

MANUAL DE EFETIVIDADE E PRÁTICAS CONTRA O DESPERDÍCIO

Cases dos hospitais da
Associação Nacional de Hospitais Privados



MANUAL DE EFETIVIDADE E PRÁTICAS CONTRA O DESPERDÍCIO

Cases dos hospitais da
Associação Nacional de Hospitais Privados

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO ANAHP

Presidente: Eduardo Rahme Amaro | H. Santa Joana – SP
Vice-Presidente: Ary Ribeiro | H. do Coração (HCor) – SP

Délcio Rodrigues Pereira | H. Anchieta – DF
Fernando Torelly | H. Sírio-Libanês – SP
Francisco Balestrin | H. Vita Curitiba – PR
Henrique Neves | H. Israelita Albert Einstein – SP
Henrique Salvador | Rede Mater Dei de Saúde – MG
Paulo Azevedo Barreto | H. São Lucas – SE
Paulo Junqueira Moll | Hospital Barra D'Or – RJ

EDIÇÃO E REVISÃO

Flávia Borelli Gomes do Nascimento
Gabriela Nunes
Helena Capraro

DIAGRAMAÇÃO

Luis Henrique de Souza Lopes

PRODUÇÃO GRÁFICA

Formag's Indústria Gráfica

SÃO PAULO

Rua Cincinato Braga, 37 – 4º andar
São Paulo – SP
01333-011
Telefone: +55 11 3178.7444
anahp@anahp.com.br

BRASÍLIA

SH/Sul Quadra 06, Conjunto A, Bloco E - Sala 801
Edifício Business Center Park
Brasília - DF
70322-915
Telefone: +55 61 3039.8421
brasil@anahp.com.br

SOBRE A ANAHP

A Associação Nacional de Hospitais Privados – Anahp é uma entidade representativa dos principais hospitais privados de excelência do país. Criada em 11 de maio de 2001, durante o 1º Fórum Top Hospital, em Brasília, e fundada em 11 de setembro do mesmo ano, a Anahp surgiu para defender os interesses e necessidades do setor e expandir as melhorias alcançadas pelas instituições privadas para além das fronteiras da Saúde Suplementar, favorecendo a todos os brasileiros.

Atualmente, a entidade ocupa uma função estratégica no desdobramento de temas fundamentais à sustentabilidade do sistema. Representante de hospitais reconhecidos pela certificação de qualidade e segurança no atendimento hospitalar, a Anahp está preparada para fortalecer o relacionamento setorial e contribuir para a reflexão sobre o papel da saúde privada do país.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO

15

APOIO E EXCELÊNCIA OPERACIONAL

16

ECONOMIA GERADA PELO SERVIÇO DE HIGIENE DO HOSPITAL NOVO ATIBAIA
ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DE KIT PERSONALIZADO DE MATERIAIS DE LIMPEZA

19

DIMINUIÇÃO DO RETRABALHO NA ESTERILIZAÇÃO DE CAIXAS DE INSTRUMENTAIS E
IMPLANTÁVEIS DO ARSENAL QUE NÃO FORAM UTILIZADAS DURANTE O PERÍODO DE VALIDADE

23

UTILIZAÇÃO DE LOUÇAS EM SUBSTITUIÇÃO AOS DESCARTÁVEIS NOS PACIENTES
EM PRECAUÇÃO DE CONTATO: UMA ESTRATÉGIA EM BUSCA DA SUSTENTABILIDADE

27

PROCESSAMENTO DE ROUPAS: INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA E IMPLEMENTAÇÃO
DE METODOLOGIA LEAN SEIS SIGMA

31

INTEGRAÇÃO DAS ÁREAS DE GOVERNANÇA E ASSISTÊNCIA: MENOR CUSTO E USO CONSCIENTE DO ENXOVAL	35
CENTRALIZAÇÃO DA ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS DE UMA UNIDADE SATÉLITE DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE/RS, LEVANDO À REDUÇÃO DE CUSTOS E PADRONIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	39
REDUÇÃO DO CUSTO OPERACIONAL EM UM SERVIÇO DE NUTRIÇÃO ATRAVÉS DE AÇÕES ENVOLVENDO EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	43
OTIMIZAR E UTILIZAR CORRETAMENTE O ENXOVAL HOSPITALAR	47
ADOÇÕES DE PRÁTICAS SUSTENTÁVEIS NA ADMINISTRAÇÃO DE UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (UAN)	49
ALIANDO AS BOAS PRÁTICAS ÀS REDUÇÕES DE CUSTOS DENTRO DE UMA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO: PENSAMENTO LEAN	53
IMPLANTAÇÃO DE PRÁTICAS DE GESTÃO PARA CONTROLE DE BENS PATRIMONIAIS VISANDO A EFICIÊNCIA OPERACIONAL EM INSTITUIÇÃO PRIVADA DE SAÚDE	57
AVALIAÇÃO DE SOBRAS DE ALIMENTOS NO REFEITÓRIO DE COLABORADORES	63

CUIDADO, QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

66

- A INFLUÊNCIA DO PLANO TERAPÊUTICO NO FLUXO DO PACIENTE E OS BENEFÍCIOS NA OTIMIZAÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES 69
- REDUÇÃO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO E CUSTOS COM CURATIVOS ESPECIAIS A PARTIR DE AÇÕES DE PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE 73
- REDUÇÃO DO TEMPO PORTA-BALÃO NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: IDENTIFICANDO E ELIMINANDO DESPERDÍCIOS COM FERRAMENTAS DO LEAN 77
- REDUÇÃO DAS INCONFORMIDADES DE REGISTRO DA ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE UTI-ADULTO 81
- A UTILIZAÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (CCIP) NA OTIMIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E NA REDUÇÃO DO TEMPO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM 87
- OTIMIZAÇÃO DA PASSAGEM DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS SEGUINDO A METODOLOGIA SBAR® 89
- MONITORAMENTO EM TEMPO REAL NA GESTÃO SEGURA DO FLUXO ASSISTENCIAL 93
- AUMENTO DA SEGURANÇA DO BINÔMIO MATERNO NEONATAL 97

SAÚDE EM CASA: PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR MAMÃE BEBÊ 101

ENFERMEIROS DA CENTRAL DE MATERIAIS ESTERILIZADOS (CME) NO CUIDADO DO PACIENTE 105

EXCELÊNCIA OPERACIONAL EM LEITOS, CIRURGIAS E FLUXO COM FONTES PAGADORAS

106

OTIMIZAÇÃO DO PREPARO PELA ENFERMAGEM DO PACIENTE CIRÚRGICO ELETIVO – LEAN EM SAÚDE 109

SETUP – SALA CIRÚRGICA 113

CICLO DE RECEITA DA FISIOTERAPIA 117

REDUÇÃO FINANCEIRA E AUMENTO DA EFICIÊNCIA OPERACIONAL ATRAVÉS DA UNIFICAÇÃO DO
MODELO DE EXECUÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS NOS HOSPITAIS DO GRUPO MARISTA 121

MAXIMIZAÇÃO DE PRODUTIVIDADE NO PROCESSAMENTO DE CONTAS MÉDICAS POR MEIO
DE MAPEAMENTO DE PROCESSOS E PROFISSIONALIZAÇÃO DO FLUXO DE CONTAS 125

A IMPORTÂNCIA DO ENVOLVIMENTO MULTIDISCIPLINAR PARA REDUÇÃO DE
GLOSAS NAS CONTAS HOSPITALARES 129

LEAN SIX SIGMA PARA REDUÇÃO DAS DEDUÇÕES DA RECEITA BRUTA (GLOSAS E VENDAS CANCELADAS)	133
GERENCIAMENTO DE LEITOS – ESTIMATIVA DE ALTA PELA ENFERMAGEM COMO ALTERNATIVA DE EFICIÊNCIA NO GIRO DE LEITO	137
CRIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DO LOBBY DE ALTA E MAIOR ROTATIVIDADE DOS LEITOS HOSPITALARES	141
CICLO DE RECEITA DA QUIMIOTERAPIA	145
REDUÇÃO DO VOLUME DE GLOSAS RELACIONADAS À PRECAUÇÕES E ISOLAMENTOS	149
PROJETO SETUP DO LEITO ATRAVÉS DO APLICATIVO CLEAN	153
GLOSAS: UM NOVO OLHAR PARA MELHORIA DE PROCESSOS E REDUÇÃO DE PERDAS FINANCEIRAS	157
DIMINUIÇÃO DE GLOSAS ATRAVÉS DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS: REDUÇÃO DE PREJUÍZO FINANCEIRO OCASIONADO POR GLOSAS NÃO RECURSÁVEIS	161

PESSOAS

164

A EFICIÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO PROFISSIONAL DE TÉCNICO DA ENFERMAGEM DURANTE O PERÍODO DE UMA NOVA ADMISSÃO HOSPITALAR	167
---	-----

IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA ASSIDUIDADE PARA REDUÇÃO
DO ABSENTEÍSMO DA ENFERMAGEM 171

DIMINUIÇÃO DE ABSENTEÍSMO ATRAVÉS DE PRÁTICAS DE QUALIDADE DE VIDA:
AUMENTO DE HOMEM/HORA TRABALHADA, REDUÇÃO DE DIAS PERDIDOS E GANHO FINANCEIRO 175

GESTÃO DA ALOCAÇÃO DOS RECURSOS DE ENFERMAGEM
ATRAVÉS DO MONITORAMENTO DA DEMANDA/OCUPAÇÃO EM TEMPO REAL 179

REDUÇÃO DAS RESCISÕES ANTES OU AO TÉRMINO DO CONTRATO,
APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA ANJO 183

SUPRIMENTOS E FARMACOECONOMIA

186

PROJETO PILOTO: IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE USO RACIONAL DE
ANTIMICROBIANOS (ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP PROGRAM – ASP) 189

MELHORIA DA ACURÁCIA E ASSERTIVIDADE NOS LANÇAMENTOS EM VALE DE GASTO 193

GANHO ECONÔMICO COM A IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE TESTES DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS 197

REDUÇÃO DO CUSTO OPERACIONAL EM MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES E
MEDICAMENTOS POR MEIO DE AÇÕES ENVOLVENDO EQUIPE MULTIDISCIPLINAR 201

EFICIÊNCIA OPERACIONAL DA FARMÁCIA 205

ESTUDO DE VIABILIDADE ECONÔMICA EM MATERIAIS RESPIRATÓRIOS:
DESCARTÁVEL X REPROCESSÁVEL 209

DIMINUIÇÃO DOS RESÍDUOS INFECTANTES ATRAVÉS DE PRÁTICAS DE GESTÃO AMBIENTAL 213

OTIMIZAÇÃO DE ESTOQUE EM HOSPITAL PRIVADO:
REDUÇÃO DO VALOR DE ESTOQUE E AUMENTO DE GIRO UTILIZANDO A FERRAMENTA LEAN SIX SIGMA 217

PROJETO LAUDOS ON DEMAND - REDUÇÃO DE E CUSTOS OPERACIONAIS E DE INSUMOS,
CONTRIBUINDO PARA A SUSTENTABILIDADE E MELHORIAS PROCESSUAIS 221

GESTÃO DO CONTROLE DE MATERIAIS CONSIGNADOS POR RÁDIO
FREQUÊNCIA (RFID) NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO 225

O IMPACTO DA FARMÁCIA CLÍNICA NA ECONOMIA EM UM HOSPITAL 229

SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

232

IMPLANTAÇÃO DA COLETA SELETIVA NO CENTRO DE LOGÍSTICA E
DOCUMENTAÇÃO DO HOSPITAL METROPOLITANO 235

APROVEITAMENTO DE ÁGUA CONDENSADA DE APARELHOS DE AR
CONDICIONADO E CAPTAÇÃO DE ÁGUAS PLUVIAIS PARA USO EM ATIVIDADES
QUE NÃO DEMANDAM NECESSIDADE DE ÁGUA POTÁVEL 239

EFICIÊNCIA ENERGÉTICA NA CENTRAL DE ÁGUA GELADA (CAG) 243

SEGREGAÇÃO EM FOCO:

TREINAMENTO PARA DESCARTE CORRETO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE 247

GERENCIAMENTO DE ÁGUA NO ÂMBITO HOSPITALAR:

MAPEAMENTO DO CONSUMO NAS UNIDADES COM FOCO NO CONTROLE,
REDUÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE VAZAMENTOS 251

DIMINUIÇÃO DO CONSUMO DE ÁGUA ATRAVÉS DE SISTEMA
DE CAPTAÇÃO, TRATAMENTO E REUSO 255

O DESPERDÍCIO DO RESÍDUO E A VIABILIDADE FINANCEIRA DA RECICLAGEM E COMPOSTAGEM 259

IMPLANTAÇÃO DE CLOCHES PERMANENTES NO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO 263

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO NA SAÚDE

266

USO DE BIG DATA NA VALIDAÇÃO DE PONTO DE CORTE PARA DETERIORAÇÃO CLÍNICA – MEWS 269

AUMENTO DE CAPACIDADE, PRODUTIVIDADE E SATISFAÇÃO NO SERVIÇO DE ECG	273
TECNOLOGIA A FAVOR: IMPACTO COM USO DE RECURSOS PARA REDUÇÃO DO INDICADOR LESÃO POR PRESSÃO X REDUÇÃO DE CUSTOS NA PREVENÇÃO	277
OTIMIZAÇÃO DO SERVIÇO DE TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES ATRAVÉS DA CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA UTILIZANDO DISPOSITIVOS MÓVEIS (APP)	281
OTIMIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO DA LINHA DE CUIDADO CIRÚRGICA ATRAVÉS DO DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE CIRURGIAS PELA INTERNET	285
PALM REESTRUTURA PROCESSO E AMPLIA RECEITA NO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO	289
A TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COMO ALIADA NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM SEPSE	293

APRESENTAÇÃO


Nos últimos anos, o combate à ineficiência e desperdício passou a ser uma das principais preocupações mundiais. E no setor de saúde, um dos mais representativos em todas as economias no mundo, este tema ganhou ainda mais notoriedade.

Diante deste cenário, a Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados percebeu a necessidade de lançar luz às iniciativas que visam a sustentabilidade do sistema de saúde, abordando o tema “Eficiência: como o combate ao desperdício irá transformar o sistema de saúde”, durante o principal evento da entidade em 2018, o Conahp – Congresso Nacional de Hospitais Privados.

O objetivo do evento é buscar soluções para um sistema de saúde mais ético e transparente, repensando o modelo de atenção à saúde praticado no país. Como entidade representativa do setor, a Anahp reúne, antes de mais nada, instituições e profissionais que lutam diariamente para que os processos sejam melhores e para que os pacientes recebam os cuidados necessários em um ambiente de acolhimento, com segurança e resolutividade.

Assim sendo, este Manual de Efetividade e Práticas Contra o Desperdício tem como propósito compartilhar com o setor de saúde as melhores práticas alcançadas pelas instituições associadas à Anahp no que tange a eficiência assistencial, operacional e de governança.

Esperamos que estes 67 cases – desde os mais simples aos mais complexos - possam servir de inspiração para outras instituições de saúde, e que este seja um primeiro passo para fazermos a diferença no sistema de saúde.



**APOIO E
EXCELÊNCIA
OPERACIONAL**





ECONOMIA GERADA PELO SERVIÇO DE HIGIENE DO HOSPITAL NOVO ATIBAIA ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DE KIT PERSONALIZADO DE MATERIAIS DE LIMPEZA.

📍 Hospital Novo Atibaia

Autores: Alex Antonio de Lima, Jociane Natalina Senakievicz e Maria Aparecida Oliveira Vito da Silva

OBJETIVO DO PROJETO

O projeto teve como objetivo mensurar desperdícios, promover melhorias da gestão de estoques e a otimização do tempo de trabalho do serviço de higiene do Hospital Novo Atibaia, através da criação e implementação de kits personalizados de materiais em cada unidade do hospital.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

O responsável pelo serviço de higiene do Hospital Novo Atibaia realizava solicitação semanal de materiais ao departamento de almoxarifado com cotas determinadas. Exemplo: 30 pacotes de sacos de lixo infectante de 50 litros por semana. Esse material era disposto em uma sala onde as funcionárias da higiene, todos os dias no início dos turnos, faziam a retirada de acordo com o que acreditavam ser necessário para a realização de seus trabalhos durante cada plantão. Em seguida, levavam aos D.M.L.s (departamento de material e limpeza) de cada unidade, para dali abastecerem seus carros de utilidades, favorecendo o desperdício pela livre oferta.

PRÁTICA IMPLANTADA

Em 2015 uma enfermeira assumiu a gestão do serviço de higiene do Hospital Novo Atibaia, que é de gestão própria com uma equipe de 81 pessoas.

Desde o início, as ações de melhoria de gestão foram sendo implementadas e a gestão de estoques e custos com materiais era uma delas, tendo em vista o contexto contemporâneo de que a gestão eficaz e eficiente é um importante diferencial a ser conquistado. A gestão baseada na governança hospitalar tem sido uma ferramenta viável para os hospitais que buscam a adequação aos melhores padrões de qualidade gerencial e de prestação de serviços, por meio da racionalidade e eficiência administrativas.

Durante as buscas das oportunidades de desenvolvimento de ações de melhoria dessa gestora, foi criado um indicador de acompanhamento de gastos com materiais. No levantamento desses dados e elaboração de interação de processos, para alimentar esse indicador, foi analisado que as cotas eram sempre solicitadas nas mesmas quantidades sem que os estoques fossem levados em consideração. Analisando tal problema foi identificado uma opção de melhoria no processo. Foram, a partir daí, levantados os números de limpezas realizadas diariamente em cada setor do hospital, planilhados e aprimorados as relações de quantidades. Formulando em seguida a criação de kits individualizados de limpeza para cada setor (contendo somente as quantidades e itens que são utilizados em cada um deles individualmente para cada plantão). Depois disso, foi discutida a ideia com as lideranças da equipe e descrito como seria a elaboração diária desses kits, como quem montaria, como seria a distribuição diária, que treinamentos seriam necessários etc.

Definidos os kits, deveriam ser montados no estoque de materiais para serem distribuídos nos setores no dia seguinte. Foi estabelecido que o tempo para a montagem desses kits era de no máximo 90 minutos e seria realizado por ajudantes de limpeza

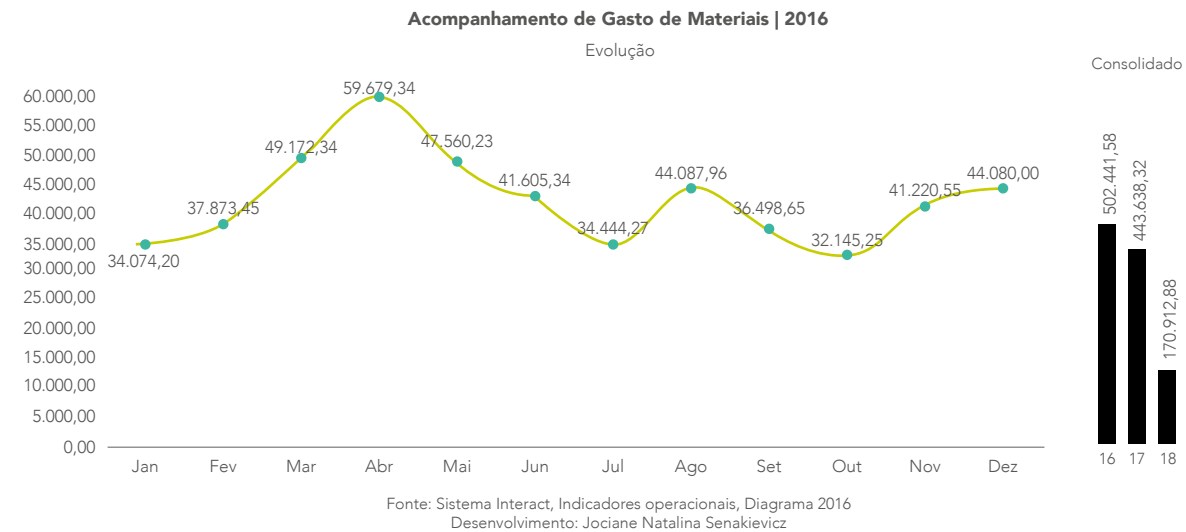
escalados no período da tarde. Após a finalização, esses kits ficam armazenados no depósito para serem distribuídos no dia seguinte no período da manhã por uma das líderes do serviço de higiene que abasteceria um carro de distribuição, encaminha-se para os setores, deixa o kit individual e retira as sobras do dia anterior.

A partir disso foi monitorada a aplicação de todas as etapas do novo processo e os resultados mensalmente dessa mudança de rotina. Solicitado todos os meses relatório de retiradas de almoxarifado e alimentando indicadores mensais para mensurar a efetividade da implantação. A equipe da higiene, sem necessidade de inves-

timento, teve melhorias no processo de trabalho referente à gestão de estoque e custos. Ainda otimizou o tempo de trabalho das ajudantes de limpeza que todos os dias perdiam em torno de 30 minutos de seu trabalho para irem ao depósito fazer a retirada desses materiais.

RESULTADOS OBTIDOS

Através da alimentação dos indicadores foram lançados todos os gastos com as retiradas de materiais do almoxarifado em 2016 como segue no gráfico abaixo:



A ação teve início em janeiro de 2017 e os dados continuaram a ser lançados em indicador institucional para ser possível o comparativo com os gastos do ano anterior sem comparativos de preços (sem considerar os reajustes que houve entre 2016 e 2017) apenas para monitorar a efetividade da implementação. Analisando os dados dos dois gráficos foi possível verificar que houve uma redução de 12% de consumo de materiais após a implantação do uso dos kits, que corresponderam à R\$ 58.803,00. Importante ressaltar que a média de ocupação do hospital durante esses dois anos foi praticamente a mes-

ma. Além dos indicadores que foram possíveis de serem mensurados pela ação, também podemos considerar que qualitativamente as ajudantes de limpeza deixaram de perder tempo indo buscar esses materiais e iniciavam todos os dias mais cedo seus trabalhos nos setores, favorecendo o cumprimento das rotinas diárias.

As quantidades adotadas na planilha de kit de cada setor com o passar dos meses foram sendo adequadas de acordo com as quantidades que as líderes retiravam de excessos e hoje utilizamos o modelo de planilha a seguir:

PRODUTOS	SETORES													
	3°	2°	CTI A.	PISO 2	ALA	MATER.	PISO 1/NEO	C.C.	R.X	P.S.A	P.S.I	LAB.	PISO 0	
PRETO DE 100 LT	3	3	0	6	0	0	0	40	10	10	15	2	6	
PRETO DE 60 LT	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	
PRETO DE 40 LT	100	40	80	50	70	30	45	20	50	50	50	30	20	
AZUL DE 100 LT	3	3	0	0	0	0	0	40	5	10	20	0	4	
AZUL DE 60 LT	0	2	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	
AZUL DE 40 LT	3	4	25	4	2	12	10	10	15	15	20	20	20	
BRAN. 100 LT	0	2	0	0	2	2	3	50	0	0	10	10	0	
BRAN. 50 LT	20	90	45	25	45	9	15	20	0	8	10	10	0	
P. TOALHA	20	16	24	8	16	8	10	8	20	20	20	20	30	
P. HIGIÊNICO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
HAND BLUE	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
HAND BAC	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
ÁLCOOL GEL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
COR. LOGO	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
COR. BRANCA	0	0	0	5	5	4	3	0	0	1	0	0	6	
FIBRAS BRANCAS	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
FIBRAS VERDES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

Fonte: Autor

CONCLUSÃO

Os resultados da implementação dos kits personalizados foram acompanhados durante um ano, juntamente com os indicadores de produtividade, qualidade e satisfação dos clientes. As descobertas de oportunidades de economia foram surpreendentes, principalmente no que se refere à mudança cultural do pensamento que “se tem muito pode usar de forma indiscriminada”. A partir do momento que a equipe sabe que esse

material está sendo dimensionado mudam a forma de agir. Não foi simples a adaptação, mas com menos de três meses o processo já estava funcionando de forma efetiva e permanece até os dias de hoje. A gestão teve oportunidade de otimizar a utilização de mão de obra e das ajudantes de limpeza, além de acompanhar de forma muito efetiva os gastos com tais materiais. A implementação desse projeto possibilita hoje a criação de outros indicadores de qualidade para a instituição e a certeza de uma gestão assertiva sem necessidade de investimentos.



DIMINUIÇÃO DO RETRABALHO NA ESTERILIZAÇÃO DE CAIXAS DE INSTRUMENTAIS E IMPLANTÁVEIS DO ARSENAL QUE NÃO FORAM UTILIZADAS DURANTE O PERÍODO DE VALIDADE

📍 Hospital e Maternidade São Mateus

Autor: Alexandre Cardoso Sales Silva

OBJETIVO DO PROJETO

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA

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

PRÁTICA IMPLANTADA

Através de observação empírica do retrabalho e da análise das planilhas de esterilização foi possível identificar as caixas e materiais que não eram utilizados no período de uma semana e geravam o retrabalho. Foi necessária a busca de um material que pudesse permanecer estéril por um tempo maior. O material escolhido pelo hospital foi o Não Tecido - *Spunbonded/ Meltblown/ Spunbonded* (SMS), a migração foi gradual, priorizando estes materiais que precisavam estar esterilizados, mas que sua utilização não é constante, e que teriam

sua validade aumentada de uma semana para três meses como preconiza o fabricante do não tecido. De forma integrada para a padronização os setores de Suprimento, Farmacoeconomia, Centro Cirúrgico e CME trabalharam juntos para a implementação. A partir de fevereiro iniciou-se o trabalho com um grupo de caixas de grande porte (15cx), em março padronizou-se o SMS que vem sendo utilizado e nos meses de março e abril as caixas restantes do grupo de prioridade foram sendo esterilizadas com o não tecido. Em um segundo momento, após testes realizados nas caixas do grupo de prioridade e o sucesso da implementação do SMS, o CME foi informado da substituição do tecido de algodão pelo SMS na rotina diária e esta ação foi implementada com sucesso em todos os processos que antes utilizavam o tecido de algodão. O principal cliente a se beneficiar é o Centro Cirúrgico e o próprio CME.

RESULTADOS OBTIDOS

- Redução do número de esterilizações mês;
- Redução de ciclos da autoclave: 28,86%;
- Redução de energia elétrica: R\$ 1.108,38.

