÃO LUIZ STAR

Introdução: A maternidade é um local reconhecido como um lugar de celebrações, comemorações e sobretudo de celebração à vida. Entretanto, é também o local onde são recebidas mulheres e famílias que sofreram abortos espontâneos, óbito fetal ou complicações que possam levar ao óbito prematuro daquele feto antes do nascimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como morte perinatal o número de natimortos e mortes ocorridas em fetos a partir de 22 semanas de idade gestacional (IG) (154 dias) até os primeiros sete dias após o nascimento. Considera-se aborto, a expulsão ou extração de um produto de concepção sem sinais de vida, com menos de 500 g e/ou estatura menor ou igual a 25 cm ou menos de 22 semanas de gestação e óbito fetal, a morte de um produto de concepção antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. A morte do feto é caracterizada pela inexistência, depois da separação, de respiração ou qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações de cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária. Nestes casos, é frequente, uma deslegitimação do luto pelos familiares (e pelos profissionais de saúde) dado que o feto que faleceu não é visível nem concreto para quem vê de fora, e portanto não se reconhece a tristeza dos genitores. Nestas situações, é fundamental que os profissionais de saúde que participam desse momento sejam preparados para prestar cuidados que facilitem e ofereçam um luto perinatal saudável. **Objetivo:** Consolidar uma cultura entre os profissionais de assistência ao luto perinatal de qualidade e proporcionar à família enlutada carregar memórias de uma experiência que, ainda que dolorosa, tenha sido também respeitosa, repleta de apoio, confiança, empatia e segurança. **Metodologia:** Foi elaborado o Protocolo de Assistência ao luto Perinatal em uma maternidade e, após a aprovação pelo grupo da qualidade, iniciou-se o treinamento da equipe atuante no centro obstétrico. O objetivo foi prepará-los para acolher as famílias enlutadas no contexto de morte de um feto no ambiente destinado a acolher a vida. A avaliação dos resultados desta mudança institucional foi avaliada através da qualidade percebida dos clientes, neste caso de famílias que passaram pelo luto perinatal e foram acolhidos pelos profissionais da instituição através de depoimentos da plataforma HFocus e em um caso isolado, entrevista cedida a um site. **Resultados:** Entre os meses de novembro de 2022 e março de 2023, foi possível treinar 90% dos profissionais do centro obstétrico. Dentre os depoimentos coletados das famílias enlutadas, apesar de todos serem positivos, um possui a capacidade de resumir exatamente o objetivo proposto: "A gente não é preparado para a morte. Mas ali senti que fui acolhida, eles receberam a morte com beleza, com cuidado, e pude criar lembranças e me despedir da minha filha. Um lugar



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

que recebe a vida tem que estar preparado para a morte. A gente só entende o valor disso quando passa por essa experiência. A memória dessa história tem uma narrativa bonita porque a instituição permitiu que tivesse”. Vale ressaltar que após a implementação do protocolo, não houve queixas a respeito da assistência diante do luto perinatal. **Conclusão:** Diante dos resultados positivos observados, conclui-se que é de grande importância propagar esta cultura do luto perinatal institucionalmente, consolidando a assistência ao longo dos anos e conseqüentemente abranger para outros hospitais da rede a fim de sermos referência, percussores e exemplos de boas práticas.

PALAVRAS-CHAVE: LUTO ; PERINATAL ; QUALIDADE PERCEBIDA



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DOR
PROCURA E CUIDA



PÔSTER ELETRÔNICO - EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

122941 - O IMPACTO DE NOVAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE NO AMBIENTE DE UTI PEDIÁTRICA: VISÃO DOS PACIENTES E DOS PROFISSIONAIS

AUTOR(ES): ANA PAULA HERRERA GOBBI 1; MAYARA CRISTINA GALINDO DE MORAES 1; EDNA YAEMI HIROTA 1; FABIA GENTIL 1; JULIANA COLLARES TREVISAN 1

1 - HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL - SANTO ANDRÉ

O ambiente da terapia intensiva é um local que se mostra muitas vezes hostil e desafiador para pacientes e profissionais. Do ponto de vista do paciente, trata-se de um ambiente gera muitas dúvidas, angústias e incertezas. Durante a internação pode haver um desequilíbrio familiar, justamente por verem um ente querido numa circunstância de fragilidade física e emocional, no qual, a doença rompe atividades de vida diária, planos e sonhos. Integrar a família no processo de reabilitação é torná-la aliada da equipe, facilitando a recuperação e reafirmando a confiança do paciente (TERNUS et.al.,2011).Do ponto de vista profissional, o sucesso de algumas terapias vem em grande parte do vínculo criado entre profissional e família. Como parte da equipe multiprofissional, o fisioterapeuta atua diretamente no desenvolvimento da melhora do cuidado, afinal, além das técnicas empregadas nos atendimentos, é indispensável sua habilidade de comunicação e o vínculo criado com o paciente, família e equipe (MONDADORI et.al., 2016). Analisando este contexto a equipe de Fisioterapia elencou a realidade virtual como uma ferramenta útil para auxiliar no engajamento de algumas intervenções necessárias ao longo da internação ao mesmo tempo auxiliar para amenizar o impacto negativo do ambiente criando uma experiência positiva. A realidade virtual no ambiente hospitalar atualmente é usada com diferentes objetivos, como melhora da dor, do tempo de atividade física ou da realização de algum procedimento devido ao ambiente lúdico e diferente que o dispositivo pode levar a criança. **Objetivo:** Demonstrar que o uso da realidade virtual dentro da unidade de terapia intensiva pode levar a uma melhor experiência de paciente e dos profissionais da equipe de Fisioterapia. **Método:** Utilização dos óculos de realidade virtual na UTI pediátrica, nas crianças acima de 6 anos. Foram elencadas de acordo com a necessidade identificada pelo fisioterapeuta, proposto em plano terapêutico 2 sessões ao dia com 20 minutos de duração, os cenários utilizados para a imersão foram escolhidos de acordo com a preferência de cada criança, de acordo com o objetivo terapêutico buscado no momento pelos profissionais. Um dos pontos de maior atenção na utilização deste método de forma terapêutica é adequar a posologia indicada; e assim evitar o cyber enjoo, efeito que pode aparecer durante seu uso. Outro ponto importante é avaliar o resultado obtido e ajustar a terapia conforme ao que era esperado. **Resultado:** O início da utilização desta tecnologia teve boa aceitação das famílias e pacientes principalmente na percepção. Os familiares vivenciaram o uso do recurso como uma preocupação adicional por parte dos profissionais em proporcionar um ambiente mais tranquilo, acolhedor e de acordo com as preferências de cada criança. O que reforça a percepção do olhar individualizado e a preocupação da equipe com relação à vivência da criança como relatam os depoimentos colhidos após a utilização do recurso



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

dos familiares: 'Acho superimportante, lembro que ela esperava ansiosamente para usar os óculos de realidade virtual, trazia alegria, amenizava um pouquinho o ambiente pesado, o tratamento com agulhas e remédios, por um instante ela esquecia e sorria. "Espero que continuem, vale cada sorriso"; 'Ele amou, agora espera ansioso a hora da fisioterapia"; "Fez muita diferença, achei muito legal a preocupação da equipe em propor algo diferente durante a internação na UTI. Obrigada pelo carinho." ; "Nunca podia imaginar que dentro da UTI poderia ter toda essa tecnologia". Do ponto de vista da percepção dos profissionais que utilizaram, referem satisfação em contribuir com uma nova abordagem para a criança, criando a possibilidade de um ambiente diferente, leve e divertido para a realização da terapia, porém mantendo o foco do processo terapêutico, como relato da profissional envolvida nesta iniciativa: "Ficamos muito felizes em "retirar" nossos pacientes da UTI mesmo que por um breve momento. Observamos que ao término da experiência tanto a criança quanto o acompanhante estavam sorrindo e felizes." **Conclusão:** As novas tecnologias em saúde podem ter função positiva no que diz respeito à melhora da experiência de pacientes e profissionais (GUERRA e. al., 2020). Um ambiente humanizado ajuda a diminuir o sofrimento e promove maior cooperação aos procedimentos necessários promove a diminuição da tensão e do desconforto tanto físico como psicológico além de favorecer o processo de tratamento e cura.

PALAVRAS-CHAVE: REALIDADE VIRTUAL; FISIOTERAPIA; EXPERIÊNCIA



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E CUIDADO



PÔSTER ELETRÔNICO - EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

123206 - PROJETO DIALÓGOS COM AS FAMÍLIAS E MELHORIA NA QUALIDADE PERCEBIDA NO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE.

AUTOR(ES): FERNANDA OLIVEIRA COELHO 1; LARISSA CAMPOS TEIXEIRA ANDRADE 1;
ROGÉRIO DA HORA PASSOS 1

1 - HOSPITAL SÃO RAFAEL

Introdução: O diagnóstico de doença renal crônica dialítica traz uma série de mudanças na rotina dos pacientes que impactam em toda a família. Uma série de novas limitações, perda de autonomia e incapacidade de continuar realizando suas atividades habituais resultam em perda de qualidade de vida para o paciente que necessita de terapia de substituição renal cronicamente. Os familiares destes pacientes costumam ter muitas dúvidas e precisam construir uma nova dinâmica familiar diante de uma doença crônica e muitas vezes persistente. Os serviços de hemodiálise têm papel importante no acolhimento das famílias e no auxílio na reestruturação do sistema familiar necessário neste contexto. Essa interação com as famílias é um ponto importante na adaptação do paciente e na visão deles sobre a qualidade do serviço prestado. Uma das formas de avaliação da qualidade percebida é através da aplicação de questionários de satisfação do cliente, como o Net Promoter Score (NPS). **Objetivo:** Avaliar o impacto de um projeto de educação continuada com as famílias na satisfação dos pacientes de um serviço de hemodiálise, por meio da avaliação do NPS. **Método:** O NPS foi aplicado no ano de 2022 nos meses de abril, julho e outubro, e em 2023 nos meses de janeiro e abril/2023 por meio de preenchimento de formulário entregue aos pacientes na sessão da diálise, contendo a pergunta padrão (em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria os serviços para um amigo ou familiar?) sobre 4 aspectos: geral, instalações, atendimento aos pacientes e atendimento aos familiares. As respostas com notas de 9 e 10 são consideradas de clientes promotores, 7 e 8 de clientes neutros e abaixo de 7 de clientes detratores. O cálculo final é realizado subtraindo-se o número de detratores do número de promotores. O projeto "DIALÓGOS COM AS FAMÍLIAS NA HEMODIÁLISE" consiste em reuniões trimestrais com as famílias, onde a equipe multidisciplinar aborda temas relacionados ao tratamento dialítico bem como qualidade de vida do doente renal crônico. Foram comparados os resultados de NPS de julho de 2022 com janeiro de 2023, imediatamente antes da intervenção e após a segunda reunião respectivamente. **Resultados:** A primeira reunião do projeto ocorreu em outubro de 2022 com o tema "Conhecendo o serviço e a equipe", as famílias participaram ativamente e ao final da apresentação trouxeram sugestões de temas para as próximas reuniões. As reuniões subsequentes aconteceram em fevereiro de 2023 com o tema "Vamos conversar sobre o transplante renal?" e maio de 2023 com o tema "Cuidados com o paciente em hemodiálise". Comparando o NPS de julho 2022 com o de janeiro de 2023 houve um aumento no aspecto "global" de 17%, aumento no aspecto "atendimento aos familiares" de 19,5%. Os aspectos "instalações" e "atendimento aos pacientes" também apresentaram aumento de 28% e 8,9% respectivamente. O NPS global antes do início do projeto (julho de 2022) foi de 82, apresentando aumento para 96 em outubro de 2022, se mantendo em 96 na



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

avaliação de janeiro de 2023 e em 93 em abril de 2023. O aspecto “atendimento familiar” teve NPS de 82 na avaliação de julho de 2022, com incremento para 87 e 98 em outubro 2022 e janeiro 2023 respectivamente, voltando para 91 em abril de 2023. Embora o incremento do NPS tenha influência de diversas melhorias implementadas no serviço no período, houve incremento importante no aspecto “atendimento aos familiares”, refletindo a intervenção voltada para as famílias e possível efeito da implementação de sugestões geradas por essa interação no serviço. **Conclusões:** Durante as reuniões realizadas as famílias participaram ativamente e trouxeram sugestões de melhorias para o serviço e de temas para as próximas reuniões, demonstrando interesse na manutenção das reuniões trimestrais. A participação das famílias provavelmente impacta na qualidade percebida não somente pelo efeito direto neste aspecto como também na incorporação de melhorias direcionadas para os outros aspectos avaliados pelo NPS.

PALAVRAS-CHAVE: HEMODIÁLISE; FAMÍLIA; QUALIDADE PERCEBIDA



REDE D'OR

IDOR
INSTITUTO DE
PROTEÇÃO E SAÚDE



PÔSTER ELETRÔNICO - INICIATIVAS DE VALOR EM SAÚDE

121793 - EFETIVIDADE DA UTILIZAÇÃO DE MÉTRICAS DE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) EM CENÁRIOS SIMULADOS PARA MELHORAR A QUALIDADE DO PROCESSO DE RESSUSCITAÇÃO INTRA-HOSPITALAR

AUTOR(ES): LEOPOLDO MUNIZ DA SILVA 1; ROBERTA JOSEFIK CELESTINO GAINO 1; ERICA DE PAULA 1; ALINE SILVA LIMA 1; FERNANDA MARTINS NOBREGA 1

1 - HOSPITAL SÃO LUIZ ITAIM

Introdução: Atualmente, as taxas de sobrevivência e de recuperação fisiológica completa após uma parada cardiorrespiratória (PCR) nos hospitais em geral são baixas em todas as faixas etárias. Menos de 20% dos pacientes adultos que sofrem uma PCR dentro do hospital irão sobreviver e receber alta sem sequelas. No momento, tanto a ciência quanto a tecnologia estão desenvolvendo novas informações e ferramentas para obtenção de melhores resultados na ressuscitação. Métricas sobre a assistência na PCR em tempo real para guiar a equipe no momento do evento tem apresentado bons resultados em melhorar a qualidade da RCP e esta tecnologia pode favorecer o fortalecimento do aprendizado em simulação das equipes assistenciais para situações de crise que, apesar de raras, precisam ser executadas de maneira precisa para que a evolução do paciente seja a melhor possível. **Objetivo:** Avaliar a efetividade da utilização de métricas de RCP com feedback em cenários simulados de PCR como método para melhorar a qualidade de RCP dos profissionais de saúde. **Método:** Estudo prospectivo do tipo antes e depois executado por simulação realística. A profundidade e frequência das compressões foram medidas durante dois minutos de compressões contínuas utilizando o desfibrilador ZOLL R Series. A qualidade das compressões foi gravada utilizando um sensor de RCP integrado à pá adesiva. Os participantes realizaram em um manequim, dois minutos de compressões contínuas sem feedback da RCP. Após esta etapa, a equipe foi brevemente introduzida ao desfibrilador e técnicas de RCP. Os mesmos participantes realizaram novamente dois minutos de RCP utilizando o desfibrilador que provê o feedback da RCP em tempo real. Terminada a atividade, os dados obtidos foram baixados e cada participante observou seu próprio desempenho de forma individual e os resultados foram analisados. Foram realizadas representações gráficas de quantas compressões foram realizadas considerando frequência e profundidade ideais. A porcentagem total foi representada como porcentagem de compressões no alvo. A seguir, um caso de PCR foi apresentado para condução pelos participantes (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e técnicos de enfermagem), divididos em grupos, objetivando discutir modos de falhas. **Resultados:** Participaram do estudo 47 profissionais. As comparações representam a performance em RCP sem e com feedback da RCP feitas por cada participante durante 2 minutos. Sem feedback, as compressões no alvo (frequência e profundidade corretas em cada compressão) representaram menos de 10% em 84% dos participantes. Quando o feedback é iniciado, a porcentagem de compressões no alvo alcançou 50% para 48% dos participantes ($p < 0.05$). O percentual de compressões no alvo aumentou em profissionais de todos os setores analisa-