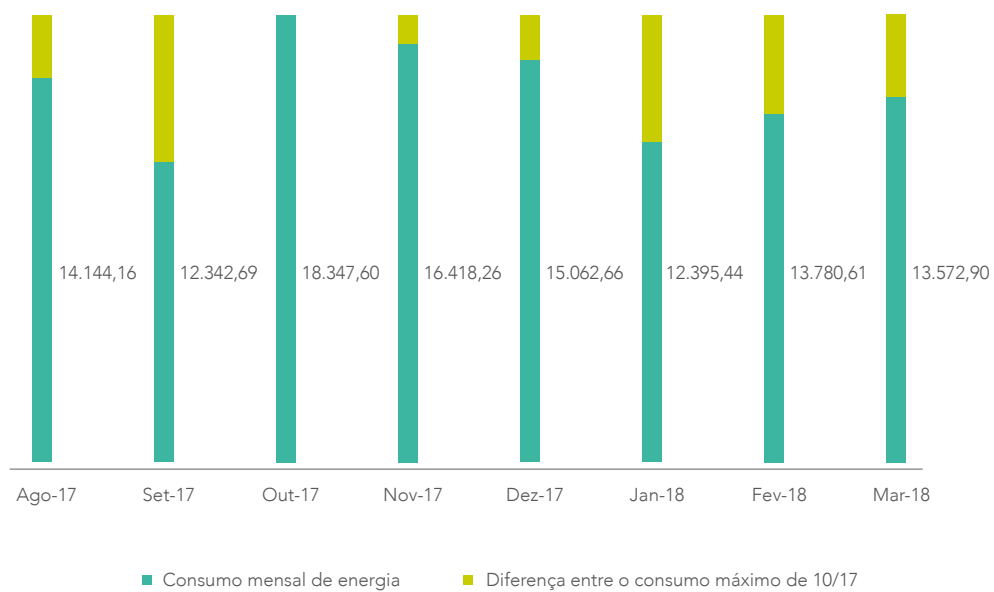
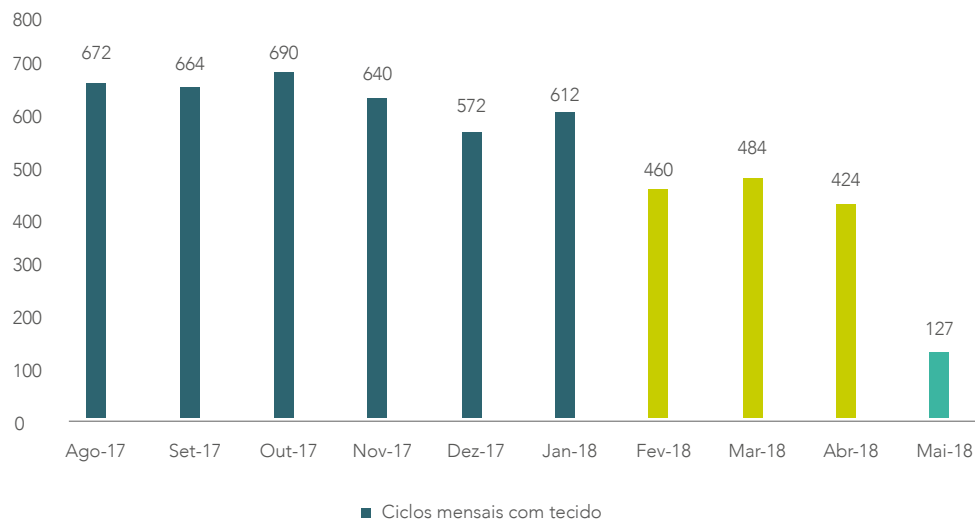
O primeiro é o tempo de validade da esterilização que passa de uma semana para três meses, o segundo é o número de ciclos de autoclave realizados pelo CME do hospital, assim diminuindo o retrabalho para esterilizar as 71 caixas e demais materiais. Otimizando de forma geral o ganho de tempo para a realização de demais tarefas no CME e diminuindo o custo de energia, insumos, o desgaste das duas autoclaves e o estresse do próprio mate-

rial que passa pelo processo de autoclavagem. Como observado no gráfico abaixo os meses em azul têm uma média de 641 ciclos/mês e nos meses em verde já temos uma diminuição, foram realizados 456 ciclos/mês. Havendo uma economia na realização de 185 ciclos/mês, que representa 28.86% a menos de ciclos por mês. No mês de maio que em seus dez primeiros dias foram reali-

zados 127 ciclos e em uma estimativa se usando de proporcionalidade, podemos estimar que ficará abaixo de 400 ciclos/mês.

O segundo gráfico mostra a economia refletida na conta de energia elétrica que em média é de R\$ 1.108,38 quando se inicia o uso do SMS em comparação aos últimos seis meses do tecido algodão.

Número de ciclos mensais realizados na autoclave



CONCLUSÃO

Com o maior tempo na validade da esterilização ganhamos tempo para que nosso colaborador possa realizar outras tarefas no CME, ganhamos na diminuição do custo da energia elétrica e do desgaste das duas autoclaves e no estresse do próprio material

que passa pelo processo de autoclavagem e com isso aumentando sua durabilidade. O grande desafio foi na mudança cultural do uso do tecido de algodão para o SMS e podemos observar que a margem de 28.86% de economia dos ciclos no primeiro trimestre demonstrou o sucesso alcançado.



UTILIZAÇÃO DE LOUÇAS EM SUBSTITUIÇÃO AOS DESCARTÁVEIS NOS PACIENTES EM PRECAUÇÃO DE CONTATO: UMA ESTRATÉGIA EM BUSCA DA SUSTENTABILIDADE

 Hospital Sírio-Libanês

Autores: Érika Suiter, Fernanda Justo Descio Bozola, Junia Bolognesi, Letícia Salgueiro Otoni e Renata Desordi Lobo

OBJETIVO DO PROJETO

Reduzir o uso de utensílios descartáveis para alimentação, substituindo-os por louças para melhorar experiência do paciente em isolamento de contato e buscar sustentabilidade.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

O uso de descartáveis para pacientes em precauções de contato é uma prática usual no Serviço de Alimentação do Hospital Sírio-Libanês. Atualmente utilizamos bandejas de papelão, copos, pratos, talheres, sopeiras, saladeiras, baixelas de plástico. Todo esse material descartável gera um custo para o serviço, e um lixo infectante que não pode ser reciclado, prejudicando o meio ambiente. Eventualmente, havia queixas de pacientes pelo desconforto do uso de utensílios descartáveis para alimentação.

PRÁTICA IMPLANTADA

O Serviço de Alimentação em parceria com o setor de CCIH (controle de infecção hospitalar) tem realizado um projeto piloto em duas unidades com característica semi-intensiva, locais que temos uma maior incidência de isolamentos de contato, iniciado em 05/12/17 até a presente data, onde estamos substituindo os utensílios descartáveis por louças em todos os pacientes que se encontram em

precaução de contato, com exceção aos pacientes isolados pela bactéria *Clostridium Difficile* que requer ação diferenciada, como lavagem em varredura ou produto químico específico. Os procedimentos de entrega, recolha, e lavagem das louças foram definidos pelo setor de CCIH do hospital em parceria com o Serviço de Alimentação. Todos os colaboradores envolvidos foram treinados e acompanhados.

O procedimento inclui higienização das mãos, uso de luvas descartáveis, descarte das luvas em lixo infectante, termo desinfecção das louças, talheres e bandejas em máquina de lavar louças modelo Hobart FX40, e higienização do carrinho de transporte com álcool 70%. De acordo com o *guideline* do "Centers for Disease Control and Prevention" (CDC), sobre isolamento de contato, não há recomendação para realização de procedimento diferente na higienização de pratos e talheres para os pacientes em isolamento de contato.

RESULTADOS OBTIDOS

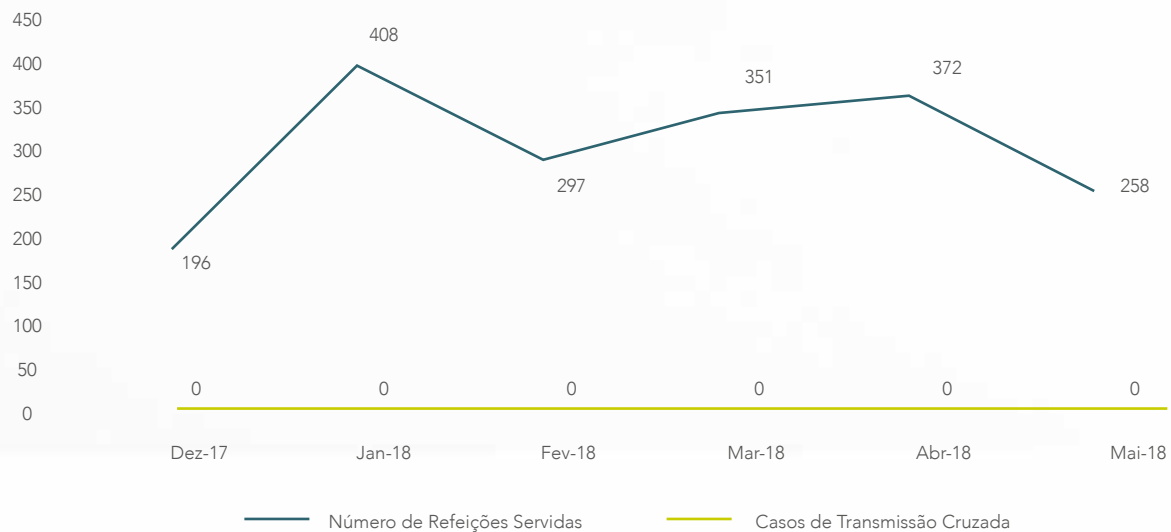
Nesses seis meses do projeto piloto tivemos 102 pacientes em isolamento de contato, contato e gotículas, ou contato e aerossóis. Deste total, 48 pacientes, estavam em precaução de contato por motivo de vigilância, sendo que 60,4% (29/48) resultaram em cultura de vigilância negativa. Dos isolamentos de contato, apenas 25 foram por bactérias multirresistentes. As bactérias isoladas foram *Pseudomonas aeruginosa* (n=9), *Klebsiella pneumoniae* (n=6), *Staphylococcus aureus* (n=5), *Enterococcus faecalis* (n=3), *Enterococcus faecium*

(n=1), Citrobacter (n=1).

De acordo com o total de dias de internação desses 102 pacientes, servimos 1882 refeições em louças ao invés dos utensílios descartáveis. O custo direto da refeição em material descartável é de R\$ 12,92, totalizando uma redução no custo de R\$ 24.315,44 nas duas unidades de internação do projeto piloto. Não houve necessidade de comprar louças, devido ao enxoval das copas já possuírem o total de utensílios para atendimento de

todos os pacientes, independentemente de serem isolamento. Não houve mais gastos com a lavagem dos utensílios, pois as louças foram alocadas juntamente com o restante, dentro da máquina de lavar louças. Tivemos um aumento de custo com luvas descartáveis de procedimento no recolhimento das louças de R\$ 1.203,00 no período. Não foi evidenciado casos de transmissão cruzada de microrganismo entre pacientes, e também, não foi identificado surto no período avaliado.

Gráfico 1 | Número de Refeições Servidas X Casos de Transmissão Cruzada



Fonte: Serviço de Alimentação, HSL 2018

CONCLUSÃO

O uso de louças em substituição aos descartáveis (plásticos e papel), gera uma redução de custos ao Serviço, e de lixo infectante ao meio ambiente. De acordo com o *guideline* do CDC

sobre isolamento a combinação de água quente e detergentes usados em lava-louças é suficiente para descontaminar louças e talheres. Não foram identificados surto e transmissão cruzada de microrganismo entre pacientes nas unidades selecionadas no período avaliado, corroborando com a literatura científica.





PROCESSAMENTO DE ROUPAS: INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA E IMPLEMENTAÇÃO DE METODOLOGIA LEAN SEIS SIGMA

📍 Hospital Márcio Cunha

Autores: Janaina Miguel Stanciola, Janisia Fatima dos Santos Dornelas e Jonatan Martins Ribeiro

OBJETIVO DO PROJETO

O trabalho teve a finalidade de revisar o fluxo do processo na lavanderia do hospital, com foco no aumento da produtividade e satisfação dos clientes, concomitante com a proposta de avaliar a viabilidade da substituição de maquinários para modernização da unidade.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Diante de um cenário onde se faz necessário otimizar os custos e aumentar a produtividade, a instituição se deparava com um número elevado de manutenções das lavadoras e secadoras, além da necessidade de otimização de tempo, recursos e melhora de processos, principalmente, daqueles que utilizavam de atividades manuais. Vislumbrou-se ainda a possibilidade de mapear a capacidade ociosa para permitir o aumento de receita a partir da criação de um portfólio de venda de serviços.

PRÁTICA IMPLANTADA

Com o intuito de resolver a situação-problema, foi montada uma equipe de colaboradores da instituição para desenvolver um projeto usando a metodologia Lean Seis Sigma na unidade. Seguindo a métrica do DMAIC (Definição, Medição, Análise, Melhoria, Controle) a primeira etapa consistiu na definição do problema e teve como saída a geração

de um contrato com a descrição do objetivo, histórico, equipe do projeto e os resultados esperados. Na sequência a equipe do projeto iniciou a fase de medição, onde foi possível desenhar o fluxo de todo o processo, mapeando as entradas e saídas, clientes e fornecedores, além de apurar os tempos e movimentos desde a coleta das roupas sujas até disponibilização do enxoval limpo para o cliente. Nessa fase de medição foram realizadas entrevistas com os atores envolvidos no processo, avaliação dos planos de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, sendo possível mensurar o impacto das horas paradas das máquinas no processo de produção. Ainda na fase de medição, a equipe teve a oportunidade de identificar os pontos em que o processo era mais manual, chegando a indicadores como o número de peças dobradas por colaborador. A partir desses levantamentos, foi possível realizar uma série de análises que permitiram reconhecer os “gargalos” do processo e identificar as oportunidades de melhoria.

Diante desses dados, foram utilizadas matrizes de causa e efeito, esforço e impacto para priorizar o atendimento dos pontos mais relevantes que foram detectados e a partir de então, propor os planos de melhoria, utilizando a ferramenta 5W2H.

Dentre as principais ações propostas na fase de melhoria, podemos destacar a criação de um *checklist* para manutenção preventiva acompanhado do treinamento da equipe de operadores para realização da inspeção, permitindo um acompanhamento diário do funcionamento das máquinas. Isso evitaria que avarias simples, que podem ser facilmente corrigidas, se transformem em danos maiores nos equipamentos.

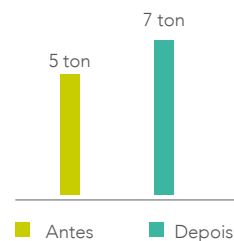
Outro ponto impactante foi a substituição de uma calandra monoroll por uma triroll de alta produtividade, além da aquisição de uma dobradeira de lençóis

e uma de toalhas, equipamentos com alta tecnologia que permitiram ganho de produtividade e qualidade no processo, uma vez que possibilitaram automatizar etapas que anteriormente eram manuais ou realizadas por equipamentos menos eficientes. Nesse processo, diversas áreas do hospital foram envolvidas, como as unidades de internação, bloco cirúrgico, pronto atendimento, central de esterilização, hemodinâmica, logística, equipe de manutenção, entre outras que atuam diretamente ora como clientes ora como fornecedores da lavanderia. Ao fim do processo foi possível realizar o mapeamento da capacidade ociosa do setor e a criação de um portfólio para venda de serviços.

RESULTADOS OBTIDOS

Com resultado do projeto e a incorporação da automação, obtivemos um aumento da capacidade produtiva da unidade de 40%, mesmo reduzindo o turno de trabalho de 16 para 12 horas por dia. Essa adequação permitiu uma redução de custo na casa de R\$245 mil/ano com mão de obra. Outro ponto relevante foi a redução da hora de máquina parada. Antes do projeto e da automação do processo, em média eram dobrados 250 lençóis por hora, sem contar o tempo destinado a passar. Após a implantação esse número subiu para 500 a 600 lençóis por hora, já passados. Outro ganho foi em relação às toalhas, anteriormente eram dobradas em média 230 toalhas por hora, esse número subiu para até 1000 toalhas em média por hora. Além de uma redução no consumo de energia anual de 19%. Todo esse resultado ainda foi chancelado pelo aumento da satisfação dos clientes, que passaram a contar com um fluxo mais organizado e produtivo.

Capacidade produtiva da unidade de processamento de roupas





CONCLUSÃO

O projeto Lean contribuiu para que a FSFX mapeasse e ampliasse sua capacidade produtiva comercial com a venda dos serviços da lavanderia do HMC. Seguimos alinhados às diretrizes de melhoria dos processos para a redução de custos e recursos, sem perder a qualidade e garantia de segurança e atendendo os objetivos de aumento da qualidade dos serviços com um processo mais organizado.

O produto (as roupas) não fica mais parado na lavanderia com a otimização do fluxo, resultando em uma melhor vazão da produção. Como lições aprendidas, registramos a importância do trabalho e do engajamento da equipe em prol da melhoria dos processos, pois o projeto envolveu diversas áreas da instituição. Outro ponto é em relação à abertura para as mudanças e as inovações tecnológicas, enxergando a inovação como uma aliada aos processos de melhoria.



INTEGRAÇÃO DAS ÁREAS DE GOVERNANÇA E ASSISTÊNCIA: MENOR CUSTO E USO CONSCIENTE DO ENXOVAL

📍 Hospital Santa Catarina de Blumenau

Autores: Keity Karina Goll Fragoso e Vânia Montibeler Krause

OBJETIVO DO PROJETO

Implementar o uso consciente do enxoval a fim de minimizar os impactos ambientais e econômicos acerca do uso indiscriminado, visto que o custo de higienização do enxoval certamente é um dos mais relevantes para as organizações.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

O uso do enxoval é um processo que ocorre diariamente, porém mesmo com sistema de RFID a gestão é dificultada. Em muitos casos, as ações de controle do uso do enxoval não surtem efeito, uma vez que o *mindset* é de que as peças obrigatoriamente sejam trocadas diariamente, cultura enraizada nos colaboradores e também pacientes/acompanhantes.

Assim, o uso desordenado implica diretamente no volume de processamento do enxoval sujo, como demonstra a planilha a seguir. Comparando a média dos últimos anos, a tendência é bastante pessimista caso não sejam abordadas condutas objetivando o uso correto aliado à necessidade da sustentabilidade:

Média	Mensal Ano (kg)
2015	43.176,23
2016	46.993,22
2017	49.239,18

PRÁTICA IMPLANTADA

Com o objetivo de implementar o uso consciente do enxoval a fim de minimizar os impactos ambientais e econômicos acerca do uso indiscriminado, em 2016 iniciou-se um projeto de discussão e análise crítica acerca do uso do enxoval hospitalar que teve a participação de enfermeiros que possuíam a vivência e que contribuíram para implementação de novas ações relacionadas ao uso do enxoval.

Em nenhum instante a intenção foi de racionalizar o uso, mas sim, entender qual a real demanda de uso da instituição, aliando com isso questões relacionadas aos custos deste processo e ainda não menos importante, a sustentabilidade, neste caso vinculado diretamente ao uso da água para o processo de higienização do enxoval.

Naquele momento, algumas ações foram tomadas de forma bastante conservadora, porém com potencial de avanço significativo:

- Os kits de complexidade, antes entregues até três vezes ao dia dependendo do caso, foram redefinidos para apenas um conjunto com entrega diária. Caso fosse necessário, haveria o enxoval extra na Rouparia Setorial a partir de um dimensionamento por unidade;
- As toalhas foram retiradas dos kits. Observamos que muitas vezes estas peças não eram utilizadas, desta forma, caso fosse necessário, a equipe faria a entrega de forma avulsa;
- Treinamento com a equipe assistencial mostrando números de consumo;
- Divulgação dos resultados.

Comparando o consumo do mês de agosto/2016 (início das ações), com outubro do mesmo ano, tivemos uma redução de cerca de R\$6.322,00, ou ainda, 20.800 litros de água a menos, volume este apenas dos setores clínicos.

O HSC Blumenau sempre preocupado com a segurança de seu paciente, encaminhou à ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) em novembro de 2016, um questionamento sobre a recomendação da periodicidade de troca do enxoval e como retorno, o órgão orientou que esta troca pode ser baseada nas recomendações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da Instituição, uma vez que a troca de roupa tem relação direta com o tipo de assistência prestada ao paciente. Assim, o assunto foi levado à apreciação do CCIRAS onde foi permitida troca a cada 48 horas, dependendo das condições clínicas do paciente. Novamente o momento era de reflexão e de avançar mais. Na reunião interdisciplinar do grupo de trabalho foram alinhadas outras ações:

- Manter acesso restrito às rouparias setoriais;
- Novo treinamento com a equipe assistencial;
- Inclusão do tema “uso consciente de enxoval” na integração para novos colaboradores da Área da Assistência;
- Criação do kit de enxoval para o acompanhante, com troca a cada três dias. A responsabilidade por esta gestão é da equipe de Governança.
- Acompanhamento da satisfação dos pacientes e seus acompanhantes com relação às ações implantadas;
- Disponibilização para equipe assistencial informações sobre consumo do enxoval, valor Kg x paciente dia e não-conformidades.

Com a mobilização de toda a equipe assistencial acerca do tema, foi possível trabalhar a conscientização do uso do enxoval de forma correta, sem que afetasse a qualidade e segurança durante a permanência do paciente na instituição, elevando assim o envolvimento de toda equipe assistencial, e ainda, promovendo mudança no *mindset* das equipes.

RESULTADOS OBTIDOS

Com a implantação da discussão e das ações iniciadas no ano de 2016, é possível demonstrar dados comparativos significativos relacionados à redução no consumo de enxoval:

- Agosto 2016 – 2017: A ocupação deste mês nos dois anos não oscilou muito, observou uma diminuição de 1 tonelada e 200 Kg, que gerou uma economia de cerca de R\$ 4.600,00;
- Setembro 2016-2017: Mesmo com a ocupação de 2017 mais alta, tivemos cerca de 670 Kg a menos, ou seja, uma economia de R\$ 2.500,00;
- Agosto/setembro 2017: Em relação à agosto e setembro de 2017, tivemos uma redução de 4.845,15 Kg, o que gerou uma economia de R\$ 17.636,34;
- Dezembro 2016-2017: Tivemos um volume de cerca de 1,5 toneladas a menos. A ocupação não variou muito, mesmo assim, tivemos uma economia de cerca de R\$ 5.500,00.

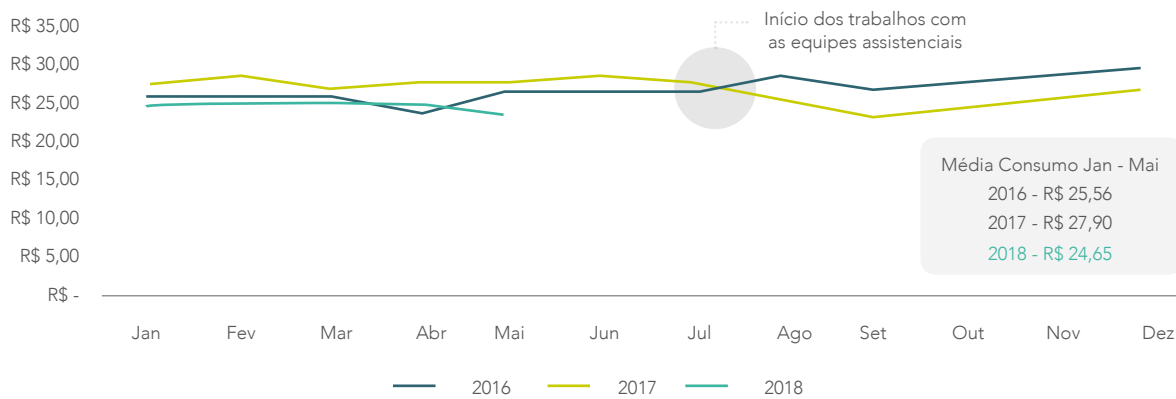
As implantações das ações se mostraram bastante efetivas, sendo evidenciadas por resultados positivos. Prova disto é o indicador que mede o valor do enxoval versus paciente-dia:

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
2016	R\$ 25,58	R\$ 25,64	R\$ 26,07	R\$ 23,94	R\$ 26,59	R\$ 26,62	R\$ 26,48	R\$ 28,15	R\$ 26,81	R\$ 27,40	R\$ 28,35	R\$ 29,73	R\$ 26,78
2017	R\$ 27,73	R\$ 28,95	R\$ 27,14	R\$ 28,12	R\$ 27,57	R\$ 28,48	R\$ 27,47	R\$ 24,89	R\$ 23,53	R\$ 23,98	R\$ 25,60	R\$ 26,69	R\$ 26,68

Os valores demonstram que após nova intervenção com a equipe de enfermagem os resultados melhoraram de forma significativa, fazendo com que as médias de 2016-2017 se mantivessem em linha, provando que a discussão do uso correto do enxoval deve ser algo

rotineiro nas equipes. Se antes tínhamos um acréscimo anual no volume processado de enxoval, a partir deste cenário é possível manter ou até diminuir a produção. Desta forma, podemos comparar os primeiros cinco meses dos anos de 2016, 2017 e 2018.

Valor consumo de enxoval por paciente/dia 2016-2017-2018



CONCLUSÃO

As equipes estão engajadas com a questão do uso correto do enxoval, pois temos ainda o cunho sustentável que é notório e motivador e a apresentação das melhorias é uma forma de proporcionar engajamento dos colaboradores, que se surpreendem em relação aos volumes de processamento do enxoval e a economia gerada a partir de ações simples. Em um período de seis meses (2º semestre de 2017) obtivemos os seguintes cenários:

- 65.720 litros em economia de água;

- Cerca de R\$ 30 mil reais de economia relacionada ao processamento de enxoval, valor este que pode ser revertido em investimentos para melhoria da estrutura.

Concluindo, entendemos que as práticas e implementações de novas ações para uso consciente do enxoval estão longe de serem cessadas, as ações implementadas não comprometeram a qualidade do serviço. Dessa forma, de gota em gota, vamos economizando e gerando cada vez mais resultados positivos. Este é um desafio diário.



CENTRALIZAÇÃO DA ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS DE UMA UNIDADE SATÉLITE DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE/RS, LEVANDO À REDUÇÃO DE CUSTOS E PADRONIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS

📍 Hospital Moinhos de Vento

Autores: Kelen Lemos, Vanderléia da Rocha Scharb Cereser e Veronica Lubain

OBJETIVO DO PROJETO

Redução de custos em uma unidade satélite com manutenções preventivas e corretivas de autoclave, com testes biológicos e químicos, com recursos humanos e insumos. E padronização do processo, centralizando a esterilização no hospital (matriz), garantindo a qualidade e segurança da esterilização de materiais.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Um hospital de grande porte de Porto Alegre possui uma unidade satélite ambulatorial dentro de um shopping. Na unidade existe o serviço de Saúde Bucal, que gera demanda de esterilização dos instrumentais, sendo necessário um CME – Central de Material Esterilizado Tipo I, gerando custos fixos e variáveis. Foi realizado um estudo de viabilidade de centralização do processo de esterilização no CME do hospital. Além da segurança do processo de esterilização, foi possível reduzir altos custos com:

- 1) Custos frequentes com manutenção preventiva da autoclave;
- 2) Ociosidade do profissional de enfermagem da área, devida baixa demanda de trabalho.

O CME da Unidade Iguatemi ocupava uma área de 48.70m², onde trabalhavam dois técnicos de enfermagem. Tinha uma autoclave modelo BRS Baumer gravitacional 2003, a qual tinha manutenções preventivas e seguidamente corretivas, e seus

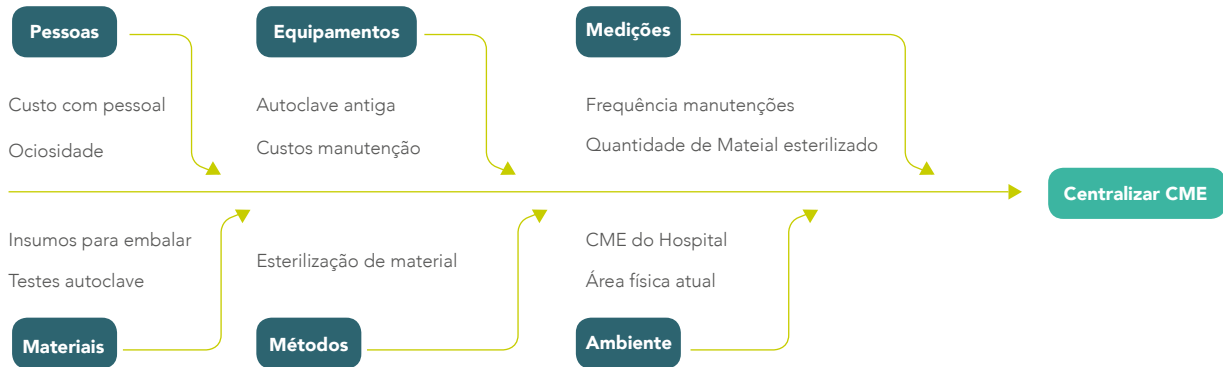
parâmetros de segurança eram antigos. Devido à frequência de manutenções corretivas, havia impacto na entrega do material esterilizado conforme a necessidade do serviço de Saúde Bucal, sendo necessário cancelamentos de procedimentos odontológicos.