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

dos, mesmo para aqueles que nunca haviam participado de um evento com necessidade de RCP. A pontuação média aumentou de 9,6% compressões no alvo sem feedback da RCP para 47,0% compressões no alvo com feedback para RCP ($p < 0.05$). Com o feedback da RCP, 91,9% dos participantes apresentaram melhora na qualidade das compressões comparada com compressões realizadas sem feedback. Na simulação de PCR com os participantes, os principais modos de falha foram: Tempos de pausa peri-choque muito longos; dificuldade no manuseio do desfibrilador, realização de ciclos de 15 compressões/2 ventilações, hiperventilação e diante de uma linha reta, não foi realizado o protocolo de checagem de cabos, aumento de ganho e mudança de derivação.

Conclusão: A utilização de métricas de RCP com feedback em cenários simulados melhorou a qualidade das compressões e favoreceu o aprendizado para tal condição que, apesar de pouco comum, demanda ações rápidas, precisas e sincronizadas de toda equipe. Além disso, a execução de uma técnica adequada de RCP influencia consideravelmente para um melhor prognóstico. O treinamento em PCR deve ser uma meta contínua das instituições de saúde e a realização de simulados pelas comissões de PCR são uma importante ferramenta de educação continuada das equipes assistenciais.

PALAVRAS-CHAVE: SIMULAÇÃO; PARADA CARDÍACA; EFETIVIDADE



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
FISIOLOGIA E SAÚDE



PÔSTER ELETRÔNICO - INICIATIVAS DE VALOR EM SAÚDE

121959 - MITIGAÇÃO DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS GRAVES POR MEIO DO BIOADSCORE: FERRAMENTA AVANÇADA DE ANÁLISE PROSPECTIVA DE RISCOS

AUTOR(ES): ERIKA CORREA VRANDECIC 1; AMANDA DE CARVALHO MACHADO 1; FERNANDA APARECIDA SALATIEL PEDRO 1; LUCIANA ARAÚJO FARIA DE ALMEIDA 1; BRÁULIO ROBERTO GONÇALVES MARINHO COUTO 1

1 - BIOCOR INSTITUTO

Introdução: A segurança do paciente é amplamente reconhecida como uma componente essencial da qualidade da assistência em saúde. A observação de um número significativo de incidentes prejudiciais aos pacientes, conhecidos como eventos adversos ou condições adquiridas, dos quais mais da metade são considerados evitáveis, tem despertado um interesse crescente nos cuidados de saúde em identificar erros e prevenir sua ocorrência. No contexto da melhoria contínua da qualidade, o redesenho dos processos, considerando a prospecção de riscos, tem se tornado uma exigência para a acreditação de hospitais. No Brasil, desde 2008, os hospitais têm atendido aos requisitos de acreditação pelo método da Joint Commission International. Um dos métodos mais amplamente utilizados no ambiente hospitalar é a Análise dos Modos de Falha e Seus Efeitos - FMEA. No entanto, a efetividade dessa ferramenta é afetada por alguns pontos, tais como: o baixo envolvimento dos profissionais, a falta de documentação das melhorias e sua sustentabilidade, e a falta de alinhamento do processo de melhoria com os objetivos estratégicos da organização. Apresentamos aqui a ferramenta BioAdscore, um modelo de predição de risco de condições adquiridas (CA) e condições adquiridas graves. Objetivo Avaliar a efetividade do BioAdScore como ferramenta de predição, prevenção e redução de condições adquiridas em hospital de alta complexidade. Metodologia Amostra de 13.659 pacientes avaliados pela metodologia do Grupo de Diagnósticos Relacionados (DRG - Diagnosis Related Groups) foi utilizada para a construção de dois modelos multivariados, um para a predição de condição adquirida e outro, denominado BioAdScore, para condição adquirida grave. Foram realizadas análises univariadas com testes de hipóteses bilaterais, considerando-se um nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$). Na última etapa, foi feita análise multivariada por meio de regressão logística. A aplicabilidade do modelo de regressão logística para predição de desfechos foi avaliada pela curva ROC (Receiver Operating Characteristic). Resultados O BioAdScore é uma ferramenta digital, implementada no sistema eletrônico MVPEP, com o prontuário eletrônico do paciente, representando o modelo logístico para predição de CA grave baseado em 4 parâmetros: permanência inferior ou igual a um dia, cujo desfecho não seja óbito (odds ratio - OR=0,2), DRG com complicações/comorbidade ou maior complicação/comorbidade (OR=1,8), número de comorbidades do paciente (OR=1,3) e peso relativo do DRG (OR=1,4), além da constante (-5,377). O modelo do BioAdScore apresentou área sob a curva ROC: AUC = 0,88 [0,61; 0,89], ótima capacidade preditiva de CA grave. A partir de cálculos automáticos pela aplicação do BioAdScore no MVPEP, os pacientes foram sinalizados num dashboard com cores diferentes



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

(verde, amarelo e vermelho) segundo os grupos de risco para CA grave. Neste mesmo dashboard são estipuladas estratégias em tempo real para diminuir as chances de uma CA grave ocorrer, com avaliação, análise de prognóstico e plano de segurança estipulado pela NSP – Núcleo de Segurança do Paciente. Entre 2019 e 2022, foram avaliados pelo DRG, 41.292 prontuários de alta: 1.364 pacientes evoluíram com alguma condição adquirida, risco de CA = 3,3%, com 920 pacientes com CA grave (risco = 2,2%). Houve redução significativa ao longo dos anos culminado, em 2022, com redução em 77% no risco de CA (2019-2020 = $881/18.211 = 4,8\%$ versus $139/12.440 = 1,1\%$ em 2022) e redução de 71% em CA grave (2019-2020 = $600/18.211 = 3,3\%$ versus $119/12.400 = 1,0\%$ em 2022). Conclusão O BioAdscore se mostrou uma ferramenta eficaz para orientar os profissionais de saúde no cuidado de pacientes com alto risco de desenvolver CA grave. A implementação do painel de acompanhamento permitiu uma atuação mais assertiva, direcionando recursos e intervenções para os casos em que havia maior sinalização de risco. Ao pré-definir os níveis de risco, foi possível otimizar a alocação de recursos e maximizar o envolvimento do corpo clínico e da enfermagem. Essa abordagem direcionada melhorou a eficiência do sistema de saúde e contribuiu para a melhoria dos resultados do hospital, aumentando a segurança dos pacientes. O BioAdscore demonstrou ser uma valiosa ferramenta no arsenal dos profissionais de saúde, oferecendo suporte decisivo na tomada de decisões e no cuidado personalizado aos pacientes em maior risco.

PALAVRAS-CHAVE: PRÁTICAS INOVADORAS; SEGURANÇA DO PACIENTE; EVENTO ADVERSO



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E INOVAÇÃO



PÔSTER ELETRÔNICO - INICIATIVAS DE VALOR EM SAÚDE

123075 - PROGRAMA CUIDAR-SE: IMPACTO DE AÇÕES MULTIMODAIS NA QUALIDADE DE VIDA DOS COLABORADORES HOSPITALARES PÓS PANDEMIA

AUTOR(ES): GISELI RODRIGUES DE CARVALHO 1; MIGUEL KOITE RODRIGUES 1; VITOR MALTA 1; PATRICIA FRANCISCA MAGRI 1; MAYRON FARIA DE OLIVEIRA 1

1 - HOSPITAL VILA NOVA STAR

Introdução: Atualmente mais de 1 bilhão de pessoas são obesas, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que até 2025 aproximadamente 167 milhões de pessoas ficarão menos saudáveis por estar acima do peso ou obesas. Ao longo da pandemia de Covid-19 profissionais da saúde lidaram com cenários desafiadores e situações estressantes. Muitos enfrentaram problemas de saúde, transtornos mentais e sobrecarga de trabalho. Tais fatores têm impacto direto no ganho de peso e nas síndromes metabólicas, aumentando o risco de diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral. Assim, cuidados direcionados para minimizar os impactos físicos e psicológicos são fundamentais para promover a saúde destes profissionais.

Objetivo: Avaliar o impacto de ações multimodais na qualidade de vida dos colaboradores de um hospital privado. **Método:** triagem interna, utilizando dados da medicina do trabalho (Power BI). Foram observados risco para doenças cardiovasculares (IMC e comorbidades [diabetes e hipertensão]). Os colaboradores foram convidados a participar do programa "CUIDAR-SE" e receberam kit contendo diário, escala de fome, planejamento alimentar e as regras de participação do programa. Após a avaliação inicial (ficha de admissão, entrevista, análise comportamental, bioimpedância, cirtometria, antropometria, handgrip, teste do degrau e questionário de qualidade de vida), foi apresentado o programa de exercícios (aquecimentos, exercícios funcionais, alongamentos, caminhada e/ou corrida no parque do Ibirapuera). A primeira fase consistiu em 3 meses de acompanhamento direto (contatos diários dos nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas e coach). Todos os participantes preenchiem diariamente uma ficha de "realizações" do dia, envio de fotos das refeições, peso e exercícios. A segunda fase (duração de 2 meses) continuou por acompanhamento indireto. Ao final, todos foram reavaliados. **Resultados:** Incluímos 31 voluntários, 21 (61,3% mulheres) concluíram o programa. Dez foram excluídos (2 por falta de adesão, 2 por desligamento e 6 não completaram o programa). A aderência à postagem das métricas foi superior a 80%. A média de idade foi de 38 ± 7 anos, com IMC elevado ($IMC = 35 \pm 4$ kg/cm²). Dos 31 incluídos, 17 voluntários eram da equipe assistencial (54,8%) e 14 da equipe operacional (45,2%). Todos apresentaram medidas de circunferência da cintura (101,6 \pm 12,4 cm), abdominal (111,6 \pm 9,0 cm) e quadril (117,5 \pm 8,3 cm) acima dos padrões saudáveis. A avaliação inicial cardiorrespiratória e de força muscular (FM) foi significativamente comprometida (teste do degrau 94 \pm 15 degraus, handgrip 36,1 \pm 12,7 kgf). A capacidade funcional e os aspectos físicos, gerais e mentais da saúde (SF-36) apresentaram valores reduzidos (76,1 \pm 21,2; 71,4 \pm 40,5; 49,3 \pm 18,3; 64,9 \pm 17,4). Após 5 meses os dados da reavaliação demonstraram melhora significativa, com redução média de peso



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

de -10,7 kg ($\pm 259,55$ kg) e melhora dos aspectos físicos e psicológicos (saúde mental $64,9 \pm 17,4$ vs. $80,1 \pm 13,4$; vitalidade $55,7 \pm 17,5$ vs. $73,1 \pm 15,5$; estado geral de saúde $49,3 \pm 18,3$ vs. $63,3 \pm 13,0$; $p < 0,05$). O total de degraus alcançados foi significativamente maior com menor FC e PAS (94 ± 15 vs. 106 ± 18 degraus [aumento de 41%], $p = 0,003$; FC 80 ± 12 vs. 72 ± 11 bpm, $p = 0,009$; PAS 123 ± 9 vs. 119 ± 12 mmHg, $p = 0,05$). Houve redução significativa da circunferência abdominal ($116,6$ vs. $107,1$ cm, $p < 0,001$), quadril ($117,5$ vs. $110,4$ cm, $p < 0,001$) e relação cintura/quadril ($0,87 \pm 0,11$ vs. $0,83 \pm 0,08$, $p = 0,054$), com aumento dos valores de FM avaliadas pelo handgrip ($36,1$ vs. $38,1$ kgf, $p = 0,01$). Houve redução da gordura total ($43,6 \pm 6,5$ vs. $39,9 \pm 7,1$, $p < 0,001$), gordura visceral ($9,8 \pm 4,0$ vs. $8,6 \pm 3,0$, $p = 0,06$) e aumento da massa magra ($24,1 \pm 3,5$ vs. $25,8 \pm 3,5$, $p < 0,001$). **Conclusões:** Em 5 meses, o programa CUIDAR-SE eliminou mais de 259 kg (transição de obesidade grau II para obesidade grau I), oportunizou impactos positivos na qualidade de vida dos profissionais de saúde, resultando em melhorias significativas nos aspectos físicos, psicológicos e funcionais. Ademais, houve importantes benefícios na promoção à saúde, através da redução dos riscos cardiovasculares, isquêmicos e morte precoce. Nossos resultados evidenciam a importância e os impactos de abordagens multidisciplinares visando a promoção da saúde e atenção primária em profissionais da saúde, mais estudos são necessários para compreensão dos seus impactos sob variáveis econômico-financeiras como absenteísmo, clima organizacional e turnover.

PALAVRAS-CHAVE: QUALIDADE DE VIDA; ATENÇÃO PRIMÁRIA; OBESIDADE



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
FISIOTERAPIA E ORTODONÇIA



PÔSTER ELETRÔNICO - MELHORIA DE PROCESSOS

121879 - CHECK-ROTINA: ANÁLISE AUTOMÁTICA E FEEDBACK INDIVIDUALIZADO PARA MELHORIA DA ADEÇÃO À PREVENÇÃO DE INFECÇÕES

AUTOR(ES): LOURANNY CB GÓIS 1; THAIS MILENE SILVA DOS SANTOS 1; AMANDA DE CARVALHO MACHADO 1; ERIKA VRANDECIC 1; BRÁULIO ROBERTO GONÇALVES MARINHO COUTO 1