PRÁTICA IMPLANTADA

Com a demanda diária do CME na unidade, devido aos atendimentos do Núcleo de Saúde Bucal, verificou-se a necessidade de ter uma análise mais criteriosa da segurança da esterilização na unidade, acompanhando-se os ciclos diariamente, e utilizando uma autoclave com ciclos mais efetivos.

- a) Foi levantado custo frequente com a autoclave, devido à necessidade de chamar a empresa especializada com frequência;
- b) Elaborado projeto de centralização da esterilização no hospital;
- c) Acionado o SCIH – Serviço Controle de Infecção Hospitalar, para saber as necessidades para o transporte do material esterilizado;
- d) Planejado o processo de envio, transporte, recebimento do material esterilizado – entre hospital e unidade satélite;
- e) Realizado estudo de viabilidade do projeto;
- f) Elaborado o plano de implementação utilizando a ferramenta de 5W 2H.

Análise de causa raiz que justificou o projeto



Levantamento dos custos

Materiais esterilizados na Unidade CME IG	13.664 unidades de pacotes de instrumentais /Ano
Custo médio de materiais e insumos	R\$ 12.510,58/ Ano
Custo colaborador CME	R\$ 74.000,00/Ano
Custos da manutenção preventiva da autoclave	R\$ 4.656,00/Ano
Qualificação térmica da autoclave, seladora e incubadora	R\$ 6.000,00/Ano
Total de custos	R\$ 110.830,58/ Ano



Diante destes resultados, a constatação que havia um custo relacionado à esterilização de materiais para um único setor – Saúde Bucal, e que o hospital contava com uma estrutura maior, mais adequada, com alta tecnologia e apropriada para realizar o processo de esterilização para a unidade satélite.

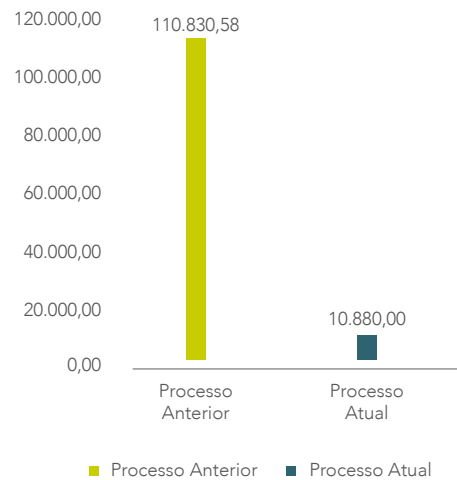
RESULTADOS OBTIDOS

As equipes do CME do hospital e da Saúde Bucal da unidade satélite implementaram o projeto, centralizando o processo de esterilização na sede. Contratado o serviço de transporte com toda a segurança preconizada pelo SCIH. Na unidade satélite ficou apenas uma área de 15m², para a limpeza do material que é enviado para o hospital para esterilizar. Foi liberada uma área de 13,7m² para o almoxarifado, onde antes era a área de esterilização e estoque do material do CME.

Resultados comparativos em um ano e implementação do projeto

ITENS	PROCESSO ANTERIOR	PROCESSO ATUAL
Custo médio de materiais e insumos, testes	R\$ 12.510,58/ Ano	R\$ 8.000,00
Custo colaborador CME	R\$ 74.000,00/Ano	0
Custos da manutenção preventiva da autoclave	R\$ 4.656,00/Ano	0
Qualificação térmica da autoclave, seladora e incubadora	R\$ 6.000,00/Ano	0
Transporte	0	R\$ 240,00/Mês R\$ 2.880,00/Ano
Total de custos:	R\$ 110.830,58/ Ano	R\$ 10.880,00/Ano

Gráfico 1 | Total custos fixos e variáveis anual - Panorama anterior e atual



CONCLUSÃO

O projeto trouxe uma economia de R\$ 99.950,58/ ano, sendo R\$ 8.329.215/mês - ficando um custo atual mensal de R\$ 906,66/mês, com 92% de redução dos custos.

O processo centralizado no hospital garante maior qualidade e segurança, por se tratar de processos de esterilização para instrumentais de grandes procedimentos.

Não houve desligamento de pessoal, mas adequação de custos x produtividade. A área física foi otimizada com atividades importantes para o processo de toda a unidade.



REDUÇÃO DO CUSTO OPERACIONAL EM UM SERVIÇO DE NUTRIÇÃO ATRAVÉS DE AÇÕES ENVOLVENDO EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

📍 Hospital São Lucas da PUCRS

Autores: Luciane Janaina da Silva Carvalho e Luciana Ferle Scarrone

OBJETIVO DO PROJETO

Este trabalho foi desenvolvido no serviço de nutrição de forma multidisciplinar com o objetivo de revisar os processos assistenciais, operacionais e negociações comerciais relacionados ao processo de produção e distribuição de refeições a pacientes, acompanhantes e colaboradores. Analisamos o cenário num período de oito meses, sendo este de janeiro a agosto de 2017, considerando os itens de consumo para produção e distribuição de refeições como insumos alimentares e descartáveis, avaliando também processos, serviços e contratos com terceiros para locação e manutenção de equipamento, sendo as ações de melhorias iniciadas a partir de setembro do mesmo ano.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

O consumo de materiais em um Serviço de Nutrição está diretamente relacionado com o aumento da produção, porém em um Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS) pode estar relacionado a processos, padrões de atendimento e controles na distribuição, considerando o consumo das refeições produzidas e distribuídas.

Com o objetivo de otimizar a produção, enxugar insumos, evitar desperdícios e garantir o consumo das refeições produzidas e distribuídas, mapeamos os processos desde o planejamento, a aquisição, o recebimento e armazenamento até o consumo do produto final, ou seja, os serviços disponibilizados ao colaborador, ao acompanhante e atendimento nutricional ao paciente. Concomitante foram

analisados contratos com prestadores de serviço avaliando custo x benefício, como por exemplo, o serviço de locação de máquinas de café e contrato de manutenção preventiva para equipamentos de transporte de alimentos, onde observou-se que as locações das máquinas de café tornam-se vantajosas frente ao custo operacional e de insumos para o mesmo serviço utilizando equipamentos convencionais como cafeteiras e fervedores. Quanto ao contrato de manutenção preventiva, obteve-se custo maior com o contrato do que se teria se fossem solicitadas visitas de inspeção preventivas por demanda ou manutenções corretivas.

PRÁTICA IMPLANTADA

No processo de *supply chain* do serviço de nutrição do EAS avaliado, mensalmente foram acompanhados indicadores de consumo de insumos realizando análise comparativa entre produção e custos de materiais.

Frente ao cenário observado, foi identificada a oportunidade de visitar o processo de confecção de cardápios e de produção de refeições, considerando necessidades nutricionais e valores praticados pelos fornecedores.

Com a análise realizada e apoio do setor de compras, foram renegociados contratos de itens críticos e itens de curva A e B, garantindo melhor serviço prestado e reduzindo o preço de aquisição com boa condição de pagamento ao Hospital São Lucas da PUCRS.

Para insumos que se tinham acordos comerciais, foram geradas novas cotações e em parceria com o setor de compras buscou-se alternativas de novas

marcas, ampliando assim as negociações e reduzindo consideravelmente os custos.

Com a realização de novas negociações e acordos finalizados junto aos fornecedores concomitante com a análise de cardápios e de embalagens descartáveis utilizadas na distribuição de refeições, foi possível a redução de insumos através da padronização de três tipos de embalagens para a distribuição de refeições, em substituição a cinco tipos utilizados anteriormente. Também houve a reformulação do cardápio *à la carte*, disponibilizando apenas as opções mais solicitadas pelo cliente com objetivo de reduzir insumos e desperdício com alimentos abertos para a confecção do prato e não utilizados no prazo recomendado. A revisão de cardápios para pacientes e

acompanhantes foi realizada elegendo duas baterias de combinações em que as preparações se repetem quinzenalmente, o que auxiliou no dimensionamento de estoques mínimos, mais enxutos, possibilitando a otimização do espaço físico de armazenamento, assim como compras e entregas programadas. Sendo estes cardápios reformulados mensalmente, considerando sazonalidade, com planejamento de compras e recebimento e com objetivo de não causar monotonia alimentar.

As figuras abaixo representam os resultados obtidos em 2017 como referencial comparativo aos resultados que vêm sendo atingidos em 2018, após a revisão dos processos, sendo as ações de melhorias iniciadas a partir de setembro de 2017.

Figura 1 | Comparativo custos 2017/2018

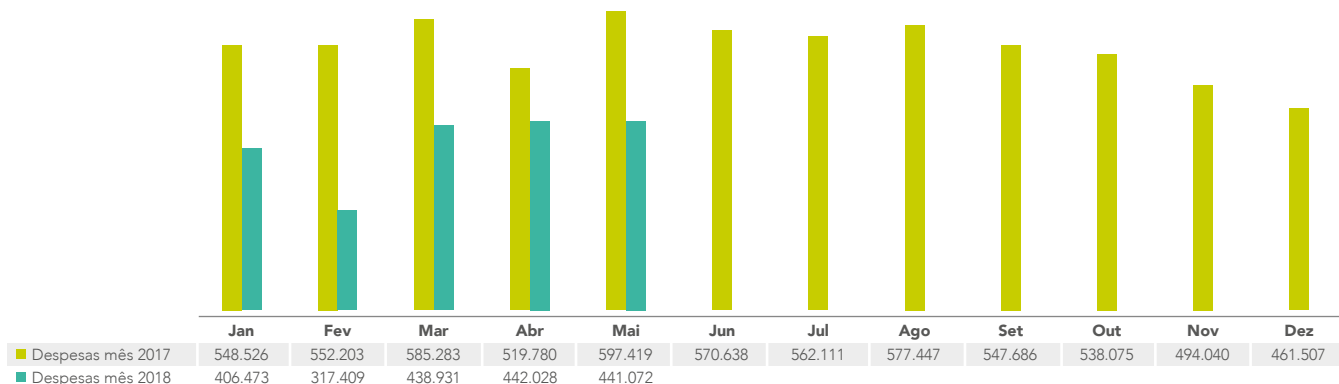
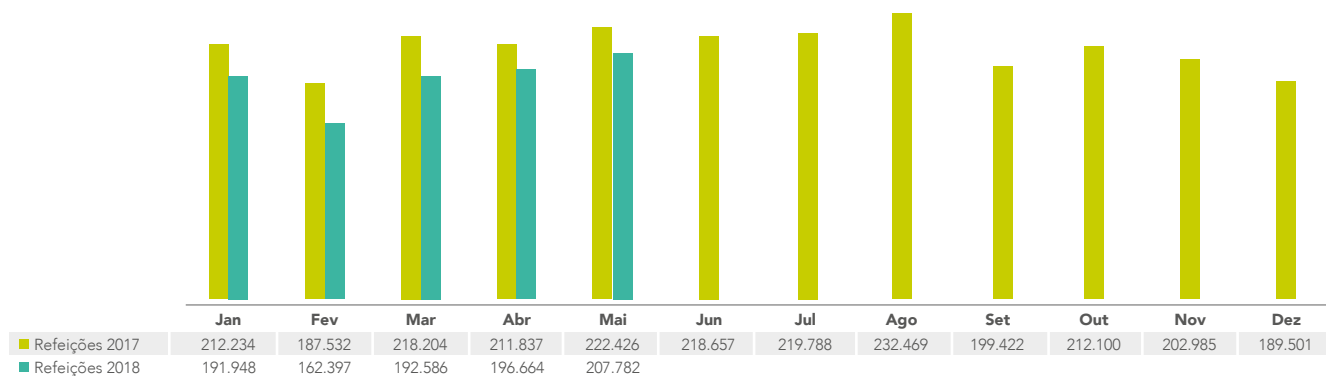
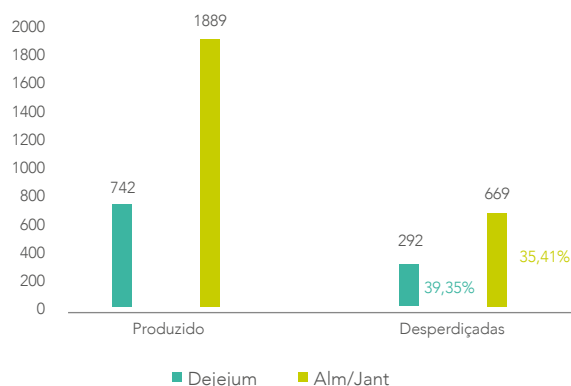


Figura 2 | Comparativo número de refeições produzidas 2017/2018



Em outubro de 2017 analisamos o processo de distribuição de refeição ao acompanhante de pacientes internados pelo convênio SUS, regulado pela Portaria MS nº 830/1999 e nº 2.418/2005, Lei nº 10.741/2003, 1.108/2005, nº 11.108/2005 e nº 13.146/2015. Esta refeição era servida no leito do paciente, mediante reserva prévia, ou seja, o acompanhante era consultado se iria ou não realizar suas refeições, a mesma era produzida, envasada e entregue ao acompanhante no quarto do paciente. Ao realizar acompanhamento do consumo destas refeições num período de 15 dias, comparando as refeições solicitadas e entregues com as refeições não consumidas, evidenciamos que havia desperdício conforme demonstrado na Figura 3.

Figura 3 – Demonstrativo entre refeições produzidas, servidas e não consumidas, desperdiçadas.



Com o objetivo de evitar o desperdício evidenciado no período controle, deslocamos o atendimento do acompanhante, até então realizado no leito para o restaurante de colaboradores, em horário diferenciado onde a refeição é ofertada em buffet *self service*.

RESULTADOS OBTIDOS

No contexto geral, conquistou-se ganho financeiro com a revisão dos processos e também melhorias. Com a mudança no atendimento da refeição do acompanhante, em que ele passou a se servir no buffet, passamos a desperdício zero, pois o acompanhante passou a servir apenas o que consome e os alimentos que sobram em distribuição são consumidos no início do atendimento ao colaborador, no horário seguinte, sendo estes mantidos nas condições sanitárias de controle da cadeia quente e fria conforme legislação. Percebeu-se também maior satisfação quanto ao atendimento por parte dos acompanhantes, que podem realizar sua refeição em local apropriado, com maior conforto, assim como estarem disponíveis ao cuidado quando seu familiar receber sua refeição no leito. Mantendo este atendimento, de entrega no quarto, apenas nas áreas de internação pediátrica.

CONCLUSÃO

Um serviço de nutrição em um EAS transita entre atender às necessidades nutricionais do paciente, proporcionando bem-estar, assim como ao seu acompanhante, sem deixar de fora a satisfação do seu colaborador. A reavaliação dos processos deve ser constante através da análise de indicadores, inter-relações com os setores de apoio e assistenciais e escuta ao cliente, a fim de garantir melhoria contínua e sanidade econômica do serviço e da instituição.



OTIMIZAR E UTILIZAR CORRETAMENTE O ENXOVAL HOSPITALAR

Hospital BP

Autores: Luiz Sergio Pires Santana, Marcia Lerro Pimenta e Rosangela C. Dias

OBJETIVO DO PROJETO

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Durante o mapeamento do processo, foram identificados alguns problemas, sendo eles: falta de padronização das peças, quantidade insuficiente de enxoval (considerando o ciclo de giro) e utilização incorreta, gerando dano ou manchas fixas e retorno das peças não conformes limpas para a lavanderia sem avaliação da Gestão da Rouparia.

Após esta análise, foi utilizada a ferramenta PDCA com o foco na resolução dos problemas e revisão dos processos.

PRÁTICA IMPLANTADA

Com o objetivo de reduzir o consumo de enxoval por paciente dia, foram desenvolvidas as seguintes ações: padronização dos itens do enxoval, uso consciente, implantação de itens descartáveis, adequação dos itens entregues nas rouparias satélites, revisão do dimensionamento por setor, implantação de kit paciente e kit acompanhante, treinamento das equipes assistenciais e operacionais, revisão das práticas assistenciais (reduzindo a utilização incorreta), implantação de caixas para enxoval não conforme nas rouparias satélites, inventários periódicos e reposições dos itens necessários.

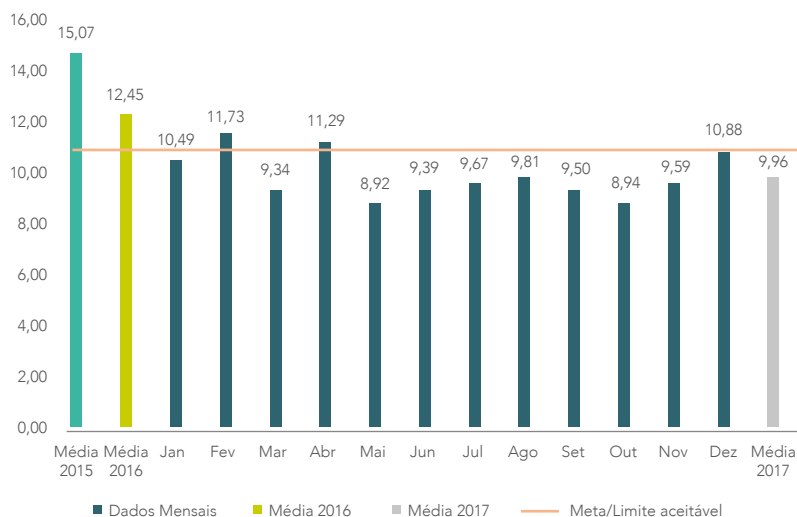
Como prática implantada, definimos também que o indicador do kg de roupa paciente dia

fosse avaliado mensalmente nas reuniões do comitê de enxoval e nas reuniões de resultados do Hospital BP.

RESULTADOS OBTIDOS

As ações proporcionaram um impacto positivo, contribuindo na melhoria dos processos, experiência dos clientes, utilização correta e redução de custo. Houve uma redução de 34% no kg de roupa lavada de 2015 até 2017.

Gráfico 1 | Indicador 2017 - Roupa paciente dia (kg)



CONCLUSÃO

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



ADOÇÕES DE PRÁTICAS SUSTENTÁVEIS NA ADMINISTRAÇÃO DE UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (UAN)

📍 Hospital e Maternidade São Luiz – Unidade Anália Franco

Autora: Nelly Aparecida Yoneyama

OBJETIVO DO PROJETO

Reduzir o desperdício de alimentos, de insumos e do consumo de água na unidade de alimentação e nutrição (UAN) do Hospital São Luiz Anália Franco.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

No restaurante dos colaboradores o serviço é *self service*, no qual todos podem se servir à vontade. Observou-se que esse tipo de serviço é responsável pela maior quantidade de desperdício de alimentos. Para acompanhar a gestão da produção das refeições a equipe de nutrição da unidade monitora os indicadores resto ingesta e sobra limpa. Diariamente, é feita a mensuração desses indicadores visando melhoria contínua do planejamento da produção. Os dados monitorados durante o ano de 2017 evidenciaram uma média do resto ingesta de 1,59% e de sobra limpa 2,98%. Com base nesse cenário, foram desenvolvidas uma série de ações para reduzir o desperdício de alimentos.

PRÁTICA IMPLANTADA

- Realização de campanhas educativas visando a conscientização do colaborador quanto ao desperdício de alimentos;
- Treinamento e capacitação de todos os colaboradores ligados diretamente ao processo de produção das refeições, como nutricionista de produção, técnica em nutrição, cozinheiro e

ajudante de nutrição, a fim de adequar o planejamento e a organização tendo como alvo a diminuição dos índices de sobra limpa;

- Redução do consumo de água no pré-preparo de hortifrúti (verduras folhosas, legumes e frutas) com a aquisição de produtos já higienizados prontos para uso;
- Locação de equipamento para higienização de cubas e panelas já com processos de decapagem, ou seja, a limpeza pesada sem termos desperdício de água e insumos de higiene, otimizando além do uso de água, a economia de mão de obra.
- Elaborado um procedimento operacional para o indicador de sobra limpa, tornando obrigatória a pesagem de todo alimento produzido e o devido registro em planilha específica, sendo descontado o peso da cuba. Ao final do período/refeição, todo alimento que não foi distribuído é pesado (alimento que foi produzido e ficou no balcão) anota-se também em planilha. O peso é apurado em quilogramas (kg). A meta institucional para este indicador é de até 5% de sobra limpa.
- Para o indicador de resto ingesta, os resíduos alimentares são segregados, excluindo dos restos os descartáveis (copo, guardanapo, bandejas plásticas), ossos e cascas, que são segregados em lixo específico. Os resíduos alimentares são pesados e o registro feito em quilogramas (kg) em planilha específica. Meta para este indicador é de até 10% de resto ingesta.

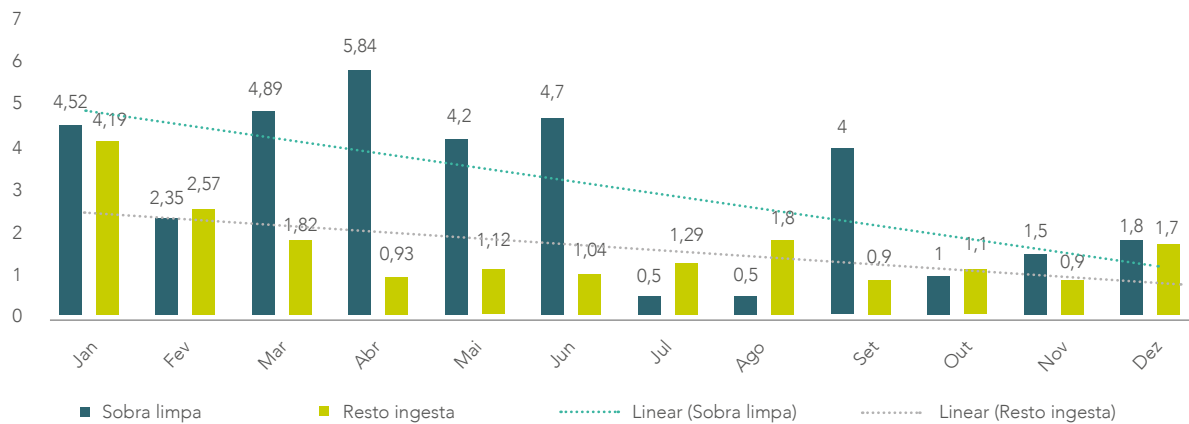
RESULTADOS OBTIDOS

Redução de 59,67% nos índices de sobra limpa e de 28,64% nos de resto ingesta. Acreditamos que os resultados podem ser ainda melhores com a continuidade das ações de treinamento e engajamento de todos os colaboradores responsáveis pelo processo. O gerenciamento do processo, as análises dos resultados obtidos, administração, planejamento e execução do fluxo de refeição foi fundamental para o sucesso da iniciativa, que tem contemplado desde a formulação do cardápio até a devolução do prato e sua higienização.

Também ressaltamos o trabalho em equipe, o recadastramento da jornada de trabalho do colaborador com seus horários de refeição devidos no CSC (Centro de Serviço Compartilhado), RH, Segurança Patrimonial e Diretoria.

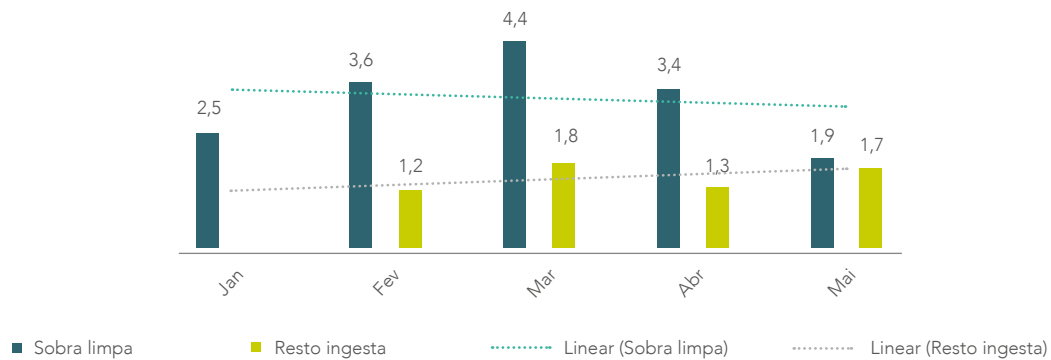
A compra de alimentos processados, contribuindo para adequação de mão de obra, redução do desperdício de alimentos, insumos de higiene e a aquisição de equipamento para higienização pesada de cubas e panelas, onde o equipamento tem eficiência operacional, resultando em utensílios desincrustados, economia de mão de obra, de insumos como produtos de limpeza e água também foram fundamentais para os resultados alcançados.

Resto ingesta e sobra limpa - 2017



Fonte: Planilha indicadores resto ingesta e sobra limpa HAF 2017

Resto ingesta e sobra limpa (%) - 2018



Fonte: Indicadores ambientais HAF 2018

CONCLUSÃO

O gerenciamento na análise, administração, planejamento e execução do fluxo de refeição, desde a formulação do cardápio até a devolução do prato e sua higienização, bem como o trabalho em equipe e treinamento, foram fundamentais para alcançarmos os resultados obtidos.

Oportunidade de redução ao desperdício significa aumentar a rentabilidade da UAN, pois os restos alimentares trazem em si uma parcela dos custos indiretos, ou seja, cada etapa da produção, como custos de matéria-prima, tempo e energia, gasto de água, da mão de obra e dos equipamentos envolvidos. Controlar o resto ingesta é uma tarefa desafiadora, pois envolve o cliente/colaborador e sua relação com as preparações, ou seja, preferência, hábitos, sabores, até mesmo interferências externas, todos estes fatores sofrem variações diárias.

A utilização de ferramentas que evidenciem estas perdas, como a mensuração das mesmas e comparações devem propiciar intervenções, que são fundamentais e imprescindíveis para redução de custo da empresa e satisfação do cliente.





ALIANDO AS BOAS PRÁTICAS ÀS REDUÇÕES DE CUSTOS DENTRO DE UMA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO: PENSAMENTO LEAN

📍 Hospital Albert Sabin (MG)

Autora: Sarah Vassali de Barros

OBJETIVO DO PROJETO

O objetivo é apresentar as possibilidades de reduções de custos que podem ser aplicadas em uma Central de Material Esterilizado através da padronização de novos fluxos, a fim de garantir o processo de trabalho com segurança e qualidade.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Em análises frequentes dos processos envolvendo os custos, foi observado com maior criteriosidade um alto e expressivo valor ao serviço terceirizado, direcionado a empresa de esterilização por Óxido de Etileno, onde um grande quantitativo de materiais semicríticos eram enviados mensalmente. Essa prática é realizada em diversas instituições, mas não necessária no que diz respeito aos materiais semicríticos, passíveis de desinfecção de alto nível, conforme RDC nº15, de 15 de março de 2012.

PRÁTICA IMPLANTADA

A Central de Material Esterilizado é responsável pela limpeza, inspeção, preparo, desinfecção/esterilização e fornecimento de todos os materiais utilizados na instituição, desde pequenos procedimentos às cirurgias de grande porte. Análises são realizadas frequentemente junto à Gestão de Custos da Instituição, considerando os custos vinculados ao processo de acordo com os custos diretos, indiretos e rateios recebidos, método adotado pelo hospital, contribuindo de forma positiva no

resultado. A fim de eliminar possíveis desperdícios e reduzir os custos desnecessários, foi observado um gasto excessivo com o envio de um quantitativo de materiais ao serviço terceirizado por óxido de etileno (ETO), processo de esterilização por baixa temperatura utilizado em materiais termossensíveis incompatíveis com o processo convencional a vapor. A partir do ponto de inquietação e o alto custo gerado mensalmente, foram estratificados os materiais encaminhados ao processo por óxido de etileno e concluímos que em 70% desses eram materiais semicríticos. Baseando nos requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, RDC nº15/2012, "Art. 12 produtos para saúde classificados como semicríticos devem ser submetidos, no mínimo, ao processo de desinfecção de alto nível, após a limpeza" fica claro quanto à prática de confiabilidade de desinfecção de alto nível para esses materiais, podendo ser aplicada na própria instituição.

Deve fazer parte do cotidiano de uma CME a busca por melhoria contínua do setor, conectado ao Pensamento Lean, "a capacidade em fazer mais com menos de forma eficiente." Após o diagnóstico do grande vilão orçamentário, ações começaram a ser realizadas e implantadas, como a filtração de todo o envio de materiais para a empresa terceirizada, o direcionamento dos materiais semicríticos para o processo interno da instituição e assim aumentando a produtividade. Uma ação simples também deve ser considerada, avaliar custo e benefício de cada produto reprocessado dentro dos passíveis de reprocessamento, em comparação ao novo.

Dessa forma, sabendo que o envio dos materiais na grande parte é desnecessário, iniciou a padronização do produto de desinfecção química e o investimento de uma Secadora de Termossensíveis, onde o custo do equipamento era ainda inferior ao valor gasto mensalmente com o serviço tercei-

rizado. A contratação de dois novos colaboradores em plantões alternados para atender a demanda no serviço a ser ofertado, a aplicabilidade de treinamentos da equipe focando o processo de desinfecção e limpeza, e a participação do laboratório de Análises Clínicas validando o processo de desinfecção, foram pontos primordiais para alcançar um resultado eficaz.

RESULTADOS OBTIDOS

O processo de limpeza e a desinfecção dos materiais semicríticos passou então a ser realizado pela equipe da Central de Material Esterilizado da Instituição, atendendo aos requisitos de processamento, preparo e selagem das emba-

lagens. Além da redução do quantitativo dos materiais enviados (Gráfico 1) apresentando o comparativo de janeiro a maio no ano de 2017 e 2018, a redução do custo foi de 60% com a empresa terceirizada (Gráfico 2) um melhor controle dos materiais foi obtido, já que extravios e danos com algumas peças e kits inalatórios era um dificultador no processo terceirizado. Por outro lado, o custo unitário apresentou uma queda em menor proporção devido aos outros fatores externos que influenciam o resultado. Além de toda dinâmica, notamos melhora no processo de retorno dos materiais para dispensação para as unidades/clientes, já que o processo terceirizado demora em torno de dois dias para retornar, resultando em uma grande redução nos valores gastos e um impacto financeiro positivo mensalmente.

Gráfico 1 | Quantitativo de materiais enviados (ETO)

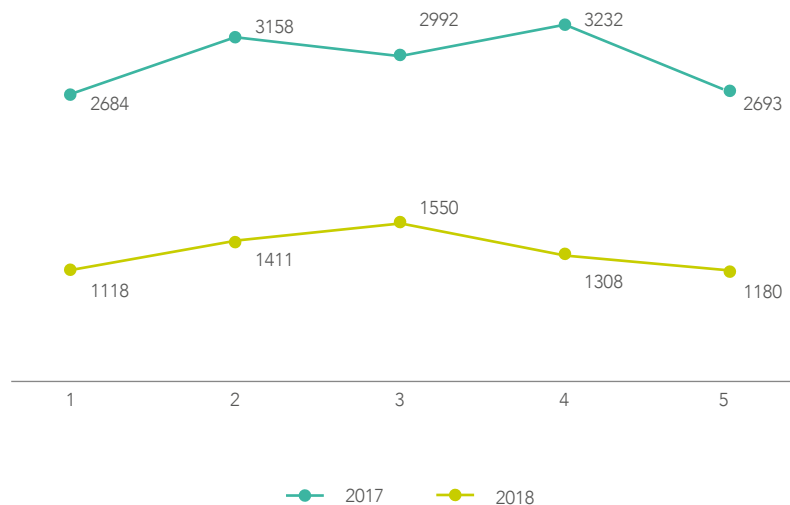
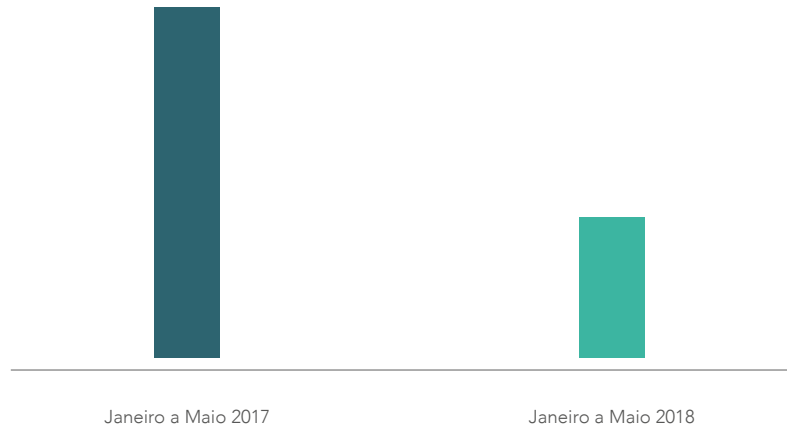


Gráfico 2 | Redução de 60% do custo (R\$) com a empresa terceirizada durante o mesmo período



CONCLUSÃO

Nos tempos atuais, a sustentabilidade e o conhecimento/domínio do gestor são imprescindíveis para que as instituições se mantenham em pleno equilíbrio. Com os avanços de novas tecnologias e novos insumos sendo lançadas no mercado, a Central de Material Esterilizado precisa analisar frequentemente o que melhor se aplica as boas práticas da unidade. A interação

à Gestão de Custos e a Gestão de processos é primordial para nortear importantes pontos de melhorias. A expressiva redução de custos aqui apresentado com o serviço externo terceirizado foi apenas o primeiro passo de muitos que estão por vir. Contudo, é de suma importância realizar o mapeamento do setor, rever os fluxos existentes, os fluxos ideais e os fluxos que podem ser adaptados dentro da realidade de cada serviço, para evitar desperdícios e focar na qualidade e satisfação de nossos clientes.



IMPLANTAÇÃO DE PRÁTICAS DE GESTÃO PARA CONTROLE DE BENS PATRIMONIAIS VISANDO A EFICIÊNCIA OPERACIONAL EM INSTITUIÇÃO PRIVADA DE SAÚDE

📍 Hospital Santa Marta de Brasília

Autores: Tiago Azevedo Moura, Márcia Luísa Pereira Mundim e Nair Leonarda de Souza

OBJETIVO DO PROJETO

Estabelecer práticas de controle de gestão patrimonial de forma que os usuários possam fazer o reconhecimento dos ativos, a determinação dos valores contábeis e os valores de depreciação e perdas por desvalorização a serem reconhecidas em relação aos mesmos.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

No Hospital Santa Marta, os bens patrimoniais são tombados, identificados com plaquetas de acordo com o centro de custo. No entanto, estes ativos imobilizados são movimentados principalmente entre as áreas assistenciais, na qual se identificava o maior número de ocorrências relacionadas à movimentação indevida. Os dados dos ativos no sistema divergiam do levantamento físico, dada a dificuldade em localização do bem e retrabalho na busca das informações, pelo fato de existir vários equipamentos ou instrumentais de mesmo padrão com características próprias adquiridas durante o uso em determinado setor.

PRÁTICA IMPLANTADA

Com a implantação da ferramenta informatizada Módulo de Controle Patrimonial - Sistema Tasy, no Hospital Santa Marta durante o ano de 2017,

verificou-se a necessidade de reorganização dos bens patrimoniais, conforme sua classificação contábil e sua finalidade, com ajuste na depreciação e implantação do CPC27 (Comitê de Pronunciamentos Contábeis) lei nº 11.638/2007.

O processo de reorganização foi realizado em todas as áreas do hospital, com impacto maior nas áreas assistenciais, e contou com as seguintes etapas:

- a) Tombamento - Aquisição de novas plaquetas que possibilitam a identificação do bem por sistema de código de barras, leitura do código por *Palm*;
- b) Vistoria – Todos os bens foram vistoriados e realizados os registros fotográficos. Os que não possuíam identificação patrimonial receberam a nova plaqueta e foram realocados no devido centro de custo do setor;
- c) Informações dos bens - A equipe de patrimônio realizou ronda em cada centro de custo identificando os bens patrimoniais, levantando as informações de fabricação do bem (nota fiscal, nº de série, fabricante, modelo, marca, fornecedor e etc.), fazendo o controle da manutenção, o estado de conservação por inspeção física e testes de funcionalidade com apoio da engenharia clínica na identificação de informações dos equipamentos médico-hospitalares;
- d) Registro fotográfico – Durante o levantamento das informações dos bens foram realizados os registros fotográficos. Foi estabelecido um padrão visual para a fotografia de forma a agregar as informações necessárias que possibilitassem a rastreabilidade dos ativos imobilizados.

e) Mercado – Foi levantado o valor de venda dos bens vistoriados, considerando informações de mercado obtidas em sites e lojas especializadas. Muitos equipamentos na instituição, embora ainda estejam em vida útil, por não manter uma boa prática de gestão patrimonial se faz necessário atualizar os valores de venda para se buscar uma taxa de depreciação que deve ser apropriada de forma sistemática ao longo da sua vida útil estimada.

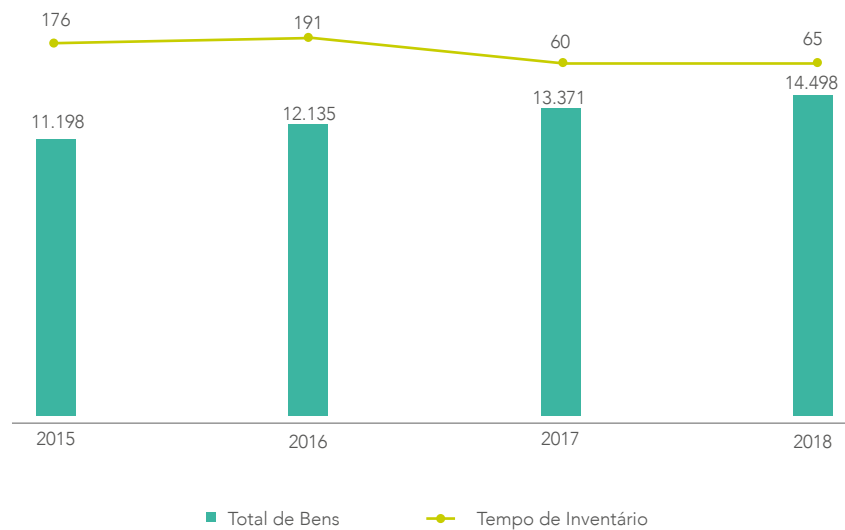
Para a alimentação do módulo de controle patrimonial, contamos com o apoio da equipe de tecnologia de informação (equipe de sistemas) por um período de 16 meses, equipe de contabilidade para validação dos valores na conta de ativo imobilizado e equipe do patrimônio composta por apenas três colaboradores, sendo dois operacionais e um supervisor. Uma prática já adotada na instituição para fortale-

cimento da comunicação interna, é a disponibilização de informações via rede. Os gestores foram comunicados sobre o cronograma de desenvolvimento do projeto por e-mail, divulgando a disponibilidade do cronograma para acompanhamento do projeto junto à equipe de patrimônio.

RESULTADOS OBTIDOS

Podemos observar conforme apresentado na figura 1, que após a implantação das práticas de gestão de controle patrimonial (registro fotográfico, identificação do bem por código de barras e leitura das informações via *Palm*) durante o ano de 2017, reduzimos de forma expressiva o tempo em dias de execução do inventário, uma redução extremamente significativa de 193%.

Figura 1 | Tempo de Execução do Inventário x Volume de Bens



Fonte: Relatório Sistema Tasy, 2018 – Módulo controle de Gestão Patrimonial

O registro fotográfico estabelecido conforme apresentado na Figura 2, auxilia na busca do bem extraviado. A equipe do patrimônio ao realizar o inventário ou a ronda patrimonial, identifica que o bem não se encontra no devido centro de custo e,

para agilizar a localização do bem extraviado, envia um comunicado aos gestores envolvidos, anexando o registro fotográfico. Essa ação antecipa a identificação do bem, reduzindo o tempo de busca conforme apresentado no gráfico da Figura 1.

Figura 2 | Exemplo de um registro fotográfico dos bens – Book Hospital Santa Marta



Etiqueta
Código de Barra

Nº Série
Equipamento

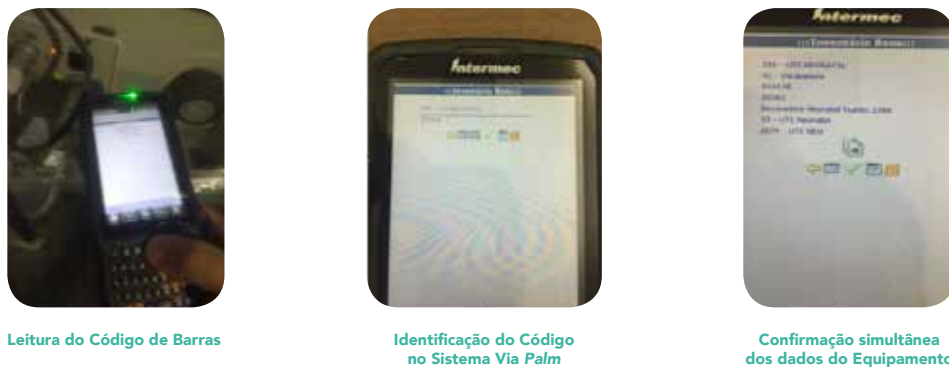
Identificação do Equipamento por N° Patrimônio

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

Todas as informações levantadas dos ativos imobilizados foram inseridas no Módulo de Controle Patrimonial - Sistema Tasy. Com a identificação do bem via *Palm*, otimizou-se o tempo de processamento das informações. Antes a equipe fazia o levantamento via relatório manual e transcrevia as informações no

sistema. Com a leitura do código de barra via *Palm* as informações são apresentadas de forma simultânea onde são imediatamente conferidas, evitando retrabalho e desperdício de tempo. Logo abaixo, conforme Figura 3, é apresentada a leitura por código de barra com auxílio do sistema implantado no *Palm*.

Figura 3 | Exemplo de identificação de equipamentos por leitura de código de barra



Leitura do Código de Barras

Identificação do Código
no Sistema Via *Palm*

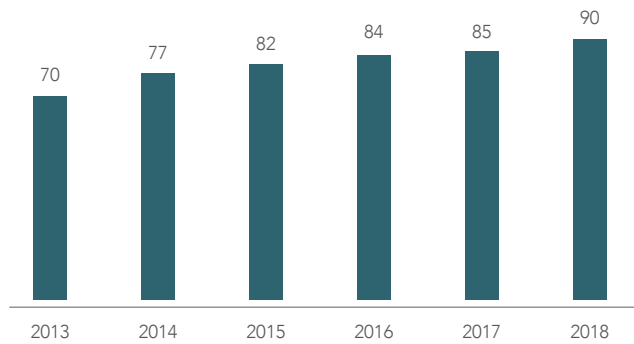
Confirmação simultânea
dos dados do Equipamento

Fonte: UTI Neonatal – Hospital Santa Marta, 2018

Outro resultado importante que demonstra os benefícios das práticas implantadas é a taxa de satisfação intersetorial, onde todos os setores do hospital que possuem interface com o setor de patrimônio, avaliam a qualidade do serviço prestado. Conforme a Figura 4, podemos observar que esta avaliação teve um pequeno acréscimo no ano que finalizou a implantação

em 2017, sendo mais efetivo o resultado no ano de 2018. As justificativas apresentadas são de que existe menos intervenção nos setores, demandando menos tempo do gestor para acompanhamento nas rondas, maior agilidade do setor de patrimônio para a execução de outras atividades e maior resolutividade na localização dos bens movimentados.

Figura 4 | Taxa de Avaliação Intersectorial



Fonte: Sistema de Gestão Estratégica –EPA, 2018



CONCLUSÃO

De acordo com o objetivo proposto, este projeto possibilitou concluir que as práticas de gestão adotadas como registro fotográfico, identificação do equipamento por leitura de código de barras e atualização dos dados contábeis dos ativos, contribuiu de forma efetiva para a eficiência operacional da gestão patrimonial. Reduzindo de forma muito expressiva o tempo de execução do inventário, além de proporcionar outros benefícios como a redução do retrabalho, otimização da mão de obra e do tempo de execução inventário, fortaleceu e conscientizou todos os colaboradores sobre a política de gestão patrimonial. Também possibilitou uma maior atuação dos colaboradores do setor de patrimônio em outras atividades, como por exem-

plo, maior efetividade na ronda patrimonial, gerou aumento da taxa de satisfação do cliente interno (intersetorial) e adequação contábil em função da implantação do CPC27 (Comitê de Pronunciamentos Contábeis) lei nº 11.638/2007, em que foi aplicada a depreciação correta, reduzindo impostos e aumentando a vida útil do bem.

Como desafio para maximizar a eficiência operacional a gestão patrimonial, o projeto tem como continuidade a implantação do sistema RFID (*radio frequency identification* – identificação por radiofrequência) que possibilitará a mesma tarefa com mais eficiência, menos tempo e maior precisão. A cada avanço na gestão do controle patrimonial a instituição percebe o ganho direto no seu balanço patrimonial e o fortalecimento da política onde todos cooperam na conservação e manutenção dos ativos imobilizados.





AValiação de Sobras de Alimentos no Refeitório de Colaboradores

Hospital Sírio-Libanês

Autores: Vivian Cristina de Menezes Augustini, Camila Dias Barbosa, Katley Scarparo Morini Ferreira, Andreza Oliveira Barbosa e Matheus Kecek André

OBJETIVO DO PROJETO

Avaliar a adequação das quantidades produzidas em relação às necessidades de consumo em um refeitório de colaboradores de um hospital privado na cidade de São Paulo, assim como implantar medidas de racionalização, redução de desperdícios e otimização da produtividade.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Necessidade de implantação de um controle de produção, devido ao desconhecimento da quantidade de sobras de três refeições (almoço, jantar e ceia) em um refeitório de colaboradores de um hospital privado na cidade de São Paulo.

PRÁTICA IMPLANTADA

A estratégia envolvida na adequação das quantidades preparadas em relação às necessidades de consumo iniciou-se a partir de reunião entre a liderança do Serviço de Alimentação, empresa parceira, com os nutricionistas e técnicos em nutrição de produção.

O passo seguinte caracterizou-se pela sensibilização de toda equipe envolvida no processo (equipe da cozinha, cozinheiro líder, cozinheiros, ajudantes de cozinha, atendentes do refeitório e auxiliares de serviços gerais), assim como pela criação de um indicador institucional. O indicador taxa de sobra limpa na produção de refeições de colaboradores tem a finalidade de avaliar o volume de alimentos produzidos para os colabo-

radores e não distribuídos (sobras).

O conhecimento sobre a quantidade de alimentos produzidos se fez por meio de um peso médio, obtido após a pesagem de três recipientes de cada preparação, descontando o valor do recipiente vazio. No que se refere ao cálculo da sobra, foram realizadas três pesagens separadas: dos alimentos produzidos que não foram distribuídos (sobra limpa); da quantidade que alimentos nos recipientes durante as trocas para abastecimento dos balcões; e das quantidades que ficavam no balcão após o término do horário da refeição (sobra suja).

Com os dados coletados alimentava-se uma planilha, através da qual obteve-se os resultados de sobra total do dia, indicando uma quantidade de sobra excessiva. Fez-se necessário então, definir uma meta para este estudo. Realizou-se um levantamento bibliográfico e entendemos que não há um consenso sobre o percentual ideal de sobra. Definiu-se então, que 10% seria uma taxa aceitável, frente aos resultados obtidos preliminarmente e um percentual a ser desafiado à medida que o dado esteja sendo avaliado.

A mensuração iniciou em maio de 2017, com valores acima de 13%. Durante os meses seguintes foram feitos acompanhamentos diários da pesagem e reuniões quinzenais de equipe para analisar os resultados obtidos e identificar oportunidades de melhoria, visto que a meta não estava sendo atingida. Análises críticas eram realizadas e descritas ações planejadas e executadas.

Durante as reuniões, eram discutidos itens como a diminuição do recipiente utilizado para servir, ajustes na quantidade de ingredientes liberados para a produção e padrões a serem utilizados quando a cuba necessita ser trocada. Este último, com intuito de desprezar a menor quantidade possível, sem influenciar na apresentação das preparações e na segurança do alimento. Também foi sugerido que os dados da planilha fossem mensurados separa-

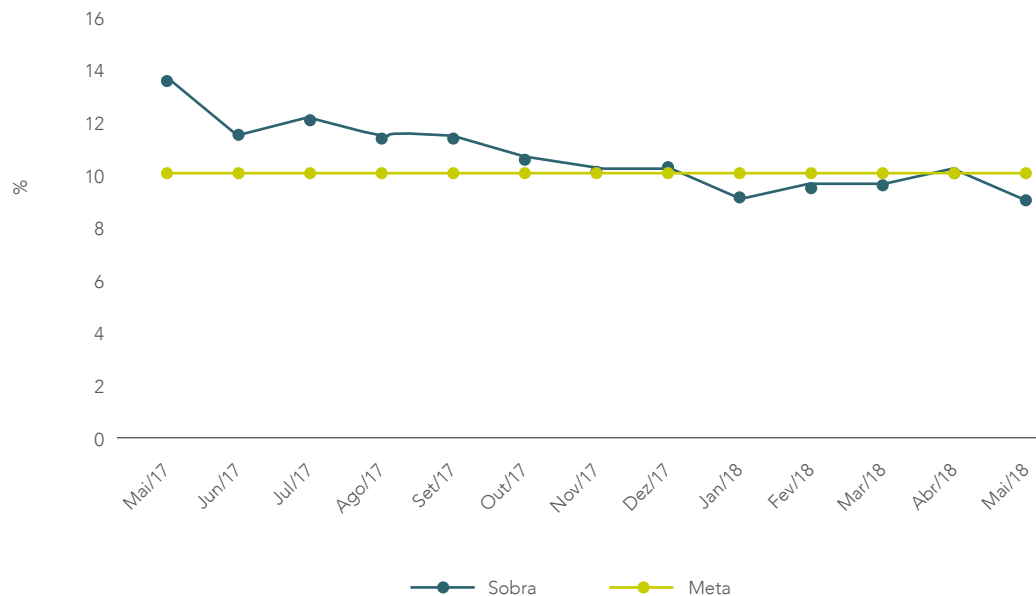
damente por refeição, a fim de identificar em qual delas seria necessário um acompanhamento maior. O acompanhamento foi intensificado e as produções passaram a ser baseadas em histórico. A meta passou a ser atingida a partir do nono mês do início da mensuração dos dados, sendo o menor índice de 9,04%. Cada item discutido em reunião quinzenal com participação da equipe era repassado para os colaboradores e acompanhado pela equipe

técnica, com o objetivo de manter e/ou melhorar os resultados.

RESULTADOS OBTIDOS

Desde o início do acompanhamento foram reduzidos, em média, 3% na taxa de sobras.

Gráfico 1 | Sobras de alimentos na produção de refeições para colaboradores da SBS - Hospital Sírio-Libanês (HSL), São Paulo, maio 2017 a maio de 2018



Fonte: Serviço de Alimentação HSL

O acompanhamento da sobra permitiu uma otimização de processos de produção e distribuição, que contribuiu para a diminuição do desperdício dentro da cozinha.

Através da mesma planilha iniciou-se em paralelo um acompanhamento das sobras limpa e suja, separadamente. Identificou-se uma necessidade de controlar ainda mais as trocas de cubas durante a distribuição, já que a sobra suja é a que mais impacta no resultado do indicador.

Observou-se também diferenças significativas de sobra entre almoço, jantar e ceia, assim como aos finais de semana e feriados.

Faz-se necessário então, a sensibilização dos colaboradores que fazem suas refeições no refeitório, já que durante a distribuição os comensais são peças-chaves para este processo. Para tanto está sendo desenvolvida uma campanha institucional de combate ao desperdício.

RESULTADOS OBTIDOS

Atualmente os resultados estão dentro da meta pré-estabelecida de 10%, mesmo tendo iniciado com valores bem acima do esperado.

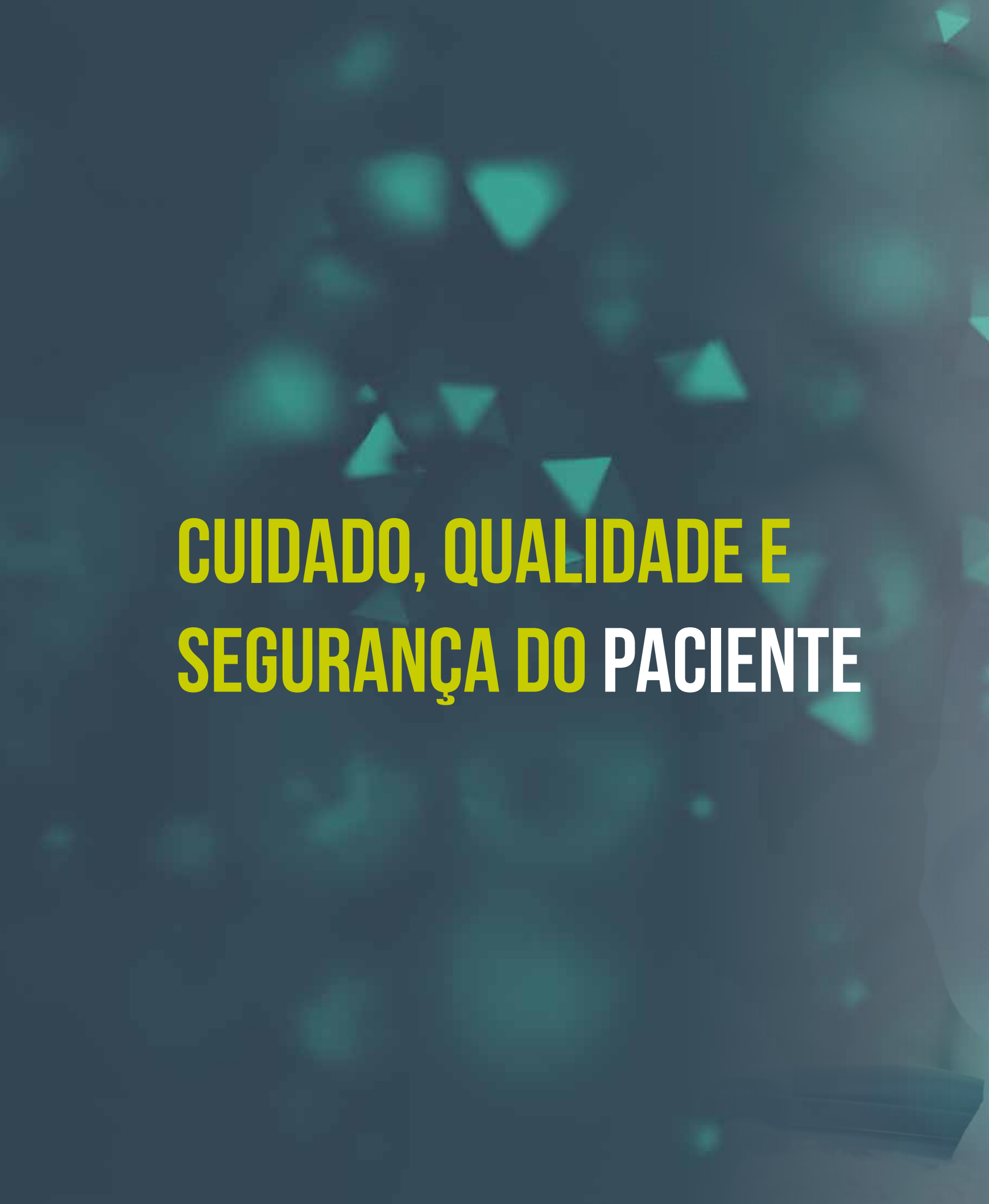
A implantação da produção fracionada foi um grande desafio, visto que os cozinheiros não tinham discernimento com relação às sobras durante o processo produtivo.