1 - BIOCOR INSTITUTO

Introdução: O Check-rotina é um instrumento gerencial que avalia a qualidade da assistência com o objetivo de melhorar processos e resultados, auxiliando tanto o Serviço de Controle de Infecções quanto os gerentes de enfermagem nos seus respectivos setores. Este instrumento deve possibilitar a verificação in loco se as rotinas de prevenção de infecções estão sendo aplicadas ou não e se objetivos propostos pela enfermagem e pela CCIH estão ou não sendo alcançados. Objetivos Responder às perguntas: a) é possível automatizar a análise do Check-rotina? b) quais resultados quantitativos e qualitativos são obtidos pela aplicação do Check-rotina em hospital de alta complexidade? Métodos O Check-rotina é um instrumento de avaliação de indicadores de resultado. Para cada item de avaliação, não são considerados para o cálculo das taxas de adesão ao bundle aquelas avaliações em que a questão avaliada “Não se aplica” ao paciente ou à situação problema. Por exemplo, indicadores relacionados ao isolamento não se aplicam a pacientes fora deste cenário. De forma semelhante, se o paciente não estiver com sonda vesical, estes itens não são considerados nos cálculos de taxas de adesão e na identificação de não conformidades. O instrumento, disponibilizado como um formulário de auditoria numa aplicação em nuvem, o SACIH 3i, acessado em <https://nsp.sacihweb.com>, é aplicado pelo menos uma vez por mês, por acadêmicos de enfermagem ou profissional do SCIH, nos setores abertos não-críticos (apartamentos e enfermarias) e nas Unidades de Terapia Intensiva. A população avaliada constitui-se de técnicos e auxiliares de enfermagem dos setores do hospital, que são avaliados no turno diurno. Os enfermeiros são avaliados indiretamente uma vez que a não conformidade de um técnico é também atribuída à sua supervisão. Relatórios por setor e individualizados, nominais, são gerados pela plataforma do Check-rotina. A partir dos relatórios individualizados, gerados de forma anonimizada, é possível fazer feedback aos profissionais envolvidos. Resultados Durante o período de maio de 2021 a junho de 2022, avaliamos um total de 51.680 itens válidos, dos quais 3.320 foram identificados como não conformidades, resultando em uma taxa de 6,4%. No último ano, de junho de 2022 a maio de 2023, realizamos a avaliação de 47.594 itens válidos, dos quais identificamos apenas 1.146 não conformidades, resultando em uma taxa de 2,4%. Essa redução significativa de 63% nas não conformidades é estatisticamente relevante (valor-p < 0,001) e reflete o impacto positivo de intervenções implementadas. Ao analisar as taxas de não conformidade por tópico no último ano, observamos que o trato respiratório apresentou uma taxa de 4% (413/10.753), isolamento 2% (8/499), acesso vascular 2% (489/20.718), higienização das mãos e limpeza 2% (219/12.395), e trato urinário 1% (17/3.229). Essas informações são valiosas para direcionar os esforços de melhoria contínua e



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

capacitar os profissionais de saúde nas áreas com maior necessidade de atenção. Com o SACIH 3i foi possível fazer análises automáticas, com cálculo da frequência de observações e taxa de não-conformidades do Check-rotina para profissionais de saúde envolvidos no atendimento dos pacientes avaliados, os quais recebem feedback não só das suas taxas de adesão, mas com comparações com seus pares. Uma importante descoberta foi a identificação e reconhecimento dos profissionais que apresentaram altas taxas de adesão ao Check-Rotina. Esses profissionais exemplares, que se destacaram por suas práticas seguras em benefício dos pacientes, foram celebrados e receberam certificados em reconhecimento ao seu alto desempenho. Conclusões Com base nos resultados obtidos em nossa pesquisa, fica evidente o impacto positivo da implementação do sistema Check-Rotina, aliado ao uso do SACIH 3i, na melhoria da adesão à prevenção de infecções e na redução das não conformidades. Essa abordagem baseada em análises automáticas, comparações entre pares e reconhecimento dos profissionais com desempenho exemplar pode ser replicada em outras instituições de saúde, visando aprimorar a adesão às medidas de prevenção de infecções e promover uma cultura de segurança mais ampla.

PALAVRAS-CHAVE: SEGURANÇA DO PACIENTE; CCIH; EVENTOS ADVERSOS



REDE D'OR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E DESENVOLVIMENTO



PÔSTER ELETRÔNICO - MELHORIA DE PROCESSOS

123209 - COMPARAÇÃO DE DESFECHO CLÍNICO EM PACIENTES INTERNADOS POR INTENSIVISTAS E NÃO INTENSIVISTAS EM UTIS DE ALTA COMPLEXIDADE

AUTOR(ES): ROGÉRIO DA HORA PASSOS 1; FERNANDA ALVES 1; JULIANA CALDAS 1; ANA VERENA MENDES 1

1 - HOSPITAL SÃO RAFAEL

Introdução: O desfecho de pacientes internados em UTI podem estar relacionados a horário de admissão (noturno x diurno) , dias da semana x fins de semana e aos modelos de escalas (médicos intensivistas x não intensivistas de plantão). Neste trabalho avaliamos os impactos clínicos de um modelo de equipe de intensivistas de 24 horas de plantão. **Métodos:** Formamos um grupo de intervenção de 420 pacientes consecutivos internados na UTI de janeiro de 2019 e um grupo controle de 310 pacientes. Aplicamos correspondência de escore de propensão (PSM) para análises de todo e subgrupo ajustando para fatores de confusão. Comparamos os resultados clínicos de pacientes sob os 2 modelos de pessoal usando regressão logística multivariada e análises de sobrevivência. **Resultados:** Após o PSM, balanceamos os dados clínicos entre as coortes completas e os subgrupos. A comparação das sobrevidas na UTI entre as coortes de intervenção e controle não produziu diferenças significativas. No entanto, a intervenção foi significativamente associada a uma maior sobrevida na UTI nos pacientes internados em horários noturnos (19h00 às 07h00) ($P = 0,05$) do que naqueles admitidos durante diurnos (07h00 às 19h00). ; $P = 0,456$). Além disso, a intervenção diminuiu o tempo de permanência em UTI ($P < 0,001$), e resultou em intervenções mecânicas mais precoces como desmame de ventilação mecânica ($P = 0,022$) em comparação com as mesmas variáveis no grupo controle, especialmente para admissões em período noturno. **Conclusões:** A equipe de intensivistas 24 horas por dia pode melhorar significativamente os resultados da UTI, especialmente para pacientes internados em horários noturnos em UTIs de alta complexidade e alto volume.

PALAVRAS-CHAVE: INTENSIVISTAS; SOBREVIDA; COMPLEXIDADE



PÔSTER ELETRÔNICO - MELHORIA DE PROCESSOS

123013 - IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DE MATERIAL ROBÓTICO NA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO DE UM HOSPITAL PRIVADO

AUTOR(ES): ELAINE CRISTINA SILVA ARAÚJO GURGEL 1; SUELY ALCÂNTARA ARAÚJO 1; NATALIA ASSUNÇÃO LEITE MAGALHÃES 1; REBECA SARAIVA VIEIRA 1; MARIA GERCINA DE SOUSA 1

1 - HOSPITAL SÃO CARLOS

Introdução: A cirurgia robótica é um avanço nos procedimentos minimamente invasivos que traz para os pacientes inúmeros benefícios e inovadoras alternativas de tratamento cirúrgico. Por se tratar de cirurgia minimamente invasiva, os materiais cirúrgicos são extremamente delicados e específicos para esse fim, tornando sua estrutura complexa e necessitando de um protocolo específico e, ainda, exigindo uma criteriosa e minuciosa atenção pela equipe da Central de Material Esterilizado (CME) no processo de limpeza, preparo, esterilização e armazenamento desse material. O avanço tecnológico é um desafio para os profissionais, em especial a enfermagem, sendo necessário estar sempre atualizado, capacitado e apto a desenvolver habilidades. Logo, torna-se primordial a necessidade de aperfeiçoamento da equipe, objetivando resultados eficientes nos processamentos de materiais de alta complexidade em procedimentos robóticos. **Objetivos:** Apresentar processo de implantação do serviço de processamento de material robótico na CME. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo acerca da implantação do serviço de processamento de material de robótica em um hospital privado, no período de janeiro a abril de 2023. O serviço de cirurgia robótica iniciou em abril de 2023 na Instituição. O processo de implantação envolveu várias etapas: criação de um Comitê do programa Robótico com reuniões semanais de planejamento com setores e fornecedores envolvidos; benchmarking; networking e treinamentos segmentados com toda equipe envolvida (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem). Em relação ao serviço de processamento de material para os procedimentos robóticos, foram realizadas: reuniões de planejamento com serviço de educação continuada acerca dos treinamentos necessários para manuseio e operação da nova tecnologia; aquisição de uma lavadora ultrassônica exclusiva, instrumentais e endoscópios; adequação dos processos da unidade. Na etapa de adequação dos processos, houve: definição do fluxo de recebimento, padronização e distribuição dos novos instrumentais; cadastro das pinças no sistema informatizado; formulação de kit específico por procedimento dentro do sistema Tasy facilitando e otimizando o preparo de sala cirúrgica pela instrumentador, definição de listagem de estoque mínimo esterilizado; elaboração de planilha compartilhada com o serviço de suprimentos, farmácia e centro cirúrgico do controle de utilização das pinças devido ao processamento limitado permitindo a reposição imediata das pinças conforme descarte. **Resultados:** Durante o período de implantação, 100% da equipe da CME foi habilitada para o processamento de material robótico. Entre abril e junho de 2023, foram realizados 22 procedimentos. Destes, 90,9% (20) foram da urologia, 4,54% (1) cirurgia da torácica e 4,54% (1) da cirurgia geral. Foram padronizadas para esterilização 28 pinças mantidas no estoque mínimo, sendo



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

10 tipos diferentes. Das 28 pinças, foram utilizadas 14 pinças em cirurgias, de 06 tipos diferentes, sendo 5 pinças já descartadas pela quantidade de usos e 1 foi enviada para análise por dano. Existem 4 tipos diferentes de pinças que não foram utilizadas por nenhuma especialidade: Tenaculum, Cautery Hook, Cautery Spatula e Small Grasping. Não houve ciclos de esterilização cancelados com pinças robóticas. Durante esse período, não houve reinternação em pacientes que realizaram cirurgia robótica. **Conclusão:** No processamento de materiais, os profissionais capacitados sentem-se seguros, engajados e motivados para o manuseio de novas tecnologias. Percebe-se a importância do processo de ensino-aprendizagem como forma de crescimento exponencial dos pilares do modelo de gestão trabalhado na instituição: equipe técnica qualificada nos processos, qualidade percebida pelos clientes e sustentabilidade financeira.

PALAVRAS-CHAVE: ROBÓTICA; ESTERILIZAÇÃO; ENFERMAGEM



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DOR
PESQUISA E INOVAÇÃO



PÔSTER ELETRÔNICO - MELHORIA DE PROCESSOS

123160 - INDICADORES DE QUALIDADE NA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL UNIVERSAL NA MATERNIDADE SÃO LUIZ STAR

AUTOR(ES): MÔNICA JUBRAN CHAPCHAP 1; FLÁVIA M. RIBEIRO 1; MARIA BETANIA COSTA SILVA 1; FERNANDA F. RODRIGUES MOREIRA 1; RENATA LA TORRE 1

1 - HOSPITAL SÃO LUIZ-STAR

A triagem auditiva neonatal universal (TANU) busca assegurar a identificação da surdez o mais precoce possível com início de intervenção, até os 6 meses de idade. Recentemente, em 2019, o Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) propôs uma antecipação das etapas de detecção-diagnóstico-intervenção para 1-2-3- meses de idade e sugeriu que as metas para os indicadores de qualidade, anteriormente pré-determinadas, fossem definidas e monitoradas de forma particularizada, para cada serviço. A etapa de detecção é crucial para o desencadeamento deste processo e este estudo tem como objetivo apresentar os resultados da TANU da Maternidade São Luiz-Star, tendo em vista a definição e monitoramento dos indicadores de qualidade propostos pelo JCIH. Foi realizada a análise retrospectiva, quantitativa, por meio de banco de dados informatizado, incluindo os nascimentos no período de 15/08/2022 a 23/6/2023. A TANU é realizada a partir de 24 hs de vida, com tempo médio de internação de 48 horas, e/ou na vigência de quadro clínico estável para os recém-nascidos (RN) da UTI neonatal. O resultado PASSA foi definido pela resposta presente, em ambas orelhas, para Emissão Otoacústica (EOA), nos RN sem indicador de risco para surdez (IRPS) e para os RN com IRPS a resposta deve estar presente para o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico com análise automática da resposta a 30 dB NA (PEATE-a). Os RN sem IRPS com resposta ausente para EOA são avaliados pelo PEATE-a e considerado PASSA se resposta presente em ambas as orelhas. Neste período, dos 5600 nascimentos, foram avaliados 5557 RN, sendo 596 com IRPS. Os indicadores analisados foram o Índice de cobertura e o Índice de encaminhamento para reteste. O índice de cobertura, durante a internação foi de 99,9%. A alta precoce, ou seja, antecipada pelo neonatologista, em relação ao previsto pela transição do cuidado, foi o motivo das altas sem a TAN. A lista de checagem na alta hospitalar (check list) pode ser uma das barreiras para minimizar esta ocorrência e sinalizar ao responsável a necessidade de realização do procedimento após alta hospitalar. O índice de cobertura proposto pelo JCIH-2007 e pelo Ministério da Saúde é de 95%. Todos os RN foram reconvocados, pela equipe de fonoaudiologia, em tempo hábil para cumprimento adequado a etapa de detecção. Dos 5 RN que receberam alta sem a TANU, 80% compareceram após a alta e apenas 1 RN não retornou pois realizou exame em outro local. O Índice de encaminhamento para reteste foi de 1,36%, sendo 57,9% para RN com IRPS. O uso do PEATE-a para os RN sem IRPS, com resposta ausente para EOA, reduziu em 12% o índice de FALHA, minimizando o impacto de resultados falso-positivos, devido a presença de vernix e/ou líquido amniótico, em orelha externa dos RN. Considerando o cuidado centrado no paciente e sua família, a redução deste índice minimiza a ansiedade gerada pelo resultado FALHA, assim como a necessidade de deslocamento da família para o reteste. Esta estratégia, também denominada de



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

uso de metodologia combinada (EOA+PEATE) tem sido discutida pois a resposta ausente em EOA pode sugerir uma disfunção coclear. O PEATE-a é considerado padrão-ouro para avaliação de RN e, portanto, a resposta presente é considerada normal. Todos os RN devem ter o monitoramento do desenvolvimento auditivo na atenção básica e, portanto, a identificação de alterações progressivas ou tardias podem estar asseguradas dentro do cuidado da saúde auditiva infantil. Estudos longitudinais podem colaborar no esclarecimento deste questionamento sobre a identificação precoce de perdas auditivas progressivas. Todos os RN com resultado FALHA são orientados para realização do reteste em 15-30 dias, em local de própria escolha, uma vez que a maternidade não oferece serviço ambulatorial. Entre os retestes (13,15%) realizados pela equipe de fonoaudiologia foram diagnosticadas 3 alterações auditivas, concluídas em 1 mês, sendo todos encaminhados para intervenção. Este resultado demonstra a viabilidade de antecipação das fases da TANU para 1-2-3 meses. Os resultados apontam para índices de qualidade que podem ser seguidos por serviços de TANU e que possibilitam a intervenção precoce, conforme preconizada, garantindo as melhores condições de desenvolvimento para o deficiente auditivo.