O término dos horários de refeição também foi

identificado como um ponto crítico, já que a quantidade de clientes neste horário é bastante incerta, sendo necessário um cuidado maior com a produção em conjunto com o controle de validade das preparações.

Foi possível sensibilizar a equipe de maneira que os próprios colaboradores se preocupam em tomar atitudes que auxiliam no controle deste indicador e, acima de tudo, no controle do desperdício.





**CUIDADO, QUALIDADE E
SEGURANÇA DO PACIENTE**





A INFLUÊNCIA DO PLANO TERAPÊUTICO NO FLUXO DO PACIENTE E OS BENEFÍCIOS NA OTIMIZAÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES

Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos

Autora: Carolina Kitade Velloso

OBJETIVO DO PROJETO

Demonstrar a implantação do Plano Terapêutico e os benefícios trazidos no fluxo do paciente e na otimização dos leitos hospitalares.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

O Plano Terapêutico não estava estruturado no hospital, onde havia uma falta de priorização dos processos de alta hospitalar, protelando a desocupação do leito e elevando o tempo para novas admissões.

Com a ausência da previsão de alta hospitalar, não havia uma programação assertiva das equipes multidisciplinares, o que gerava um impacto assistencial e tomada de decisão errônea em função da falta de informação.

Com isso, o Gerenciamento de Leitos enfrentava dificuldades na logística de internação dos novos pacientes, com concentração de admissões de pacientes nos primeiros horários da manhã e ausência de leitos disponíveis no mesmo horário.

PRÁTICA IMPLANTADA

Em fevereiro de 2017, após algumas tentativas, foi implantado o Plano Terapêutico nos pacientes de algumas especialidades médicas cirúrgicas (Cirurgia Cardíaca, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Gastroenterologia e Urologia), onde foi possível estruturar melhor os processos e deixá-los mais organizados.

No momento da admissão do paciente, a equipe médica é quem inicia o Plano Terapêutico, e em conjunto com as equipes multidisciplinares, paciente e família, as ações, cuidados e tratamento são planejados, organizados e implementados. Com isso, além de atingir a excelência assistencial, foi possível alcançar ótimos resultados na otimização dos leitos.

Com o Plano Terapêutico algumas ações foram melhor estruturadas, como:

- 1) Anamnese do paciente pela equipe médica e levantamento de informações como motivo da internação e tratamento em curso, inclusão em protocolo de abordagem terapêutica, presença de comorbidades, tratamento proposto com meta terapêutica e previsão da alta hospitalar;
- 2) Identificação dos riscos, com alinhamento do plano de cuidados pela equipe da enfermagem;
- 3) Avaliação, suporte e seguimento nutricional por risco pela equipe de nutrição;
- 4) Avaliação, suporte e seguimento farmacológico pela equipe de farmácia;
- 5) Avaliação e suporte das equipes de fisioterapia, psicologia, serviço social e fonoaudiologia quando necessário;
- 6) Inserção do paciente e familiar no Plano Terapêutico pela equipe multidisciplinar;
- 7) Como a informação da previsão de alta, as orientações para a alta hospitalar passaram a ser realizadas durante a internação do paciente, e não somente no momento da alta;

- 8) No dia anterior à alta hospitalar, a Enfermagem passou a comunicar a previsão de alta para as equipes poderem se preparar, como Gerenciamento de Leitos (para o planejamento administrativo da saída dos pacientes) e a Nutrição (que estruturou a equipe para poder atender de forma prioritária os pacientes com previsão de alta);
- 9) No dia da alta, os pacientes passaram a receber todos os cuidados de maneira prioritária, como a visita médica, o desjejum e os cuidados de enfermagem. O Faturamento e o Financeiro foram reestruturados para que o acerto das despesas hospitalares não tivesse impacto na saída do paciente (cobrança através de boleto bancário no pós-alta);
- 10) Reestruturação do horário dos enfermeiros plenos e clínicos para acompanhamento das primeiras altas do dia.

pes assistenciais, assertividade das altas e os resultados de saída do paciente e fluxo de alta hospitalar.

No início, a adesão das equipes assistenciais foi um desafio, e na medida em que ampliava-se o projeto, uma atenção maior era necessária para garantir que o Plano Terapêutico tivesse de fato um entendimento sobre o seu valor e propósito pelas equipes.

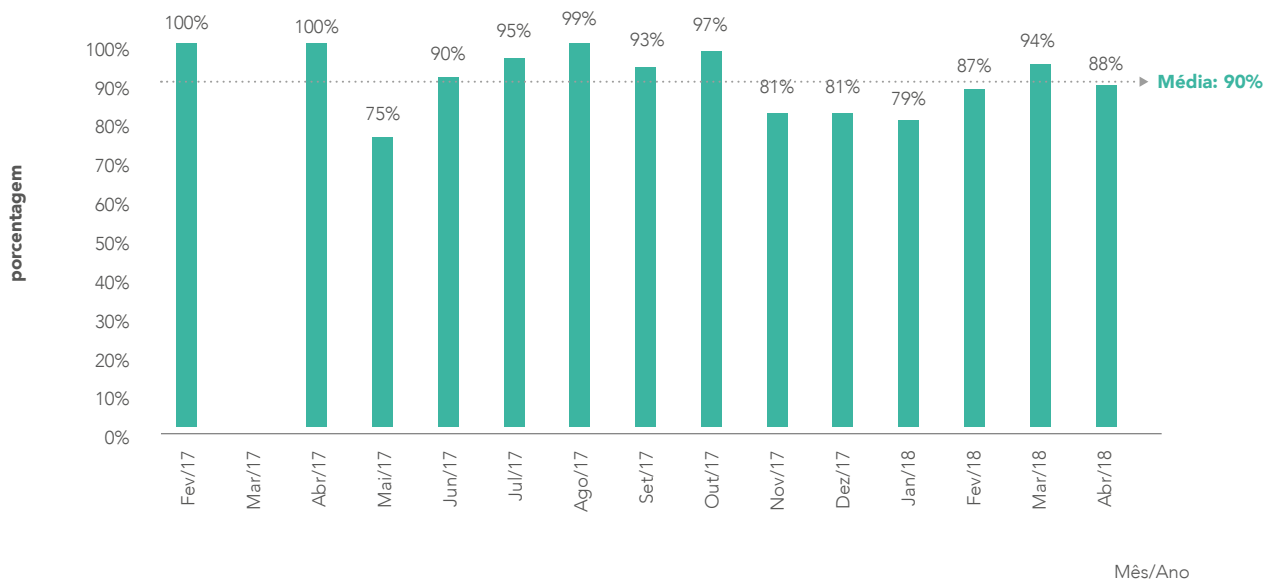
A previsão de alta, que é um indicador monitorado quanto à sua assertividade, trata-se de uma informação inserida pelo médico em prontuário no momento da internação, e que apresentou bons resultados, com uma média de 78% de acerto. A falha na assertividade, na maioria dos casos (cerca de 80%) foi decorrente de eventos clínicos não esperados durante a internação, e 20% foi devido a erros na inserção da informação da previsão de alta.

Com estes resultados, foi possível observar um ganho na otimização dos processos de alta dos pacientes, e com isso o indicador de *check-out* passou a se mostrar mais eficiente em 2018, com uma redução do tempo de 45% entre a prescrição médica da alta à saída do paciente quando comparado a 2014 - início dos trabalhos de otimização dos leitos no hospital.

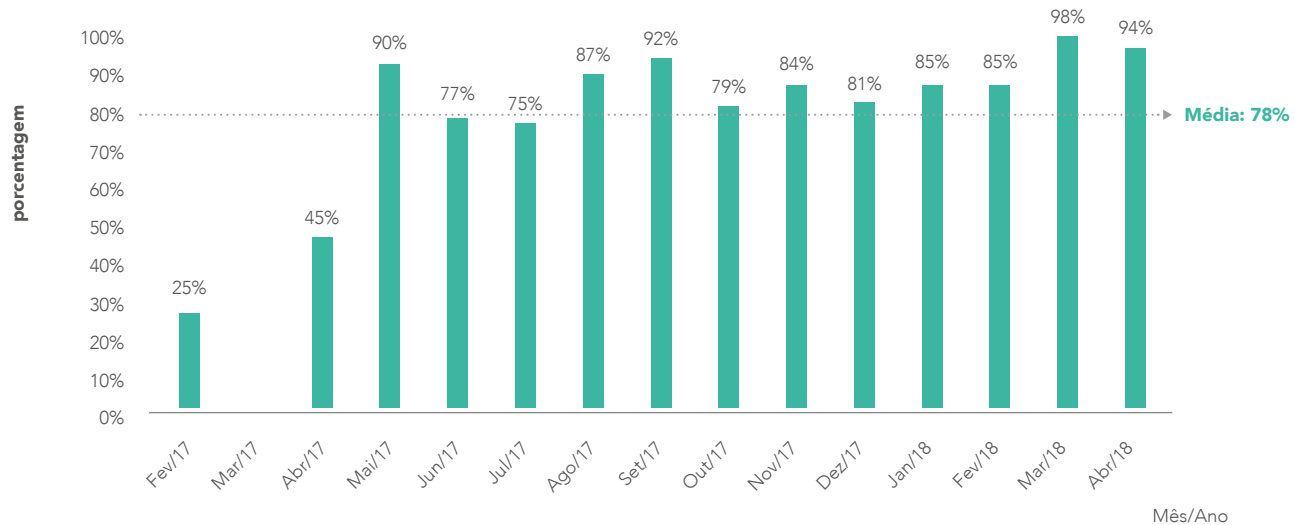
RESULTADOS OBTIDOS

Feita a implantação do Plano Terapêutico, foi realizada uma análise da adesão das equi-

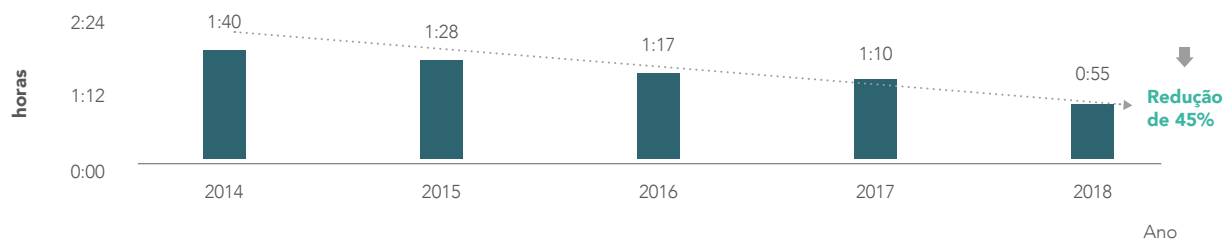
Taxa de adesão ao Plano Terapêutico



Taxa de assertividade das altas



Tempo de check-out



CONCLUSÃO

Para trabalhar o fluxo do paciente de maneira eficiente é fundamental a implantação do Plano Terapêutico, garantindo que as equipes trabalhem em torno de um objetivo único e com práticas individualizadas.

Pelo fato do Plano Terapêutico ser iniciado na internação, todas as equipes envolvidas no cuidado têm ciência da meta terapêutica e da previsão de alta hospitalar, conseguindo um planejamento

antecipado de todas as atividades que deverão ser desempenhadas com o paciente internado, garantindo uma maior assertividade e agilidade na saída do paciente.

Assim, para o Gerenciamento de Leitos foi essencial a implantação do Plano Terapêutico no hospital, pois além de outros ganhos, houve uma contribuição significativa na otimização dos leitos hospitalares devido às melhores práticas assistenciais, levando o hospital a atender um número maior de pacientes sem a necessidade de aumento de recursos, trabalhando exclusivamente a otimização dos processos.



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

📍 Hospital das Nações

Autores: Dayanne Domaski da Paixão, Mayara Eloize Ferreira e Tania Cristina da Silva Moscaleski

OBJETIVO DO PROJETO

Prestar assistência de qualidade, garantindo o bem-estar e a segurança do paciente, evitando que a internação seja prolongada por uma lesão evitável, reduzindo assim os gastos com internação prolongada e o uso de curativos especiais de alto custo para tratamento.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

As lesões por pressão constituem um importante problema de saúde pública, sendo o tratamento e o manejo das complicações delas decorrentes associados à elevação dos custos dos serviços de saúde. Durante a hospitalização, as ações de prevenção de ocorrência de lesões por pressão, nos pacientes de risco, estão diretamente relacionadas aos conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde, constituindo-se em um dos indicadores de qualidade da assistência prestada. A Comissão de Curativos do Hospital das Nações focava no tratamento das lesões e, para minimizar custos com internações prolongadas e uso de curativos especiais, deve-se desenvolver ações de prevenção de lesões.

PRÁTICA IMPLANTADA

Foi executada a reestruturação da Comissão de Curativos, realizada a partir da necessidade de implantar ações de prevenção de lesão de pele. A

comissão teve início em 2005, elaborada e constituída por um grupo de enfermeiros dedicados aos cuidados com a pele dos pacientes internados. Desde então realiza ações de tratamento e prevenção, porém com maior ênfase no tratamento das lesões de pele. Houve a necessidade de trabalhar com prevenção para desenvolver e capacitar equipe assistencial quanto à importância do cuidado com a pele do paciente antes de desenvolver uma lesão. Observar o paciente como um todo durante o período de internação, principalmente identificando os riscos antes das falhas acontecerem. Estas necessidades foram o impulso necessário para a reformulação e criação da Comissão de Prevenção de Lesão de Pele, em 2013. Em janeiro de 2016 foram iniciados os novos indicadores: total de pacientes admitidos com lesão de pele; pacientes que apresentaram DAI (Dermatite Associada à Incontinência); e novas lesões causadas por dispositivos médicos. Percebeu-se redução nos casos de novas lesões de pele na instituição. Os novos indicadores abriram várias oportunidades de prevenção de lesão de pele, uma vez que estratificou todas as lesões e cada uma deve ser prevenida de uma forma diferente.

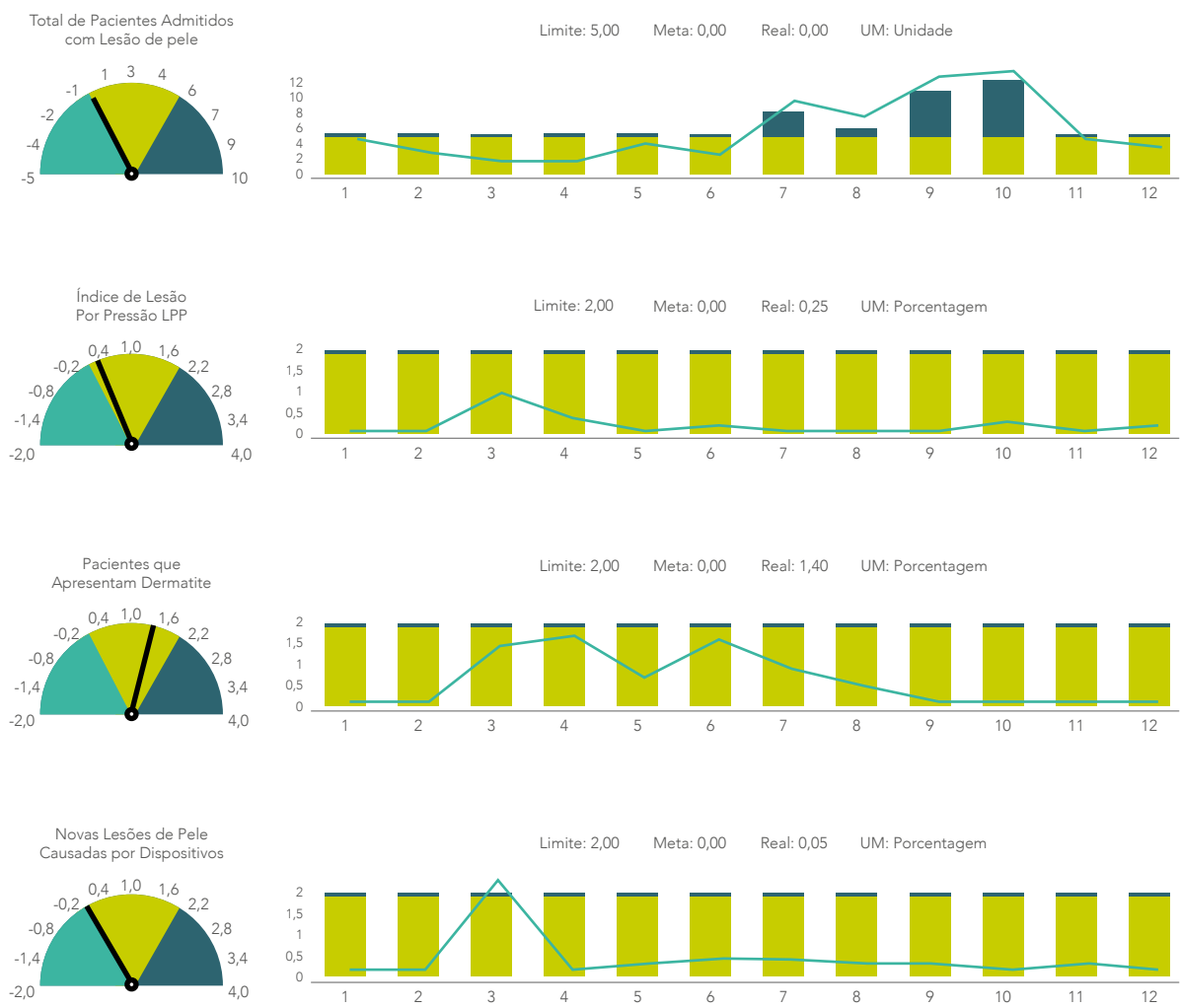
RESULTADOS OBTIDOS

A comissão atualmente desenvolve atividades de prevenção nas quatro plataformas de prevenção, o que é um diferencial, não focando apenas na prevenção de lesão por pressão e manutenção da integridade da pele, mas atuando também na prevenção de lesão por dispositivos médicos e DAI. Além disso, gerencia os pacientes admitidos com lesões de pele vindas da comunidade ou de outras

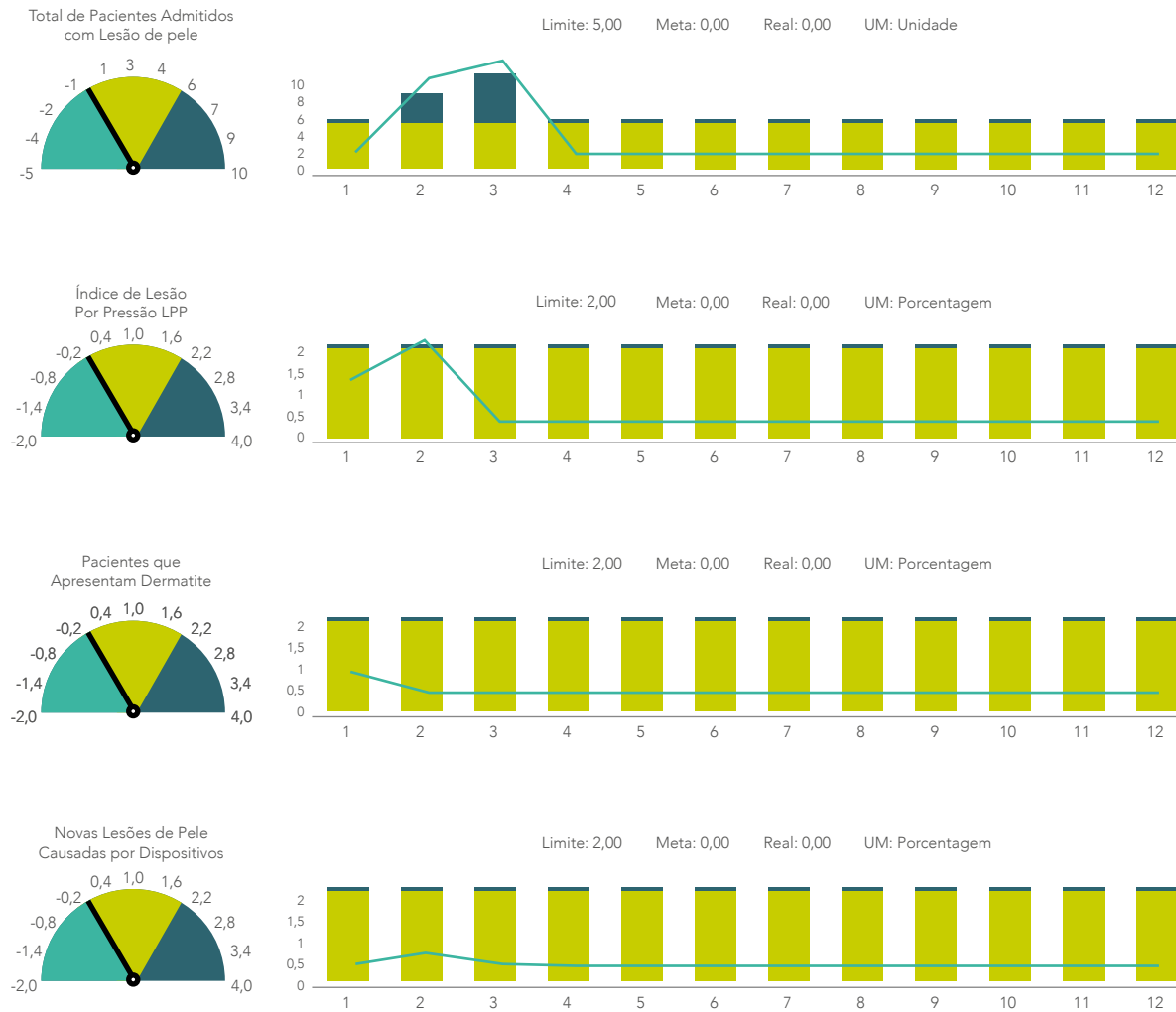
instituições, com o intuito de elaboração de projeto para trabalhar com orientações e desenvolvimento da comunidade e profissionais de lares e casas de repouso, abertura para outras instituições com o objetivo de ser multiplicador de boas práticas baseadas em evidências, projeto para 2018.

Após a implantação da Comissão de Prevenção de Lesão de Pele e do protocolo de prevenção de lesão de pele, evidenciamos através de indicadores assistenciais a diminuição dos casos de lesões de pele na instituição conforme gráficos a seguir:

Indicadores de Lesão de Pele de janeiro a dezembro de 2016



Indicadores de Lesão de Pele de janeiro a dezembro de 2017



Os gastos destinados ao tratamento de pacientes portadores de lesão por pressão são altos, exigindo dos profissionais de saúde o conhecimento e a aplicação de fundamentos econômicos para subsidiar a eficiência alocativa de recursos humanos, materiais, estruturais e financeiros. Com as ações de prevenção houve uma diminuição do desenvolvimento de novas lesões, conseqüentemente redução de tempo de internação para o tratamento e redução de custos com curativos especiais.

CONCLUSÃO

Frente ao aumento da demanda, altos custos assistenciais e recursos escassos, as organizações de saúde precisam se tornar eficientes, aumentando a sua produtividade e minimizando os gastos, estudando seus processos assistenciais e gerenciais, a fim de alinhar recursos e ações, promovendo o equilíbrio financeiro e maior acessibilidade, sem prejuízos à qualidade dos cuidados prestados. A reformulação da Comissão de Curativos para Comissão de Prevenção de Lesão de Pele nos trouxe uma diminuição dos índices de lesão e conseqüentemente redução do tempo de internamento e uso de curativos especiais de alto custo.



REDUÇÃO DO TEMPO PORTA-BALÃO NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: IDENTIFICANDO E ELIMINANDO DESPÉRDÍCIOS COM FERRAMENTAS DO LEAN

📍 Hospital Aliança

Autores: Eduardo Novaes de Carvalho, Simone M. Machado Furquim White e Gilson Soares Feitosa

OBJETIVO DO PROJETO

Redução do tempo porta-balão no atendimento ao Infarto Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST (IAMCST), no Setor de Emergência do Hospital Aliança, utilizando ferramentas de gestão Lean em Protocolo Gerenciado.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

O tempo porta-balão é definido como o intervalo de tempo médio entre a entrada do paciente na emergência, com dor torácica, até o início da abertura da artéria ocluída. A literatura associa positivamente a redução do tempo porta-balão à morbimortalidade cardiovascular. Apesar da instituição dispor de excelentes profissionais e alta tecnologia, existia grande variação dos resultados. O tempo médio era de 125 minutos, acima, portanto, da meta de 90 minutos preconizada pela *American Heart Association*. Logo, tornou-se fundamental implantar um protocolo com foco na redução de desperdícios, no atendimento aos pacientes com IAMCST.

PRÁTICA IMPLANTADA

A mudança se iniciou pela prática da gestão, organizada na forma de time multiprofissional, conhecido na instituição como Time de Cardiologia, capacitação na metodologia Lean e utilização da ferramenta conhecida como A3. A

técnica A3 utiliza uma folha de 29,7cm por 42 cm onde consta o projeto de melhoria e fluxo de valor.

O mapeamento do estado atual foi a primeira etapa de construção do A3, seguida de análise dos problemas com consequente elaboração de contramedidas.

As “Caminhadas ao Gemba”, atividade que corresponde ao percurso físico realizado ao longo de toda cadeia de operações, com o objetivo de observar os pontos críticos, foram fundamentais na execução do projeto.

O Time de Cardiologia identificou alguns problemas que poderiam causar atraso em cada uma das etapas da jornada do paciente infartado e estabeleceu contramedidas para solucioná-los.

Percebemos também no início da execução do projeto problemas de comunicação e no fluxo de informações. Não havia, por exemplo, padronização na forma de identificar e atender o paciente com dor torácica com vistas à realização imediata do eletrocardiograma (ECG).

Objetivando a resolução dos problemas mencionados acima (contramedidas), criamos um sistema de identificação precoce da dor torácica (Código 99), ativado assim que o paciente chega na recepção do hospital. Neste momento é acionada toda equipe assistencial, realizada triagem imediata e ECG, pela enfermagem, seguida da avaliação médica. Para isso redirecionamos o sistema de som já existente na unidade.