PALAVRAS-CHAVE: TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL UNIVERSAL; DETECÇÃO PRECOCE DE ALTERAÇÕES AUDITIVAS



REDE D'OR

IDOR
INSTITUTO DE
OTICARIA E ODILOGIA



PÔSTER ELETRÔNICO - MELHORIA DE PROCESSOS

121834 - REDUÇÃO DA TAXA DE ATRASOS CIRÚRGICOS POR MEIO DE CICLOS DE MELHORIA ATRAVÉS DA FERRAMENTA PDSA

AUTOR(ES): SAULLO QUEIROZ SILVEIRA 1; VANESSA CAROLINY PEREIRA 1; CAROLINA THAMIREZ LODO 1; GISELE CRISTINA GOMES MORAES 1; ARTHUR DE CAMPOS VIERIA ABIB 1

1 - HOSPITAL VILA NOVA STAR

Introdução: Atraso de cirurgias eletivas gera prejuízo a qualidade percebida pelo paciente e equipe cirúrgica, jejum prolongado e ociosidade de profissionais. São ofensores: planejamento inadequado, cirurgias de emergência, ou com duração acima do esperado, atraso das equipes, morosidade da internação, transporte ao centro cirúrgico e giro de sala. É um problema multifatorial e necessita de uma abordagem ampla. **Objetivo:** Redução do atraso cirúrgico por ciclos sequenciais de melhoria através da metodologia PDSA pautados na análise crítica do indicador da taxa de atraso cirúrgico (TAC). O objetivo é reduzir a taxa mensal para menos de 20% em 12 meses. **Metodologia:** Realização de ciclos de melhoria pela metodologia PDSA concatenados a partir da análise crítica do indicador específico (TAC). O numerador do indicador é o número de cirurgias com atraso e o denominador é o número total de cirurgias realizadas no mês. É considerado atraso quando o paciente entra em sala mais de 20 minutos após o horário. Cirurgias “a seguir” de uma mesma equipe não foram consideradas (critério de exclusão). Foram realizados 6 ciclos de melhoria com as seguintes ações: CICLO 1. Ajuste do tempo agendado x tempo real: inclusão do tempo previsto informado pelo cirurgião no AVISO DE CIRURGIA e ajuste dos horários pelo tempo médio real de cada cirurgia para cada cirurgião no bate mapa; CICLO 2. Prevenção do atraso no primeiro horário: Contato com o cirurgião principal 15 minutos antes do horário agendado caso ainda não tenha aplicado o termo de consentimento. CICLO 3. Reorganização do agendamento: Restrição de plásticas ao período vespertino. CICLO 4. Responsabilização dos atrasados: Perda da sala de cirurgiões que atrasem mais que 20 minutos. CICLO 5. Melhoria do giro de sala: Enfermeira dedicada a liderança do giro de sala e reorientação aos funcionários. CICLO 6. Manejo ativo da agenda vespertina: As 12:00 horas a enfermeira avalia o mapa e tenta adiantar cirurgias do final do dia, reduzindo procedimentos no período noturno. Em todo novo ciclo foram mantidas as medidas adotadas no anterior, logo o impacto final se deve ao somatório. A exceção é o CICLO 4 que adaptou o CICLO 2: ao contatar o cirurgião do primeiro horário antes da cirurgia o enfermeiro passou a avisá-lo da perda de sala se atraso. **Resultados:** A TAC nos 5 primeiros meses de 2022 foi 48%. O principal ofensor foi a discrepância entre o tempo de reserva e a duração real. Essa análise motivou o CICLO 1 (junho e julho de 2022), que resultou em uma TAC de 43% e 55%, respectivamente. A análise mostrou concentração dos atrasos no primeiro horário e gerou o CICLO 2 (agosto de 2022) que não gerou melhoria no indicador (53%). Porém, a análise entendeu-se que a medida poderia gerar melhoria e valia mantê-la. Ficou evidente também o impacto das cirurgias plásticas no período matutino (duração longa e imprevisível). Foi então iniciado o CICLO 3 (setembro de 2022) que restringiu as



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

plásticas ao período da tarde, com queda da TAC (42%). A análise evidenciou que a ação do CICLO 2 estava enfraquecendo e motivou o CICLO 4 (outubro de 2022). A partir de então o cirurgião era contatado 15 minutos antes do horário agendado e perdia a sala se não chegasse até 20 minutos depois deste. Houve melhoria significativa na TAC (23%). Após intervalo de um mês sem novos ciclos, foi iniciado o CICLO 5 (dezembro de 2022) focado na eficiência operacional do giro de sala. Para isso, foi atribuído as enfermeiras a função de liderá-lo. Houve nova piora na TAC (37%). A análise evidenciou fragilidades no período vespertino, já que as ações anteriores sempre haviam focado no período matutino. Iniciado o CICLO 6 (janeiro de 2023) com manejo ativo do mapa cirúrgico no período da tarde, pois entre as 15:00 e as 18:00 horas há menor ocupação. Após esse ciclo retornamos a 23% de TAC, com manutenção nos dois meses seguintes (22% e 21%). No mês de abril, foi atingida a meta, com TAC de 18%. Com isso, fica estabelecida a melhoria ao completar 7 meses com mediana de atrasos de 23%, inferior a mediana de 49% nos meses que antecederam este conjunto de ações intencionais de melhoria. **Conclusão:** O atraso cirúrgico é multifatorial e estratégia ampla é necessária para resolvê-lo. Ciclos de melhoria cumulativos pela metodologia PDSA foram efetivos. A implementação sucessiva de ações após análise crítica mensal possibilitou avanços sustentáveis com a melhoria de uma das etapas do processo dando vistas a novas oportunidades em outras.

PALAVRAS-CHAVE: ATRASO; PDSA; MELHORIA



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DOR
PREVENÇÃO E CUIDADO



PÔSTER ELETRÔNICO - PRÁTICAS INOVADORAS

**121876 - COMO CONVENCER PESSOAS A MELHORAR
À ADEÇÃO ÀS PRÁTICAS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS?
ESTRATÉGIA MULTIMODAL CENTRADA NO ROBÔ
OZIRES MÁRIO**

AUTOR(ES): MARIA LUIZA BARBOSA PEIXOTO 1; LOURANNY CB GÓIS 1; AMANDA DE CARVALHO MACHADO 1; ERIKA VRANDECIC 1; BRÁULIO ROBERTO GONÇALVES MARINHO COUTO 1