Na realização do ECG identificamos problemas, tais como: espaço físico inadequado, indisponibilidade do aparelho - gerando desperdício de fluxo e movimentação - e dificuldade de avaliação do traçado do ECG pelo plantonista.

A reestruturação de sala próxima à triagem, equipada com aparelho de ECG digital, para alocação do paciente com dor torácica, foi a

contramedida adotada para resolução dos problemas estruturais citados. Esse tipo de aparelho permite a transmissão do exame eletrocardiográfico para a UTI cardíaca, onde um cardiologista pode auxiliar na análise do traçado. Vale ressaltar que o aparelho digital, cujo custo assemelha-se ao do ECG convencional, correspondeu ao único investimento financeiro durante a execução do Projeto.

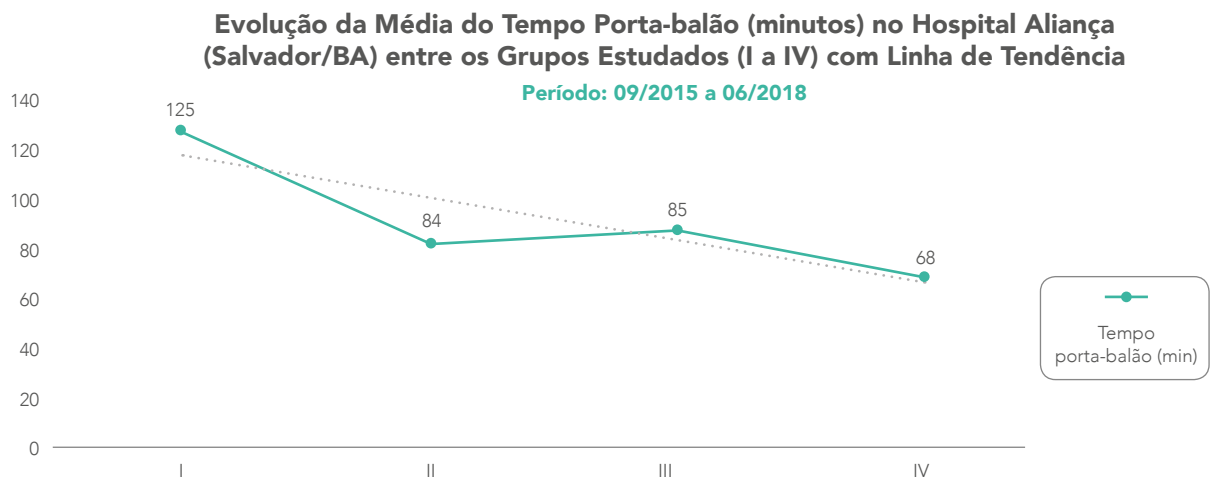
A etapa seguinte, após a realização do ECG, compreende a confirmação do IAMCST. Neste caso, faz-se necessário um rápido preparo para terapia de reperfusão, preferencialmente a angioplastia. Esta etapa, chamada de "terapia inicial", alvo de frequentes atualizações, necessita de ajustes para idade e peso. Também possui contraindicações muito específicas. Desperdícios, tais como retrabalhos, ficaram evidentes durante esta etapa.

A título de contramedidas, duas inovações foram incorporadas ao projeto: o chamado Kit IAM, item no qual materiais e medicamentos necessários para o preparo do paciente ficam pré-organizados e prontamente disponíveis em uma única ação; e a Tecla IAM, recurso instalado no prontuário eletrônico, que disponibiliza um ícone para inclusão do paciente no protocolo. O acionamento da Tecla permite a seguinte sequência: verificação da disponibilidade da sala de hemodinâmica, solicitação imediata de exames, planejamento dos procedimentos e acionamento de anestesistas e hemodinamicistas. Este recurso garante a prescrição padronizada, de forma extremamente prática, e a conclusão do processo em apenas três minutos.

RESULTADOS OBTIDOS

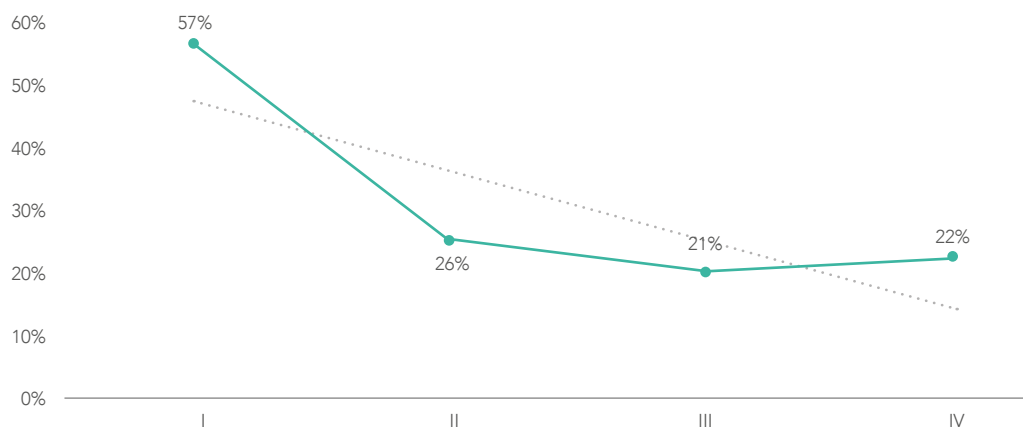
Para análise dos resultados foram considerados dois períodos distintos: períodos pré e pós implantação do protocolo. Os pacientes foram distribuídos em quatro grupos de 10 (I, II, III e IV). O período de pré-implantação foi de setembro/2015 a maio/2016. Os pacientes do grupo I (n=10) foram considerados como *baseline* para avaliação da efetividade do protocolo, cujo desfecho desejado foi a redução do tempo porta-balão. Os grupos subsequentes (II a IV) corresponderam ao período pós-implantação (n=30), de junho/2016 a junho/2018.

Quarenta e quatro pacientes com IAMCST realizaram angioplastia primária (quatro pacientes excluídos por apresentarem atipias que dificultaram a mensuração do desfecho). O Gráfico 1 ilustra a evolução do tempo médio porta-balão antes (grupo I) e após a implantação do protocolo, com redução global significativa de 46%. Melhoria expressiva pôde ser observada e mantida nos pacientes dos grupos II e III, com o tempo médio significativo de 68 minutos no grupo IV (24% abaixo do parâmetro da AHA). Outrossim, a linha de tendência denota a queda linear do tempo porta-balão apontando para redução relevante de desperdícios. Igualmente expressiva é a evolução do coeficiente de variação do tempo médio porta-balão cuja diferença entre o grupo I e IV foi de 35% (Gráfico 2). Isto reflete de maneira significativa a melhoria conquistada pela implantação do protocolo, ou seja, a redução da média do tempo porta-balão e dos coeficientes de variação, melhorando, por conseguinte, a relação entre o tempo médio porta-balão e a morbimortalidade cardiovascular.



Evolução do Coeficiente de Variação do Tempo Porta-balão (Coef. Δ%) no Hospital Aliança (Salvador/BA) entre os Grupos Estudados (I a IV) com Linha de Tendência

Período: 09/2015 a 06/2018



CONCLUSÃO

Através da implantação eficiente e segura do Protocolo IAMCST, utilizando processos padronizados pela metodologia Lean e inovação, o Hospital Aliança conseguiu eliminar desperdícios relevantes no atendimento aos pacientes com infarto agudo do miocárdio, expressos pela importante redução do tempo porta-balão.

Após a execução do protocolo observou-se também ganhos adicionais expressivos no trabalho em equipe, tais como: integração, distribuição de

responsabilidades, clareza das tarefas e reconhecimento dos resultados.

O sucesso da transformação dependeu não só das ferramentas e recursos utilizados, mas também do comportamento e engajamento de todos os envolvidos. Evitou-se assim o pior dos desperdícios - o da capacidade humana.

Por fim, na forma de satisfação, respeito e dignidade, agregou-se muito valor à experiência dos pacientes que perceberam - e registraram - a dedicação e empenho dos profissionais em reduzir os tempos de atendimento, preservar músculo cardíaco e salvar vidas.



REDUÇÃO DAS INCONFORMIDADES DE REGISTRO DA ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE UTI-ADULTO

 Hospital Vera Cruz

Autores: Francisleine Franck dos Santos, Larissa Romeiro Pellozo e Cristina Oliveira

OBJETIVO DO PROJETO

O projeto teve como objetivo reduzir a taxa de inconformidades de registro da enfermagem na UTI-Adulto e Unidade Cardiológica, com melhoria nos registros e glosas evitáveis, além de trabalhar os motivos de falhas que impactam nos resultados de não conformidades.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Entre 2016 e 2017 observou-se um aumento significativo - de 24% para 32% - das inconformidades dos registros de enfermagem em prontuários. Esse indicador impacta no aumento do tempo para o fechamento da conta do paciente, atraso no processo de faturamento, aumento do tempo para recebimento do convênio e glosas.

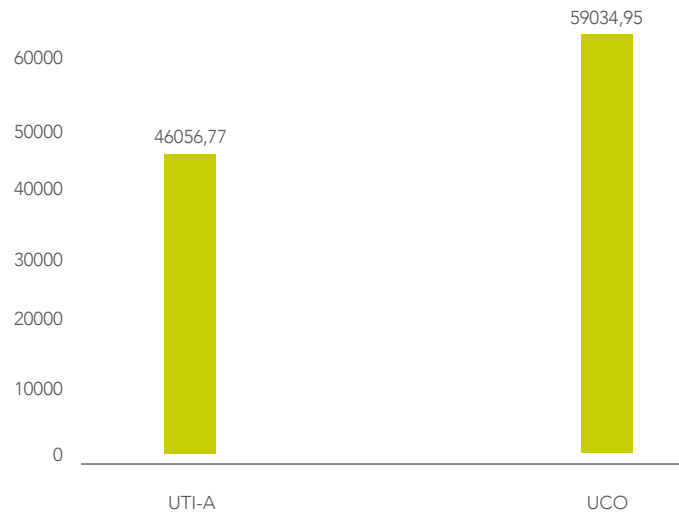
As inconformidades incluem: ausência de anotação de enfermagem; ausência de prescrição de enfermagem; ausência da checagem da prescrição de enfermagem e ausência de checagem de prescrição médica.

Além disso, as inconformidades impactam nos aspectos legais do registro adequado em prontuário, com a necessidade de uma intervenção imediata.

Figura 1 | Resultado das pendências de prontuários do ano de 2017

Pendência de Enfermagem	UTI-CARD.			UTI-A		
	M	T	N	M	T	N
Ausência de anotação	11	0	0	34	3	3
	9	6	10	13	4	2
	4	4	1	34	10	17
	2	1	2	7	4	9
	15	10	10	8	17	2
	7	13	2	2	6	7
	32	52	12	32	83	19
Total	84	99	43	139	144	76
Ausência de Prescrição de Enfermagem	0	1	0	6	4	5
	0	0	0	1	0	4
	0	0	0	1	0	0
Total	0	1	0	8	4	9
Ausência de Checagem de Prescrição de Enfermagem	40	29	20	49	55	47
	32	38	17	15	50	17
	3	4	1	7	7	5
Total	75	71	38	71	112	69
Ausência de Checagem de Prescrição Médica	192	135	75	199	154	138
	280	0	0	329	0	0
	20	19	8	33	19	14
	4	1	2	19	13	14
	0	1	0	4	14	2
Total	496	156	85	584	200	168
Total geral por turno	655	327	166	802	460	322
Total geral por setor	1148			1584		

Figura 2 | Resultado das glosas do ano de 2017



PRÁTICA IMPLANTADA

Este projeto baseou-se na redução das inconformidades de registro da enfermagem nos prontuários, em princípio na UTI-Adulto e Unidade Cardiológica. A metodologia utilizada foi o Lean Six Sigma, com aplicação do DMAIC, a letra “D” com o conceito de definição, a letra “M” para medição, a letra “A” para análise, a letra “I” implementação da melhoria e por final a letra “C” de controle para

fechamento do ciclo.

Os dados utilizados para análise foram: Taxa de inconformidades de prontuários de enfermagem do ano de 2017; relatórios de glosas por inconformidades de registro de enfermagem e relatório de pendências por setor e turno de trabalho.

Foram levantados os principais problemas com as equipes das UTI’s por meio do mapeamento dos processos e identificação dos pontos de melhorias a serem considerados.



Figura 4 | Metas Institucionais



Figura 5 | Checklist para aplicação do time-out na UTI-A



Figura 6 | Quadro checagem time-out



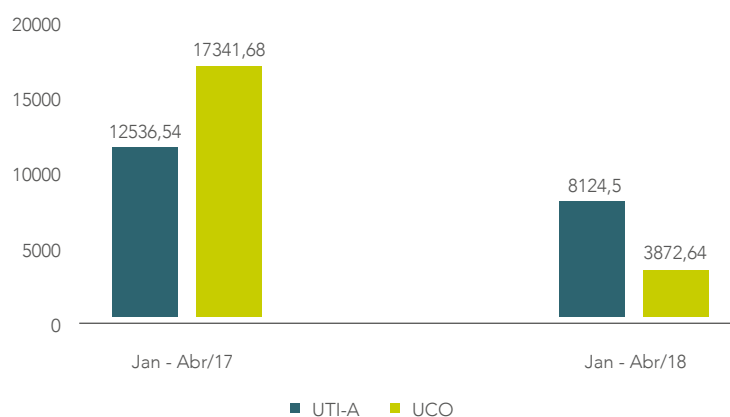
Figura 7 | Adesivos do "like" para cada meta atingida

Outra ação utilizada para redução de glosas foi o *Roleplaying* - cujo objetivo foi que a equipe de enfermagem vivenciasse a experiência de negociação de uma conta hospitalar junto ao auditor externo – para que percebessem a importância de suas anotações no prontuário eletrônico do paciente. Todas as ações foram realizadas em conjunto com o serviço de Educação Continuada, que apoiou o desenvolvimento do plano de ação e a capacitação e sensibilização das equipes.

RESULTADOS OBTIDOS

Em abril de 2018 houve uma melhoria no indicador de inconformidade de prontuários de 68% para 72%, atingindo assim a primeira meta estabelecida. Como consequência, observou-se redução das glosas das unidades de UTI-A em 35% e na UCO em 52%.

Figura 8 | Indicador Glosa UTI-A e UCO



Importante ressaltar que nos períodos acima citados houve aumento do número de internações. Na UTI-Adulto, de 329 internações em 2017 para 374 em 2018, e na UCO de 733 em 2017 para 805 em 2018. Ainda há grandes desafios para serem alcançados, mas o engajamento e entendimento das equipes é de suma importância para a obtenção dos melhores resultados.

CONCLUSÃO

Os ganhos com a implantação foram: reeducação da equipe de enfermagem com a conscientização sobre as necessidades de um registro confiável e seguro no prontuário eletrônico do paciente; o lançamento adequado dos materiais na conta; o desafio de melhorar cada vez mais com menos, utilizando a filosofia do “lean six sigma”, além da melhoria dos processos de trabalho com combate ao desperdício, resultando na redução das glosas evitáveis.





A UTILIZAÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (CCIP) NA OTIMIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E NA REDUÇÃO DO TEMPO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM

BP Mirante

Autores: Jane Pereira, Adeline Buss e Nancy Yamauchi

OBJETIVO DO PROJETO

Demonstrar a redução do tempo de enfermagem com a utilização do CCIP na terapia infusional prolongada de pacientes internados.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Em torno de 50% dos pacientes hospitalizados, durante sua internação, têm em algum momento um cateter intravascular, seja ele periférico, central ou arterial. Os cateteres centrais de inserção periférica (CCIPs) são uma alternativa garantida para os pacientes que necessitam de um acesso venoso seguro, proporcionando melhor gerenciamento dos riscos, maior segurança e conforto para eles. Entretanto, ainda há uma resistência da equipe e um desconhecimento sobre as vantagens para o uso e indicação desse cateter.

PRÁTICA IMPLANTADA

Analisamos retrospectivamente os dados dos pacientes que estiveram internados em nossa instituição entre o período de 03 de julho de 2017 a 03 de janeiro de 2018 e fizeram o uso do CCIP. Foram inseridos 228 CCIPs, contabilizando 4601 dias de uso do cateter e média de 22 dias de permanência/dia por paciente. Sendo as principais indicações para a utilização do cateter estão a antibióticoterapia com 44%, seguida de NPT (20%)

e quimioterapia (13%). Posteriormente cruzados os tempos médio de passagem do CCIP e de punção com dispositivo venoso periférico, sendo uma hora e meia e vinte minutos respectivamente em cada procedimento.

RESULTADOS OBTIDOS

Consideramos que cada paciente que fez uso do CCIP e cruzamos com o cenário onde o paciente utilizaria dispositivo periférico intravenoso durante o mesmo período de tratamento, com trocas a cada 96 horas como define protocolo institucional. Apenas com o tratamento através de dispositivo periférico a enfermagem teria puncionado o paciente no mínimo 1.378 vezes, isto é, o uso do CCIP reduziu em 80% do número de punções. Em relação ao tempo de enfermagem, o tempo médio em minutos para as punções com dispositivos periféricos seria de 27.565 minutos, 460 horas de trabalho. Entretanto, com a utilização do CCIP o tempo médio foi de 20.520 minutos, 342 horas, reduzindo o tempo de enfermagem no mínimo 118 horas, representando uma economia de 25%.

CONCLUSÃO

Neste estudo evidenciamos que o uso do cateter de CCIP traz uma melhoria importante para a experiência do cliente através da redução do número de punções e otimiza o tempo de trabalho de enfermagem.



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

📍 Hospital Sírio-Libanês

Autores: Lidia Maria Lacerda, Maira Franchin e Lene Meneses de Araújo Silva

OBJETIVO DO PROJETO

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Foram identificadas fragilidades no processo de passagem de plantão, as quais implicam na falha de comunicação entre as equipes e redução do tempo direcionado para o cuidado ao paciente. Com o exposto foi verificada a necessidade de otimização do processo, uma vez que o instrumento utilizado anteriormente apresentava campos estruturados não preenchidos conforme sua indicação. O tempo despendido também implicava em horas excedentes de trabalho dos colaboradores e, conseqüentemente, aumento de custo referente ao pagamento desses períodos.

PRÁTICA IMPLANTADA

O instrumento utilizado para a passagem de plantão foi elaborado durante encontros com a gerência assistencial de enfermagem e produto do comitê de comunicação efetiva. Esta revisão ocorreu de acordo com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, propostas pela *Joint*

Commission International, a qual tem como objetivo promover melhorias específicas na segurança do paciente.

A comunicação pode ser de forma eletrônica, verbal ou por escrito e a transição de cuidados pode ser multiprofissional, entre diferentes níveis de cuidado no mesmo hospital, de unidades de internação/crítica para centro de diagnósticos, centro cirúrgico e demais setores. Neste trabalho é apresentado o resultado da implementação em uma unidade de internação clínica com 19 pacientes na transição de cuidados entre enfermeiros. A interrupção da comunicação pode ocorrer durante as transições mencionadas e resultar em eventos adversos, pois em conjunto com outras distrações das atividades da unidade podem inibir a comunicação clara de informações importantes do paciente. Portanto o conteúdo padronizado para a comunicação pode melhorar significativamente os resultados relacionados com a passagem de plantão.

O novo instrumento consiste na utilização da ferramenta SBAR, um acrônimo, o qual aborda a situação e avaliação, história prévia e recomendação da equipe.

Anterior à implementação do novo instrumento houve alinhamento, sensibilização e orientação para as equipes realizada pelo gestor e então iniciado em janeiro com o propósito de mensurar o tempo da passagem de plantão durante uma semana a cada mês durante dez meses. Houve necessidade de acompanhamento diário, por parte das autoras do projeto, bem como, alinhamentos recorrentes para esclarecimentos de dúvidas e dificuldades apresentadas pela equipe.

Após este período de adaptação e com a sua utilização diária foi aplicado um questionário construído pelas autoras para avaliar a percepção dos enfermeiros sobre o novo instrumento

para a transição dos cuidados. O questionário foi composto por onze questões objetivas, sem a necessidade de identificação.

RESULTADOS OBTIDOS

Por meio dos relatos da equipe de enfermagem e observação da coordenação e gerência de enfermagem houve redução do tempo na passagem de plantão, comparando-se a períodos anteriores. O tempo do processo de passagem de plantão era de, aproximadamente, 40 minutos e, com as mudanças implementadas, até o momento, temos a redução do tempo médio para 12 minutos e 30 segundos no mês de abril; e 12 minutos e 36 segundos no mês de maio. A taxa de ocupação

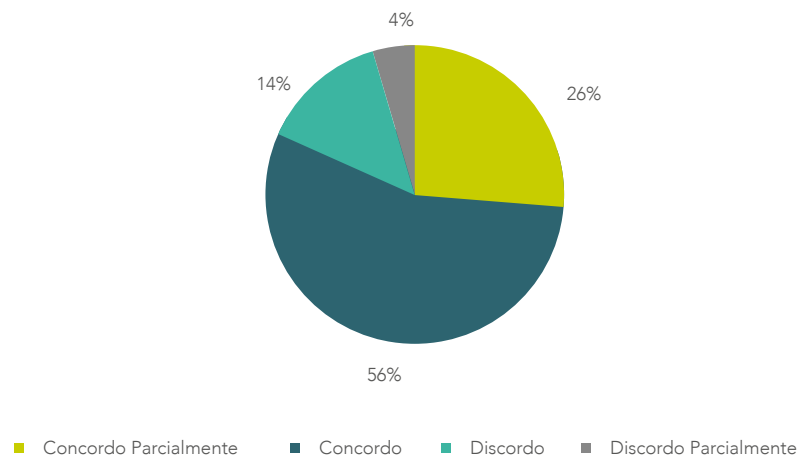
da unidade de internação dos meses de abril e maio foram, respectivamente, 95,60% e 97,73%. É possível evidenciar que houve uma consequente redução das horas excedentes de trabalho dos colaboradores, com otimização das horas trabalhadas voltadas para a assistência ao paciente e diminuição do retrabalho.

Consideramos que as horas excedentes de trabalho não são apenas consequência do tempo despendido na transferência de informações, pois outros fatores como intercorrências interferem neste resultado.

Os resultados obtidos através das respostas dos questionários revelam que a maioria dos envolvidos concordou com o aperfeiçoamento do processo de passagem de plantão. Para melhor análise dos dados, as opções de resposta foram transformadas em letras, Conforme Gráfico 1.

Gráfico 1 | Respostas gerais obtidas através dos questionários aplicados

Percepção da Mudança na Passagem de Plantão



CONCLUSÃO

Após a implantação do novo instrumento houve melhora da comunicação, com o direcionamento das informações, diminuição do retrabalho e aumento da satisfação da equipe, com impacto na

qualidade da assistência, através da otimização do tempo destinado ao paciente.

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





MONITORAMENTO EM TEMPO REAL NA GESTÃO SEGURA DO FLUXO ASSISTENCIAL

Rede Mater Dei de Saúde

Autores: Luiza Alves Romano, Pablo Raphael Jardim Santos, Daniela Pagliari e Márcia Salvador Géo

OBJETIVO DO PROJETO

Garantir segurança assistencial e eficiência operacional na gestão de leitos promovendo adequado fluxo de pacientes. Implantar painéis de monitoramento em tempo real e estabelecer rotina de round diário que permitam adequação de recursos e movimentação de pacientes de forma planejada.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Eficiência e performance são os principais objetivos da gestão em saúde com foco em valor. Cuidar do paciente correto, no local correto e utilizando recurso correto é uma forma de promover eficiência. Identificar precocemente riscos e agravos por meio do monitoramento de condições clínicas em tempo real durante toda a internação é um desafio que impacta diretamente em desfecho clínico, tempo de permanência e experiência do paciente.

Para tanto, é imprescindível assegurar que cuidados e recursos direcionados aos pacientes sejam adequados, o que torna o foco na segurança assistencial fator determinante para o sucesso dos processos de gestão de leito.

PRÁTICA IMPLANTADA

No intuito de promover a segurança assistencial e o fluxo do paciente de forma assertiva detectou-se a necessidade de sistematizar o

acompanhamento de dados clínicos dos pacientes, tornando estes marcadores orientadores do fluxo assistencial.

O projeto foi estruturado a partir de seis macroprocessos: 1. Internação do Paciente Cirúrgico Eletivo; 2. Protocolo de Segurança em Pós-Operatório; 3. Internação via pronto-ocorro (PSO); 4. Protocolo de Intercorrência e Códigos na Unidade de Internação; 5. Alta do Centro de Terapia Intensiva (CTI); 6. Alta da Unidade de Internação e Desospitalização.

A partir da construção de um algoritmo dentro do sistema de prontuário eletrônico baseado em dados clínicos, sinais vitais e códigos de procedimentos foi possível sinalizar automaticamente os pacientes elegíveis para o Protocolo de Segurança em pós-operatório cujo fluxo natural é a transferência imediata para o centro de terapia intensiva ao término do procedimento (macroprocessos 1 e 2).

O macroprocesso 3 - Internação via PSO monitora a resolutividade do atendimento, alertando em tempo real o tempo médio de permanência do paciente e o destino dos pacientes internados. Para os pacientes que serão internados, a aplicação do Modified Early Warning Scoring (MEWS) pelo médico e pelo enfermeiro em momentos distintos permite o direcionamento adequado do destino do mesmo.

Nas Unidades de Internação a visualização do MEWS nos painéis de gestão em tempo real e o fluxograma de acionamento dos Códigos de Emergência e Urgência guiados pela detecção de deterioração clínica reduziu a ocorrência de eventos de parada cardíaca e os encaminhamentos desnecessários às unidades intensivas, promovendo uma maior eficiência no macroprocesso 4 - Protocolo de Intercorrência e Códigos na Unidade de Internação.

Os macroprocessos Alta do CTI (5) e Alta da

Unidade de Internação (6) têm como objetivo gerar previsibilidade de alta no intuito de garantir melhoria no giro de leito. Estes processos monitoram ainda indicadores assistenciais como assertividade da alta, horários de movimentação dos pacientes da unidade intensiva para a unidade de internação e disponibilização de leitos.

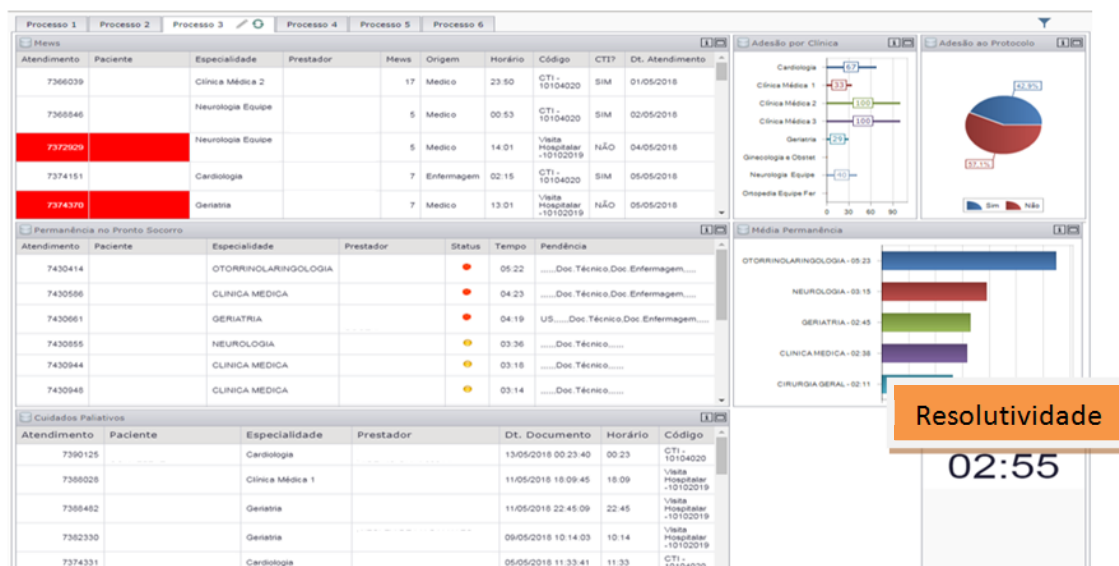
O macroprocesso 6 - Desospitalização direciona a assistência a pacientes de longa permanência e em cuidados paliativos. Os indicadores disponíveis geram alerta às equipes sobre o tempo de internação e colaboram com as ações interdisciplinares, cujo intuito é construir condições para a alta hospitalar.

Para que todos os indicadores e alertas pudessem ser monitorados foi desenvolvido um *real-time dashboard*.

A consulta durante os *rounds* (encontros diários das equipes assistenciais e da gestão de leitos) permite tomada de decisão e o melhor planejamento das ações da gestão de leitos gerando eficiência.

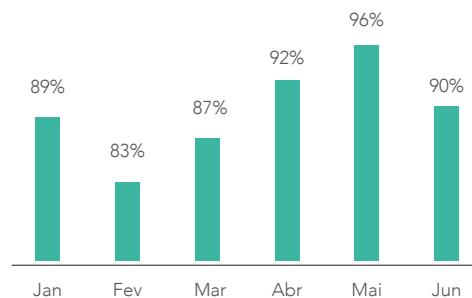
RESULTADOS OBTIDOS

A implantação de processos e ferramentas para monitoramento em tempo real dos dados continuamente (conforme exemplo do Processo 3 abaixo) garantiu maior segurança e rapidez na tomada de decisão clínica e fluidez nos fluxos assistenciais.



A pactuação das ações e o entendimento dos gestores de suas competências frente aos processos foram determinantes no alcance de metas de segurança e na eficiência alcançada no giro do leito. A adesão ao protocolo de Segurança Pós-Operatória foi crescente por parte do corpo clínico (gráfico abaixo), garantindo assistência adequada aos pacientes durante todo o transoperatório, além de ter desenvolvido habilidades de comunicação intersetorial.

Adesão ao Protocolo de Segurança Pós-Operatória



Estas ações promoveram ainda a redução do tempo de internação e do custo médio destes pacientes.

O aumento sustentável de 10% no giro de leitos a partir de fevereiro de 2018 pode ser entendido como o melhor indicador de performance do projeto, consagrando-o um projeto de excelência operacional assistencial.

CONCLUSÃO

A aplicação da metodologia de monitoramento em tempo real de pacientes e suas condições clínicas, bem como do gerenciamento de leitos disponíveis

garantindo o tratamento do paciente adequado, no local adequado, com recurso adequado e no tempo adequado é capaz de promover a excelência assistencial e eficiência operacional em redes de saúde. Além disso, resultados como a otimização do giro de leito e a redução dos custos de internação demonstraram que a gestão inteligente e a atuação dos profissionais a partir de alertas e indicadores em tempo real são fundamentais para se alcançar níveis elevados de eficiência operacional e sustentabilidade.

A atuação interdisciplinar e multissetorial observada no encadeamento dos processos e alimentada pelas sessões de round promoveu a disseminação da cultura de segurança, proporcionou aperfeiçoamento na comunicação e dinamismo nas interações entres os setores.





AUMENTO DA SEGURANÇA DO BINÔMIO MATERNO NEONATAL

Hospital e Maternidade Santa Joana

Autores: Monica M. Siaulyš, Elaine Galvão e Kellyn C. Liboni

OBJETIVO DO PROJETO

Reduzir em 20% o tempo de permanência do RN no berçário admissional em seis meses, com programa de alta sincronizada do RN e da mãe do Centro Obstétrico.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

O contato materno/neonatal precoce favorece e estimula o vínculo e traz inúmeros benefícios.

No Hospital e Maternidade Santa Joana identificamos como problemas:

1. Separação da mãe e RN nas primeiras horas de vida;
2. Baixa padronização dos processos, gerando atividades de baixo valor agregado;
3. Excesso de movimentações do RN no período entre nascimento até a chegada ao quarto.

PRÁTICA IMPLANTADA

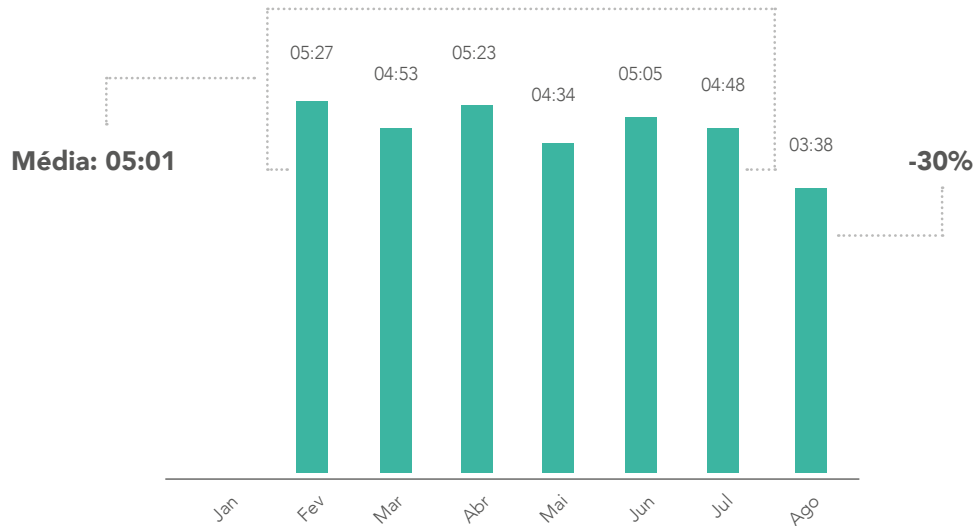
Problema	Ação Implantada
Separação do binômio mãe e RN após o nascimento	Integração da mãe e RN após o nascimento;
Excesso de atividades de enfermagem que não agregam valor	Aumento em horas de enfermagem dedicadas à assistência
Excesso de movimentações do RN	Fortalecimento do vínculo precoce da mãe e recém-nascido e diminuição dos gastos com elevador

RESULTADOS OBTIDOS

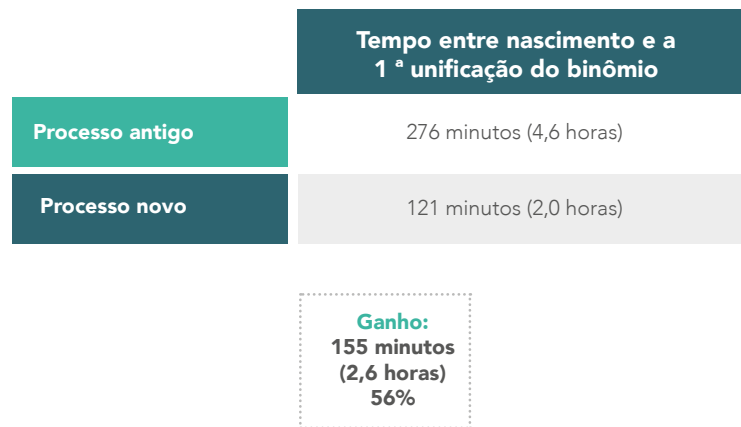
Podemos verificar em gráfico abaixo o ganho em melhoria do tempo do processo diminuindo

a permanência do RN no berçário admissional. Torna-se muito relevante o ganho de segurança e diminuição de retrabalho, quando aumentamos a qualidade do trabalho executado.

Meta: Redução de 20% do tempo médio de permanência do RN no BA



Ganho: Redução do tempo de separação do Binômio

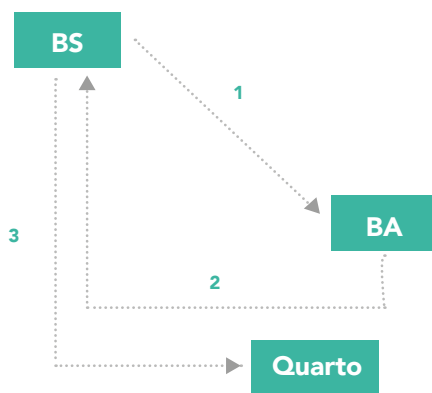


Este processo obteve 100% de sucesso na sincronização da Mãe-RN, que possui critérios clínicos de elegibilidade para alta integrada. A sincronização da saída da Mãe-RN para o

quarto foi um ganho na experiência positiva da paciente, tendo seu filho o tempo todo ao seu lado. Esse foi o maior ganho no projeto, entregando valor ao paciente.

Ganho econômico: Horas de enfermagem dedicadas à assistência

▶ **PROCESSO ANTERIOR**



▶ **PROCESSO NOVO**



Média de RN/mês	1139 RNs
Custo hora da TE	R\$30,14
Ganho por mês (em horas)	550 h
Ganho mensal econômico	R\$ 16.592,57
Ganho anual econômico	R\$ 199.110,87

Também demonstramos o ganho operacional no fluxo seguro do binômio, otimizando as horas dos profissionais de enfermagem, redução na utilização do berçário e redução da utilização do elevador, que no processo anterior utilizava três viagens, para o processo atual de uma viagem, reduzindo ao ano 27.336 viagens.

CONCLUSÃO

Podemos comprovar que a aplicação do Lean Healthcare no fluxo assistencial teve um ganho de valor ao nosso cliente, ampliando seu centro de experiência de forma concreta e segura. Neste processo, o aprendizado e integração da equipe assistencial e administrativa foi essencial para que pudéssemos alcançar nosso objetivo, realizar a melhoria projetada e comprovar em nossos resultados que foi para melhor. A liderança, em seu papel de patrocínio para com as equipes, disponibilizou um ambiente favorável para que este trabalho fosse realizado com sucesso.



SAÚDE EM CASA: PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR MAMÃE BEBÊ

📍 Hospital Evangélico de Londrina

Autores: Regina Pinni e Viviane Vidotti

OBJETIVO DO PROJETO

Oferecer atendimento personalizado ao binômio mãe e bebê dos clientes do Plano Hospitalar em Londrina/PR, após alta precoce com a coleta do teste do pezinho no domicílio, com a diminuição do tempo de hospitalização e melhor recuperação.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Maternidade de referência para o alto risco em Londrina e região que atende SUS, convênios e particulares, porém com distintos perfis de complexidade clínica das pacientes admitidas - o que gera uma utilização elevada dos leitos operacionais, com média de permanência de 2,6 dias, dificultando o giro de leito para casos mais complexos e de urgência.

PRÁTICA IMPLANTADA

O Saúde em Casa, sistema de internação domiciliar que compõe a Associação Evangélica Beneficente de Londrina, integrado ao Hospital Evangélico de Londrina e Plano de Saúde Hospitalar, propõe um programa diferenciado de assistência para a mãe e bebê, inserindo o binômio na nova realidade doméstica com atendimento qualificado, individualizado e humanizado a partir das 36 horas do nascimento do RN. Disponibiliza profissionais para o atendimento da puérpera e recém-nascido mediante liberação prévia do obs-

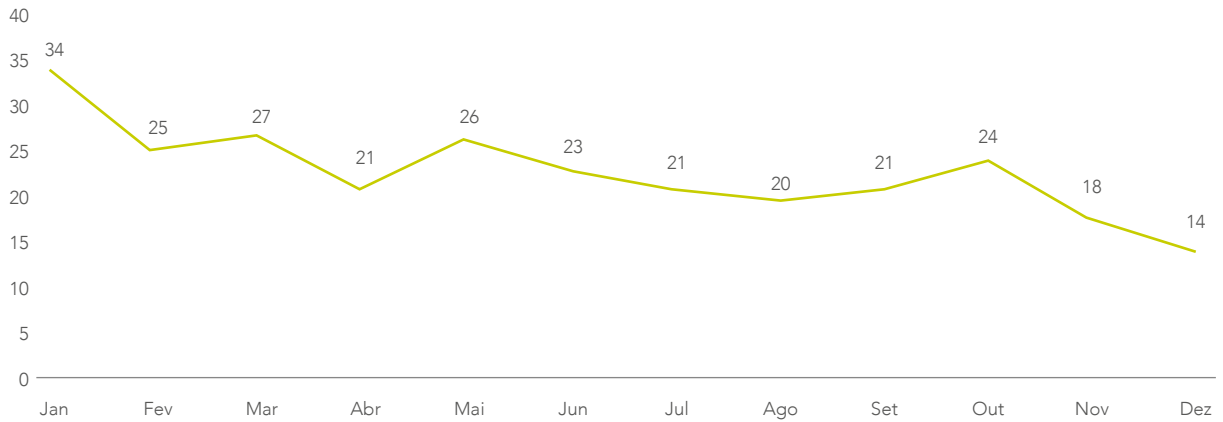
tetra, pediatra e aceitação da família. O binômio é admitido durante sua internação hospitalar e realizado uma consulta de enfermagem até o 5º dia de vida do RN. O objetivo é avaliar a mãe quanto: involução uterina, ferida cirúrgica, episiotomia, lóquios, cuidado com as mamas, amamentação, ordenha manual, armazenamento de leite, doação do leite extraído no posto de coleta do hospital, acesso ao canal direto Disk Mama disponível 24 horas, além dos cuidados com o bebê como coloração da pele (icterícia), aspecto do coto umbilical, higiene do bebê, genitália, sucção, deglutição, ganho ou perda de peso, posicionamento do bebê após sugar o seio, coleta do teste do pezinho, puericultura e programa nacional de imunização. Assegurada a vitalidade do binômio no domicílio, o enfermeiro do programa entrará em contato com o obstetra e pediatra para alta definitiva. No caso de alteração na saúde em alguma das partes binômio, obstetra e pediatra são imediatamente comunicados via telefone, orientando quanto à conduta a seguir. Após alta do binômio, se a família julgar necessárias mais visitas, estes deverão entrar em contato com o Programa Saúde em Casa para novo agendamento e orçamento. O programa fica disponível 24 horas ao cliente para esclarecimento de dúvidas até o momento da visita no domicílio. Os critérios de elegibilidade para a mãe são: estabilidade clínica, sem uso de antibiótico, liberada pelo obstetra; e para o bebê são: estabilidade clínica, primeira dose de vacina de hepatite B, teste do olhinho, teste do coraçãozinho e teste da orelhinha, realizados nas dependências do Hospital Evangélico de Londrina e registrados devidamente na carteira de vacinação do bebê, no sistema *on-line* da maternidade, bem como o Registro Civil de Nascimento, sem uso de antibiótico, ausência de icterícia precoce e com liberação do pediatra. As

vantagens dessa alternativa de assistência são proporcionar ao binômio um atendimento qualificado junto ao convívio familiar, sem o estresse de um ambiente hospitalar; redução dos riscos

de infecção; atenção humanizada e personalizada, proporcionando recuperação mais rápida, além de aumentar a oferta de leitos e redução de custos para o sistema de saúde

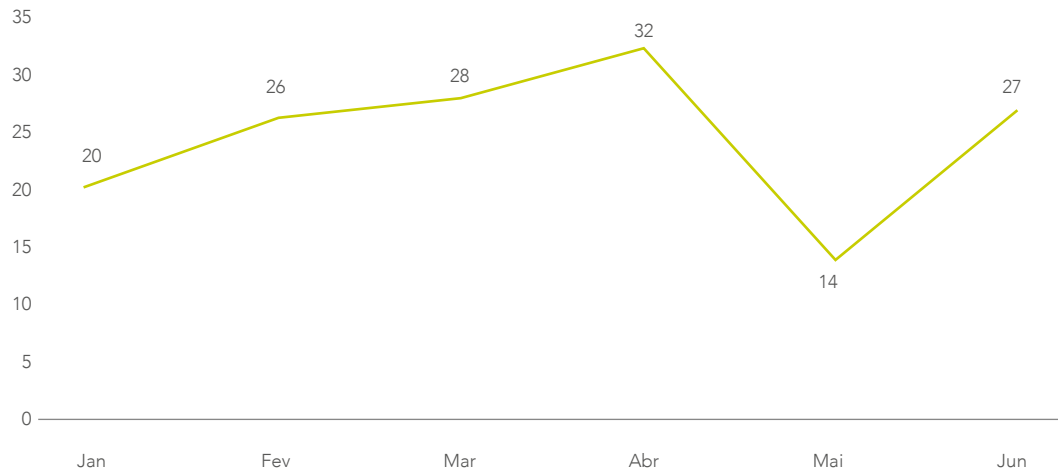
Programa "Mãe bebê"

Nº de pacientes admitidos 2017



Programa "Mãe bebê"

Nº de pacientes admitidos 2018



RESULTADOS OBTIDOS

Os resultados foram de 274 admissões em 2017 e 147 admissões de janeiro a junho de 2018, totalizando 421 clientes atendidos pelo Programa Mamã e Bebê. A partir dos critérios de elegibilidade, a alta médica foi reduzida de 48 para 36 horas a partir do nascimento do RN. Considerando o valor médio do leito hospitalar em R\$ 551,25, o Plano de Saúde Hospitalar obteve uma economia de R\$ 232.076,25, com aumento na satisfação do cliente, proporcionando as melhores práticas assistenciais no atendimento domiciliar com qualidade ao binômio e aumento no giro de leito.

CONCLUSÃO

Com o programa de internação domiciliar o binômio mãe-bebê recebe todos os cuidados e acompanhamentos necessários no pós-parto, realizado por uma equipe de enfermagem que favorece a inserção na nova realidade doméstica. As vantagens dessa alternativa de assistência são: proporcionar um atendimento qualificado, individualizado e humanizado junto ao convívio familiar, sem o estresse de um ambiente hospitalar, contra riscos de infecção; proporcionar uma recuperação mais rápida; além de aumentar a oferta de leitos no hospital para os casos mais complexos e de urgência e redução de custos para o sistema de saúde.





ENFERMEIROS DA CENTRAL DE MATERIAIS ESTERILIZADOS (CME) NO CUIDADO DO PACIENTE

📍 Hospital Moinhos de Vento

Autores: Renata Pereira Silva Artioli e Lisiane Martins

OBJETIVO DO PROJETO

Criar um Protocolo de Liberação de Cargas das Autoclaves, para padronizar os aspectos a serem observados antes da liberação do material para uso.

SITUAÇÃO PROBLEMA

Por se tratar de um processo crítico e não haver método e uniformidade na liberação das cargas de autoclave pelos enfermeiros, foi identificada a necessidade da criação do protocolo.

PRÁTICA IMPLANTADA

A implementação desse pacote de medidas visa gerenciar riscos e minimizar as quase falhas, estabelecendo barreiras e tornando a equipe como peça-chave desse processo. Todo o embasamento para construção do protocolo partiu da Resolução, RDC N°15, de 15 de março de 2012 e do Manual de Boas Práticas da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), os norteadores para os processos de Centro de Material e Esterilização (CME).

O protocolo consiste em verificação dos indicadores diários de qualidade (Indicador Biológico e *Bowie Dick*), análise da montagem da carga antes da esterilização, verificação após a este-

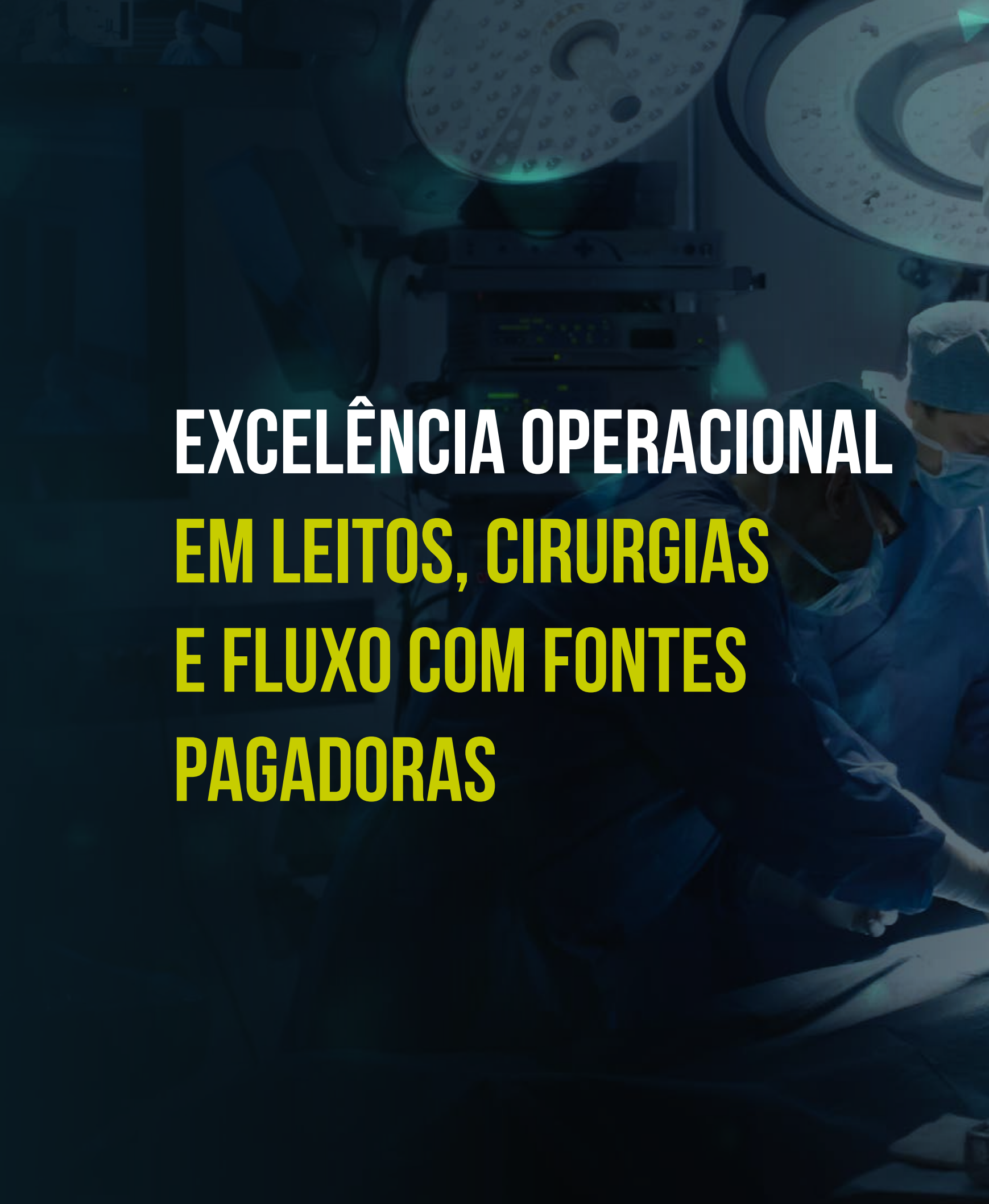
rilização do parâmetro físico do ciclo, pacote desafio com integrador químico classe 5, análise dos indicadores tipo 1 das embalagens e identificação da presença de carga molhada indevida. Após a análise desses parâmetros a carga é liberada para uso.

RESULTADOS OBTIDOS

O protocolo foi concluído em novembro de 2017 e pode-se observar que após a implementação a equipe da CME se sentiu mais assistida e fortalecida neste processo, pois torna a participação do enfermeiro mais atuante nesta fase crítica de todo o processo de processamento de produtos, tornando a equipe técnica mais comprometida para realizar as melhores práticas e cumprimento das rotinas que estão relacionadas a esse protocolo. Com a implementação do protocolo já foi possível observar uma melhoria no processo como um todo, redução considerável da presença de carga molhada e melhor rastreabilidade dos instrumentais cirúrgicos.

CONCLUSÃO

Esse é apenas o início das muitas melhorias que podemos implementar para aumentar a qualidade e segurança dos produtos esterilizados e consequentemente contribuir para ótimos resultados ao paciente, pois na CME é o início do cuidado.

A photograph of a surgical team in an operating room, wearing blue scrubs and masks, illuminated by large overhead surgical lamps. The scene is dimly lit, with the primary light source being the surgical lamps, creating a professional and focused atmosphere.

**EXCELÊNCIA OPERACIONAL
EM LEITOS, CIRURGIAS
E FLUXO COM FONTES
PAGADORAS**





OTIMIZAÇÃO DO PREPARO PELA ENFERMAGEM DO PACIENTE CIRÚRGICO ELETIVO – LEAN EM SAÚDE

BP Mirante

Autores: Adeline A. Queiroz Buss, Erica Marques e Nancy Yamauchi

OBJETIVO DO PROJETO

Reduzir o tempo de preparo pela equipe de enfermagem do paciente cirúrgico eletivo.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

O preparo do paciente internado para procedimento cirúrgico eletivo pela equipe de enfermagem apresentava um *lead time* de 2 horas e 17 minutos, com valor não agregado de 77 minutos. Esse tempo prolongado impactava como ponto de desperdício nos seguintes aspectos: na utilização desse leito para uma próxima internação, na gestão da agenda cirúrgica e também na experiência negativa do paciente que esperava pelas etapas desnecessariamente.

PRÁTICA IMPLANTADA

O presente estudo foi realizado em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital privado de médio porte da cidade de São Paulo, durante o primeiro semestre de 2018.

Foram mapeados os processos de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo, através da utilização da metodologia Lean, com medição de cada etapa através de observação direta. A partir disso, foram medidos os tempos para execução e pontos de desperdício desde a chegada do paciente no leito, início do processo de admissão pela equipe de enfermagem, fim da admissão, início do preparo,

fim do preparo, início da medicação, fim da medicação, acionamento do transporte até a chegada do paciente no centro cirúrgico.

Utilizando ferramentas da qualidade como o mapeamento de processos e *brainstorming* com a equipe assistencial da unidade piloto, foram realizadas as ações descritas abaixo:

1. Redefinição em unidade piloto do fluxo para o preparo do paciente cirúrgico com interface entre hospitalidade, farmácia e enfermagem;
2. Centralização das informações no setor, liderado pelo enfermeiro plantonista;
3. Acompanhamento dos pacientes em agenda cirúrgica pela equipe assistencial e liderança de enfermagem em período anterior à chegada do mesmo na unidade, antecipando quaisquer necessidades específicas de preparo para o procedimento cirúrgico;
4. Criação e padronização de protocolos institucionais para os preparos cirúrgicos;
5. Capacitação da equipe assistencial nos cuidados assistenciais das linhas cirúrgicas estratégicas da instituição;
6. Redefinição dos impressos a serem preenchidos pela equipe de enfermagem;
7. Redefinição da organização do prontuário do paciente cirúrgico a ser realizado pela equipe de auxiliares de documentação clínica;
8. Padronização de contato antecipado do centro cirúrgico para verificação de pendências.

RESULTADOS OBTIDOS

Em nova coleta de dados realizada em maio, foi identificado o *lead time* de 34 minutos, sendo que a meta inicial definida era de 40 minutos. Desde o início do projeto houve uma redução de 75% do tempo de preparo do paciente cirúrgico, impactando diretamente na experiência do paciente e na produtividade potencial dos colaboradores e área. Em 24 horas a equipe de enfermagem tinha capacidade de preparar 12 pacientes e com a otimização do processo, foi constatado que seria possível preparar 48 pacientes no mesmo período, com o mesmo quantitativo de pessoal. Além disso, o fortalecimento da colaboração entre áreas foi um ganho que não foi medido nesse trabalho, mas que traz forte contribuição positiva ao clima institucional.