1 - BIOCOR INSTITUTO

Introdução: Somos uma equipe que luta contra infecções hospitalares! Durante muitos anos, entre estudos e observações, sempre fizemos uma pergunta: porque as pessoas não higienizam as mãos? Afinal, desde que Semmelweis descobriu na década de 1840 que lavar as mãos evitava mortes por sepse puerperal, ainda precisamos convencer os profissionais de saúde sobre a higiene das mãos! Infelizmente, apesar de todo o esforço feito por profissionais do controle de infecção, a adesão às práticas de higienização das mãos ainda é inaceitavelmente baixa, geralmente inferior a 50%. Em países em desenvolvimento, a conformidade com a lavagem das mãos é pior, cerca de 30%. No Brasil, essa taxa de adesão é de 27%, variando entre 12% antes do contato com o paciente e 45% após esse contato. Uma das respostas foi que higienizar as mãos é um gesto tão simples, sem qualquer tecnologia, que as pessoas simplesmente não o fazem. Então tivemos a ideia de colocar um robô em nossa equipe que chamasse a atenção dos profissionais de saúde, incentivando-os a higienizar suas mãos. Mas, como fazer isso se eles eram tão caros! Foi então que, em 2016, numa busca pela internet, encontramos um robô de brinquedo de US\$ 200 (<http://www.meccano.com/meccanoid-about>): Meccanoid, um robô humanoide programável de 1,22m de altura controlado por comandos de voz. Objetivos Responder às seguintes questões: a) Como adaptar um robô de brinquedo para ser um instrumento de treinamento em saúde e educação continuada dos profissionais de saúde? b) Qual é a eficácia do uso do robô no treinamento sobre higienização das mãos? Métodos Após algumas adaptações, o robô mudou! Demos a ele um nome (Ozires Mário), uma câmera espiã, um sistema de áudio melhor, um dispensador de álcool-gel, um mini projetor e um propósito: o ex-robô de brinquedo tornou-se um professor envolvido em campanhas de higiene das mãos. A função do mini projetor é permitir a apresentação de aulas em vídeo, mesmo em ambientes e salas pequenas. A ideia básica é, ao invés de levar profissionais de saúde para um auditório para que sejam ministradas aulas a eles, Ozires, acompanhado de profissionais do controle de infecções, realiza apresentações curtas de até três minutos, na língua portuguesa, e apresenta vídeo aulas com duração entre dois e três minutos. Os temas das aulas envolvem sensibilização e motivação ou capacitação sobre como higienizar adequadamente as mãos, relembrando, por exemplo, dos 5 momentos de higienização das mãos e o passo a passo da técnica a ser realizada. Além disso, apresenta relatórios dos dados da instituição sobre infecções e a taxa de higiene das mãos, buscando impactar e conscientizar os profissionais de saúde. Foi criado então uma estratégia multimodal baseada centrada no robô, com sete frentes estratégicas



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

de ação em paralelo: 1) Aulas em português, ministradas pelo robô, acrescidas das vídeo aulas + 2) Robô de madeira, em tamanho menor, com alerta sonoro para higiene das mãos e afixado em pontos estratégicos do hospital + 3) Imãs de geladeira com estampas pequenas do Ozires (presentes para pacientes e profissionais de saúde... para "lembrar da ação de higiene de mãos!") + 4) Aplicativo SACIH 3i para monitoramento de higiene das mãos (<https://nsp.sacihweb.com>) + 5) Coleta de dados com nomes dos profissionais avaliados e elaboração de relatórios com taxas de adesão individualizadas (feedback pessoal) + 6) Uso de alertas sonoro para higiene das mãos nas portas dos quartos de pacientes + 7) sinalização com adesivos sensibilizando sobre adesão a higiene de mãos. Resultados Após a inserção do Ozires, em maio de 2018, a taxa de adesão à higiene das mãos aumentou de 21%, entre julho-dezembro/2017 (21% = 102 higienizações adequadas / 466 oportunidades de higienização das mãos), para mais de 60% após julho/2018, atingindo 70% no final de 2020 e mantendo-se em níveis mais altos desde então. Entre janeiro e dezembro de 2022, foram observadas 1.203 oportunidades de adesão a higiene de mãos, sendo que, em 875 vezes esta prática foi feita adequadamente (73%). Conclusão Conseguimos adaptar um robô de brinquedo como instrumento de treinamento de profissionais de saúde, criando uma nova ferramenta de educação continuada, um tutor em forma de robô. Finalmente, conseguimos convencer as pessoas sobre as práticas de higiene das mãos. A adesão aumentou significativamente após a intervenção, se mantendo de forma sustentável.

PALAVRAS-CHAVE: HIGIENE DE MÃOS; IRAS; CCIH



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PESQUISA E INOVAÇÃO



PÔSTER ELETRÔNICO - PRÁTICAS INOVADORAS

121999 - UTILIZAÇÃO DOS VALORES DE CÁLCIO DA GASOMETRIA ARTERIAL PARA AJUSTE DO PROTOCOLO DE CITRATO DURANTE DIÁLISE CONTÍNUA – ESTUDO DE EFICÁCIA NA PATÊNCIA DO CIRCUITO

AUTOR(ES): THIAGO GOMES ROMANO 1; MANOEL IOMAR DE MEDEIROS 1; MARIA LUISA DO NASCIMENTO MOURA 1; HENRIQUE PALOMBA 1; GREICE PETRONILHO PRATA CARVALHO 1

1 - HOSPITAL VILA NOVA STAR

Introdução: A patência do circuito de hemodiálise contínua é um objetivo durante a sessão de terapia renal substitutiva (TRS) contínua desafiador, o qual envolve características do cateter de hemodiálise empregado, fluxos sanguíneos durante a terapia, fatores intrínsecos ao doente e da eficácia do protocolo de anticoagulação empregado. Nosso serviço utiliza o protocolo de anticoagulação regional com citrato e cálcio, onde uma solução de citrato é infundida antes do sangue entrar em contato com o circuito, quelando assim o cálcio livre, inviabilizando que este último seja um cofator da cascata de coagulação, na devolução do sangue ao doente o cálcio é repostado, caracterizando assim uma anticoagulação regional. Para o ajuste de tal processo é necessário que periodicamente (em nosso serviço a cada 6 horas) tenhamos os valores de cálcio pré circuito (os quais ajustarão os valores necessários de reposição de cálcio ao doente) e os valores pós filtro (os quais ajustarão os valores de infusão de citrato). Há na literatura uma controversa em relação aos métodos de dosagem de cálcio por aparelhos de gasômetros os quais podem perder sua acurácia quando níveis séricos de cálcio estejam muito baixo ($<0.5\text{mmol/dL}$) na amostra, valores estes são os compatíveis com os valores de cálcio pós filtro durante a terapia de substituição renal. Nosso serviço, até dezembro de 2022 utilizava a metodologia de aferição de cálcio pelo laboratório (equipamento AVL 9180, Roche), fluxo este mudado em janeiro de 2023 com a migração do prestador de serviço de medicina laboratorial, sendo proposto, a partir deste momento, a metodologia de dosagem por gasômetro com métodos potenciométrico (equipamento Gem Premier 3500, Werfen-Instrumentation laboratory), mudando, portanto, nosso processo de ajuste de anticoagulação regional durante a TRS contínua. **Objetivo:** Demonstrar a eficiência do ajuste da taxa de infusão de citrato e cálcio durante a TRS contínua tendo como base os valores da gasometria. **Metodologia:** Avaliamos o número de sessões de hemodiálise contínua que necessitaram de interrupção, devido coagulação de circuito, pré (Ago/2022 a Dez/2022) e pós (Jan/2023 a Maio/2023) mudança de método de aferição de cálcio iônico na instituição. Os dados são demonstrados com número absoluto, porcentagem e a comparação estatística entre eles por teste de Mann Whitney, sendo um erro tipo alpha menor que 5% considerado significativo. **Resultados:** No período de agosto a dezembro de 2022 tivemos 367 sessões de diálises contínuas, destas 1 (0.002%) com interrupções decorrentes de coagulação do circuito, com a mudança de metodologia de aferição do cálcio tivemos 157 sessões de diálises contínuas, destas 2 (0.012%) com interrupções decorrentes de coagulação do circuito, $p=2.1$ **Conclusão:** A utilização dos valores de cálcio iônico pela gasometria, até o presente



II Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança

momento, se mostrou eficaz em nosso serviço para manutenção da patência do circuito de diálise contínua pelas 72 horas preconizadas pelo nosso protocolo. Vale mantermos a observação de tais indicadores para ver a eficácia do método de aferição do cálcio iônico pela gasometria.

PALAVRAS-CHAVE: HEMODIALISE; CALCIO; COAGULACAO



REDE DOR

IDOR
INSTITUTO DE
PROFISSÃO E SAÚDE