CONCLUSÃO

O trabalho trouxe uma reflexão institucional sobre a importância da aplicação de conceitos da metodologia enxuta e como pode transformar os resultados com relação à segurança do paciente, ganho potencial de produtividade e identificação de oportunidades em situações rotineiras e aparentemente estáveis.







SETUP – SALA CIRÚRGICA

Pro Matre Paulista

Autores: Alberto Vasconcelos, Edna Shimura e Cristiane Mendez

OBJETIVO DO PROJETO

Reduzir o tempo de *setup* < 1h até janeiro de 2018.

procedimentos, atividades manuais, podendo ocasionar o aumento de tempo na liberação da sala e comprometer o resultado qualitativo e o fluxo de pacientes no Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico.

Lead Time situação original: 1h15min.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Não havia uniformidade na sequência dos

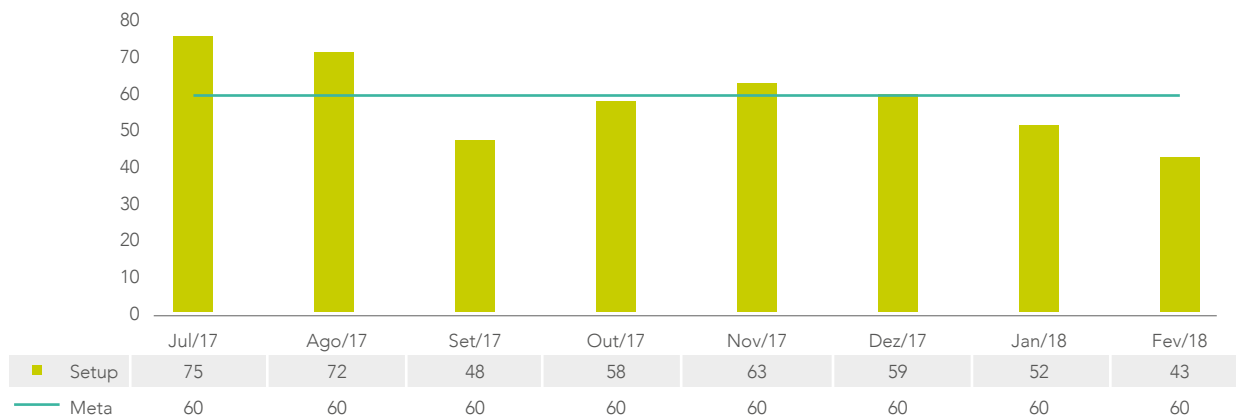
PRÁTICA IMPLANTADA

Problema	Ação Implantada
Médico pode demorar para liberar a sala	Construção de espaço para médico utilizar sistema informatizado.
Ausência de padronização	Processos padronizados – FEP/Trabalho padronizado do <i>setup</i> de sala. Monitoramento do paciente na sala operatória até a RPA, garantindo maior segurança; Demarcação da mesa cirúrgica - após a higiene a enfermagem levava tempo para centralizar a mesa.
Circulante de sala leva paciente até a RPA	Comunicação rápida com a RPA.
Mecanismo de gestão manual	Mecanismo de gestão informatizado: a) Gestão à vista – Sistema Andon - acionamento do profissional da higiene através de sinalização/Benefício: agilidade na comunicação e no <i>setup</i> da sala. b) Gestão à vista na informação por parte da montagem da sala para o próximo procedimento agendado/ Benefício: mecanismo de gestão informatizado.
Kit de rouparia montado manual	Kit montado na lavanderia: atividade reduzida em 15h por mês, redução de 28% no consumo do enxoval do CO, economia anual R\$ 324.736,56.

RESULTADOS OBTIDOS

GANHOS	SEGURANÇA	ECONÔMICO	FINANCEIRO	SATISFAÇÃO PACIENTE
Montagem do Kit		X Atividade reduzida em 15h mês		
Aprimoramento da Assistência em sala	X			
Aquecimento da Paciente em sala	X			
Padronização antes e após procedimento	X			
Qualidade na limpeza da sala	X			
Agilidade na entrega da sala			X Aumento de disponibilidade de sala em 11h07	X
Padronização do KIT HMSJ e PMP	X	X Economia anual R\$ 324.736,56, 28% no consumo do enxoval do CO		
Monitoramento da Paciente até RPA	X			

Monitoramento do Tempo em Minutos do Setup em Sala Obstétrica 2017-18 PMP



CONCLUSÃO

O projeto gerou aprendizados entre as equipes que se dedicaram para a melhoria implementada. Entendemos que a liderança foi um agente de mudança, assumindo seu papel na condução do projeto e também permitiu que as contramedidas fossem concretizadas gerando as melhorias identificadas.

Na execução do projeto aprendemos a utilizar ferramentas para análise do processo tendo como foco a segurança do paciente, profissional e organização.

Como aprendizado desenvolvemos nosso olhar para identificação de desperdícios, nos favorecendo uma visão macro do processo, interagindo com as áreas responsáveis, e ampliando a utilização de mecanismos informatizados existentes para apoio ao sistema de gestão.

Vale ressaltar que a filosofia Lean nos oportunizou envolver toda a equipe na implantação das melhorias.





CICLO DE RECEITA DA FISIOTERAPIA

BP Mirante

Autores: Alessandra de Assis Miura, Renata Alves Barbosa e Nicoli Melo Citrângulo

OBJETIVO DO PROJETO

A cobrança correta dos honorários de atendimento viabiliza e evita desgastes e desperdícios, além de incrementar a receita, favorece um melhor relacionamento com as operadoras de saúde e pacientes, ajudando também no crescimento do setor e instituição.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Após a análise do cardápio de cobrança de honorários original, no final do segundo semestre de 2017, a gestão de fisioterapia juntamente com a equipe, iniciaram o processo de melhoria do processo para instituir a inserção de novos códigos de cobrança, permitindo a ampliação das oportunidades de cobrança. Historicamente o cardápio permitia a cobrança de somente 80% das práticas executadas.

Além deste ponto, analisamos o percentil de recusas ou ausência de pacientes atendidos (12%/mês) que favorecem ociosidade ao plantão deste profissional e que impactam diretamente no ciclo de receita, uma vez que a nossa atuação é humano-dependente.

PRÁTICA IMPLANTADA

Com o apoio do setor de tecnologia da informação, conseguimos elaborar e aumentar o rol de procedimentos cadastrados baseados em tabe-

las médicas (AMB/TUSS) para que futuramente gerássemos a cobrança de tudo que foi executado durante a assistência fisioterapêutica. Após a fase de teste, os colaboradores receberam treinamento para uso da ferramenta e na sequência o modelo foi incorporado à rotina.

Além desta mudança, a gestão de fisioterapia realiza diariamente a conferência das contas para garantir que as cobranças estejam corretas, bem como evitar que existam cobranças fora do padrão de conformidade.

Em relação à diminuição ao percentil de recusas e/ou ausência de atendimentos, além de revisar o nosso protocolo assistencial para pacientes em processo de terminalidade, incorporamos o hábito de no início do plantão checar se em algum momento o paciente estará ausente da unidade para realização de exames, evitando assim que ele deixe de ser assistido e que o colaborador por sua vez fique sem a sua produtividade completa para o plantão.

RESULTADOS OBTIDOS

Após a ampliação do cardápio, conseguimos atingir um percentual de 100% das cobranças de práticas executadas, contribuindo em 2018 com um valor incremental de R\$ 20.154,00/mês e para os primeiros cinco meses de 2018, atingimos um ganho real de R\$ 100.786,00.

Além destes valores, vale ressaltar que a equipe contribui enormemente com receitas geradas de forma indireta, que estão relacionadas à dispensação de insumos que serão utilizados para viabilizar a recuperação e reabilitação do paciente internado.

Para o percentil de recusas e/ou ausência de atendimentos, conseguimos atingir 7%, apresentando uma queda de 5% em relação à medida inicial.

CONCLUSÃO

Os planos abordados foram eficazes para a resolução dos problemas relacionados à cobrança, onde neste quesito atingimos o 100% e agora nossa meta é alcançar 100% dos atendimentos nas unidades, eliminando a ociosidade do colaborador, trazendo para o mesmo o hábito de organização do seu tempo dentro do seu plantão e a consciência do impacto de sua ociosidade e falta de produtividade para o cenário de forma macro.





REDUÇÃO FINANCEIRA E AUMENTO DA EFICIÊNCIA OPERACIONAL ATRAVÉS DA UNIFICAÇÃO DO MODELO DE EXECUÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS NOS HOSPITAIS DO GRUPO MARISTA

📍 Hospital Marcelino Champagnat

Autores: Alessandra Michalski de Pádua, Marili Pasqualin e Raquel Guedes Carrocini

OBJETIVO DO PROJETO

Redução financeira na conta de exames laboratoriais buscando otimização da operação e sem impactos negativos na qualidade do serviço prestado.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Através da análise do orçamento matricial, constatamos prejuízo financeiro na conta de exames laboratoriais, situação que colocava em risco a sustentabilidade econômico-financeira dos Hospitais Marcelino Champagnat e Universitário Cajuru, ambos pertencentes ao Grupo Marista e com localização adjacente.

O Hospital Universitário Cajuru (HUC), até setembro de 2017, possuía um Laboratório de Análises Clínicas próprio. Já o Hospital Marcelino Champagnat (HMC), até dezembro de 2017, possuía um modelo terceirizado. Este cenário gerava estruturas laboratoriais duplicadas, falta de sinergia e de padronização na gestão e nos processos, além de proporcionar um custo alto para o Grupo Marista.

PRÁTICA IMPLANTADA

Após a identificação do problema, as lideranças

optaram em unificar o modelo de operação dos laboratórios de análises clínicas dos Hospitais do Grupo Marista, utilizando a metodologia CANVAS para gerenciamento do Projeto Unificação Laboratórios.

Primeiramente, definiu-se a equipe da iniciativa, com seus respectivos patrocinador e líder e, em seguida, a meta e o produto do projeto, que visava a economia de 1 milhão de reais em relação a 2017 no orçamento anual até dezembro de 2018. Estabeleceram-se então as premissas que contemplavam: o apoio da alta administração, sistemas integrados, cumprimento das políticas e valores institucionais do Grupo Marista, atendimento aos requisitos de manutenção da filantropia do Grupo Marista, aporte de recursos necessários, possibilidade de terceirização da operação, envolvimento efetivo de todas as áreas corporativas necessárias, manutenção da certificação de qualidade *Joint Commission International (JCI)* do HMC, cumprimento da legislação trabalhista vigente, garantia do cumprimento dos SLA's dos exames que atendesse a necessidade de ambos os hospitais, avaliação de *compliance* para prospecção de fornecedores, não comprometer a qualidade do serviço prestado pelo modelo atual e avaliação de fornecedores terceiros capazes de atender às necessidades do Grupo Marista.

O projeto foi caracterizado pela operação de exames centralizada na área técnica atual do laboratório do HUC, com manutenção das atividades acadêmicas, exames de Medicina Ocupacional e Pesquisa Clínica. Seus requisitos envolvem o cumprimento da legislação vigente, o atendimento aos requisitos da JCI, atendi-

mento às necessidades elencadas pelo corpo clínico, cumprimento das regras contratuais com as operadoras de planos de saúde e com o SUS, dimensionamento adequado do time operacional, time operacional qualificado e atendendo às necessidades técnicas e mercadológicas, existência de indicadores de monitoramento de qualidade e auditorias periódicas, gestor dedicado e interno do processo, coletas dos exames realizadas de forma descentralizada, plano de contingência em caso de terceirização e auditoria por time interno aos fornecedores com emissão de parecer técnico.

Os riscos previstos incluem o não atendimento às premissas previamente definidas e possíveis rupturas contratuais. Já os custos e aquisições previstas incluem investimentos com infraestrutura, equipamentos, TI para processo interno de unificação e custos com rescisões passivo trabalhistas e TI para processo terceirizado de unificação.

Por fim definiu-se o cronograma com as ações a serem adotadas e seus respectivos prazos, os quais foram atendidos dentro do previsto. Inicialmente foi realizado um estudo de viabilidade econômica e financeira com o intuito de definir se o modelo optado seria próprio ou

terceiro. Optou-se pelo modelo terceirizado da fase analítica (execução de exames) e pós analítica (disponibilização de resultados) por evidenciar menor tempo de implantação, maior capacidade de investimento tecnológico do terceiro e maior viabilidade econômico-financeira. Foi mantida como própria a fase pré-analítica (recepção e coleta de exames) com gestão dedicada.

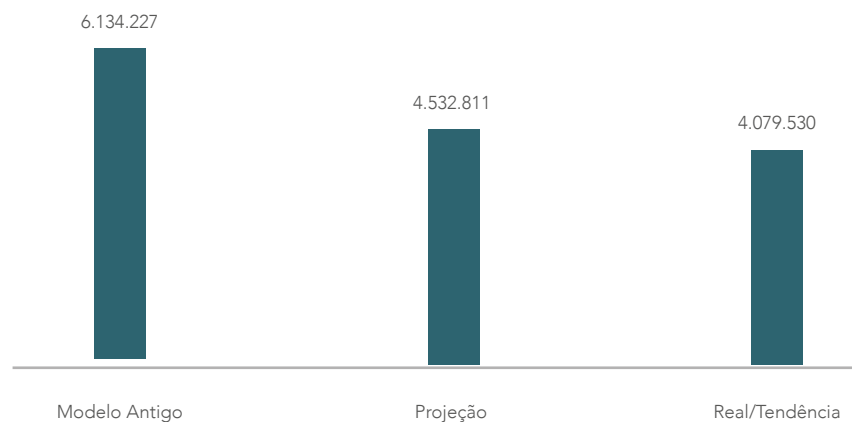
A implantação ocorreu em 01 de setembro de 2017 no HUC e em 01 de dezembro de 2017 no HMC.

RESULTADOS OBTIDOS

Os resultados evidenciados incluem a otimização da operação no que se refere ao espaço físico, por haver apenas uma estrutura laboratorial para ambos os hospitais; gestão e controle efetivo dos estoques; redução no custo por exame, padronização dos processos e atualização do parque tecnológico.

Em valores reais a economia anual para a área da saúde do Grupo Marista chegou a 2 milhões, conforme demonstra o gráfico abaixo:

Despesas Laboratório de Análises Clínicas



CONCLUSÃO

Com a unificação dos laboratórios clínicos dos hospitais do Grupo Marista foram obtidos inúmeros benefícios além dos econômico-financeiros, os quais podemos destacar: aumento da segurança assistencial, maior capacitação técnica da equipe, humanização no atendimento dos pacientes, acesso ao avanço tecnológico na análise dos exames, simplificação das ações do negócio, racionalização do tempo e de recursos humanos, diminuição de gastos com treinamentos, redução dos custos operacionais, maior flexibilidade para

se adequar às mudanças do mercado, aumento da competitividade e maior produtividade. O desafio do projeto é fortalecer a cultura de segurança do paciente e promover a melhoria contínua do serviço prestado, aprofundando e fidelizando as relações entre o laboratório clínico, a equipe médica e os pacientes. A grande lição aprendida foi o gerenciamento e implantação de projetos com alto impacto financeiro e assistencial para os hospitais, bem como a importância da integração entre todas as áreas envolvidas neste projeto para um trabalho em equipe efetivo.



MAXIMIZAÇÃO DE PRODUTIVIDADE NO PROCESSAMENTO DE CONTAS MÉDICAS POR MEIO DE MAPEAMENTO DE PROCESSOS E PROFISSIONALIZAÇÃO DO FLUXO DE CONTAS

📍 Hospital Novo Atibaia

Autores: Alyne Di Cianni Ribeiro, Eduardo Chamadoira Teixeira e Paulo Augusto Soares de Oliveira

OBJETIVO DO PROJETO

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA

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

PRÁTICA IMPLANTADA

A oportunidade de melhoria apresentava-se evidente por meio do acompanhamento dos indicadores de produção e faturamento do Hospital Novo Atibaia. Os resultados demonstravam-se pouco sustentáveis e melhorias não consistentes. A fragilidade no processo tão pouco assegurava a projeção de resultados para o período. Para desdobramento do projeto, inicialmente, foi optado pelo mapeamento detalhado de todos os processos relacionados à esteira de faturamento, desde as unidades assistenciais,

otimização de atividades, alteração de espaço físico, implantação de núcleos especializado e por último, automação.

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

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

A política de engajamento promoveu agilidade na implantação do projeto e tornou o processo fluido.

RESULTADOS OBTIDOS

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

Em maio de 2017 o Hospital Novo Atibaia registrava taxa de conversão de faturamento na competência na ordem de 74%, em maio de 2018 o mesmo indicador registrou o resultado de 86%, melhoria de 12 pontos percentuais (Gráfico 1).

Além da notória melhoria na conversão de faturamento, o mapeamento de processos promoveu no curso do processamento, a otimização das atividades, alterações físicas das áreas de apoio, expressiva redução dos estoques de contas por unidade. O núcleo especializado de auditoria e faturamento de Centro Cirúrgico apresentou melhoria

de performance na ordem de 62%, das 216 horas médias de processamento registradas em janeiro de 2018 para 82 horas médias projetadas para junho do mesmo ano (Gráfico 2). Ainda, as excedentes horas de trabalho recorrentes no passado deixaram de existir e saldado o banco de horas acumulado em mais de 400 horas.

Gráfico 1 | Conversão do ativo

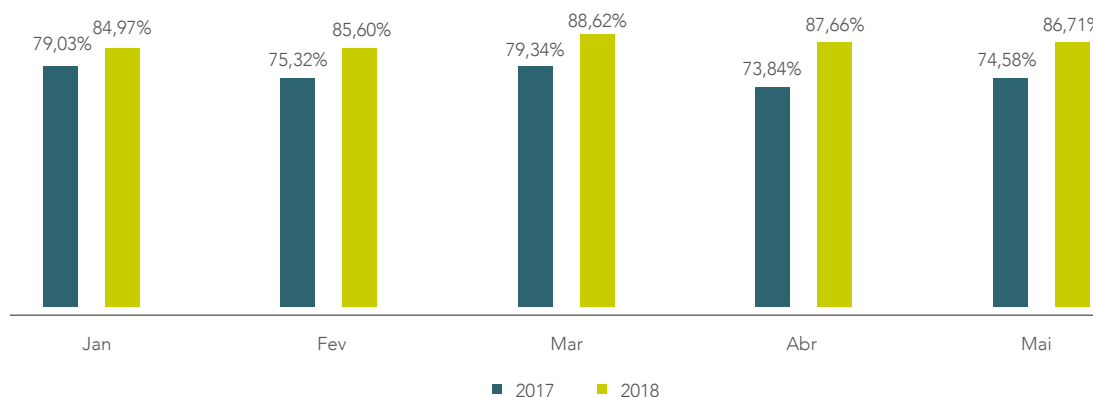
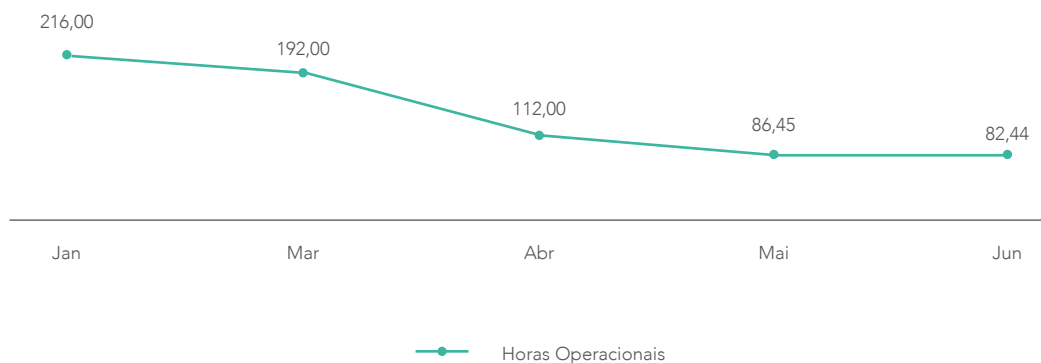


Gráfico 2 | Tempo Médio de Processamento (Audit. - Fat.) Centro Cirurgico



CONCLUSÃO

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

Organização, tecnologia, informação, agilidade e engajamento são elementos fundamentais para

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

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

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





A IMPORTÂNCIA DO ENVOLVIMENTO MULTIDISCIPLINAR PARA REDUÇÃO DE GLOSAS NAS CONTAS HOSPITALARES

📍 Hospital Samaritano

Autores: Camila Cristina Pires Nascimento, Solange Fernandes de Azevedo Brito e Virginia Maria Ceroni Paraizo

OBJETIVO DO PROJETO

O projeto tem como foco envolver os diversos setores e profissionais atuantes no processo de cuidado dos pacientes em reuniões periódicas, para avaliar os itens com maior prevalência de inclusão, exclusão e glosas nas contas hospitalares. O objetivo central desses encontros é realizar análise do uso dos itens e propor estratégias para o uso adequado, baseado em protocolos de melhores práticas e uso racional de recursos.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

O setor de faturamento/auditoria de contas pontuava, individualmente, alguns setores sobre itens que impactavam no fechamento das contas e que tinham uma perda financeira significativa para a instituição, porém esta ação não era coordenada e os resultados ficavam restritos a contas/procedimentos específicos, não resultando em melhoria sistêmica para a organização.

PRÁTICA IMPLANTADA

O processo inicial foi estruturar todos os itens que eram incluídos, excluídos e/ou glosados das contas hospitalares. Para tanto, o setor de faturamento, juntamente com setor de práticas assistenciais passou a organizar reuniões men-

sais com as equipes das seguintes áreas: pronto atendimento, unidade de internação, unidade de terapia intensiva, fisioterapia, fonoaudiologia, farmácia e tecnologia da informação.

O primeiro encontro teve como principal finalidade apresentar aos participantes o panorama atual e os itens de maior impacto de cada área. A partir de então algumas responsabilidades foram delegadas, bem como melhorias foram implementadas:

- Protocolos assistências para a utilização de materiais de alto custo e mais sensíveis a questionamentos das fontes pagadoras, tais como: manta térmica, conectores valvulados, infusores, etc, dando subsídio ao uso adequado e também utilizado como ferramenta da equipe de auditoria para negociação com os auditores das fontes pagadoras;
- Automatização do lançamento de taxas em sistema, diminuindo a carga de trabalho burocrático da equipe assistencial. Os processos implantados foram referentes a oxigenioterapia, uso de sevorane e taxas de sala cirúrgica;
- Envolvimento da equipe assistencial no processo de gerenciamento das contas hospitalares, garantindo o lançamento correto dos itens utilizados.

RESULTADOS OBTIDOS

As estratégias utilizadas proporcionaram diversos benefícios, como diminuição significativa do lan-

çamento de taxas, equipamentos, procedimentos e gasoterapia pela equipe da auditoria, o que se deve à implantação dos lançamentos automáticos. Assim como a inclusão de materiais e medicamentos nos protocolos institucionais de uso.

Motivos de Inclusão	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18
TX / EQUIP / PROCED / GASO - Ausência de cobrança	43,11%	46,35%	45,29%	43,15%	23,71%	29,21%	28,16%
MAT / MED - Ausência de cobranças	43,21%	40,21%	44,28%	49,25%	43,86%	55,54%	57,05%
DIÁRIAS - Ausência de cobrança automática	13,12%	11,43%	9,51%	7,07%	30,46%	12,00%	9,97%
HONORÁRIOS - Ausência de cobrança automática	0,13%	0,69%	0,50%	0,26%	1,69%	0,43%	0,98%
NUTRIÇÃO - Ausência cobrança	0,15%	0,98%	0,14%	0,00%	0,00%	0,17%	0,00%
Demais Itens	0,28%	0,34%	0,28%	0,27%	0,27%	0,75%	0,40%
Total Inclusões	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

CONCLUSÃO

Com a estratégia adotada, a instituição ganhou não somente em valores financeiros, mas também em engajamento e atuação efetiva de toda

equipe, além do envolvimento das áreas e trocas de saberes que agregam muito valor às práticas assistenciais.

Esta prática adotada continua em acompanhamento mensal na instituição e seus resultados são discutidos mensalmente nas reuniões gerenciais.







LEAN SIX SIGMA PARA REDUÇÃO DAS DEDUÇÕES DA RECEITA BRUTA (GLOSAS E VENDAS CANCELADAS)

📍 Hospital Marcelino Champagnat

Autores: Elaine Gonçalves da Costa e Lais Cristina Luz

OBJETIVO DO PROJETO

Redução financeira nas deduções da receita bruta (glosas e vendas canceladas) buscado minimizar a variação desta para receita líquida.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

No período de 2016 e 2017 o hospital atingiu o orçamento da receita bruta, porém, o alto índice de glosas e vendas canceladas resultava em uma importante variação desta para a receita líquida.

PRÁTICA IMPLANTADA

A partir da identificação do problema, a alta liderança do hospital elencou colaboradores em formação *Black Belt*, por meio do Programa de Incentivo à Educação patrocinado pelo Grupo Marista, para desenvolver o Projeto Lean Six Sigma com metodologia DMAIC para redução das deduções da receita bruta.

O roteiro DMAIC (*Define, Measure, Analyze, Control*) é estruturado em cinco etapas. Em cada uma delas, um objetivo foi concluído e, para isso, utilizou-se ferramentas de qualidade para garantir a progressão do projeto. O início se deu pela definição do problema (*Define*), passando por uma medição do estado atual (*Measure*), pela caracterização da raiz do problema (*Analyse*), pelo desenvolvimento e pelo teste (*Improve*)

e, por fim, pela implementação das mudanças (*Control*), garantindo que os resultados se manterão no futuro.

Na fase *Define*, definiu-se a equipe do projeto e com base na análise dos dados históricos e da confiabilidade das informações, delimitou-se o escopo e determinou-se a meta de redução de 30% nas deduções até dezembro de 2017.

Na fase *Measure*, o problema foi estratificado para definição de cinco metas específicas, sendo elas: reduzir as glosas por Erro Operacional no Centro Cirúrgico em 30% até dezembro de 2017; reduzir as glosas por Erro Operacional nas Unidades de Internação em 28% até dezembro de 2017; reduzir as glosas por Erro Operacional na UTI em 28% até dezembro de 2017; reduzir as glosas por Erro de Cadastro em 45% até dezembro de 2017; e reduzir as Vendas Canceladas de Clientes Particulares em 70% até dezembro de 2017.

Na fase *Analyze*, a ferramenta utilizada para detalhar o processo foi o Fluxograma de Mapeamento do Processo. O principal foco foi "glosa por erro operacional" nos setores centro cirúrgico, unidades de internação e UTI. Para identificar a origem destas falhas, foi necessário mapear o processo de geração de receita (atendimento a pacientes). Para o foco "erro de cadastro", mapeou-se o processo de cadastramento dos contratos com planos de saúde. Já para o foco "vendas canceladas de clientes particulares," o processo mapeado foi o cancelamento de notas fiscais. Para identificar as potenciais causas dos problemas, os colaboradores envolvidos nos principais processos foram reunidos para realização de *brainstorming*, considerando as metas específicas definidas na etapa *Measure*. Utilizou-se a matriz GUT para priorizar as causas potenciais e após comprovação de que as causas

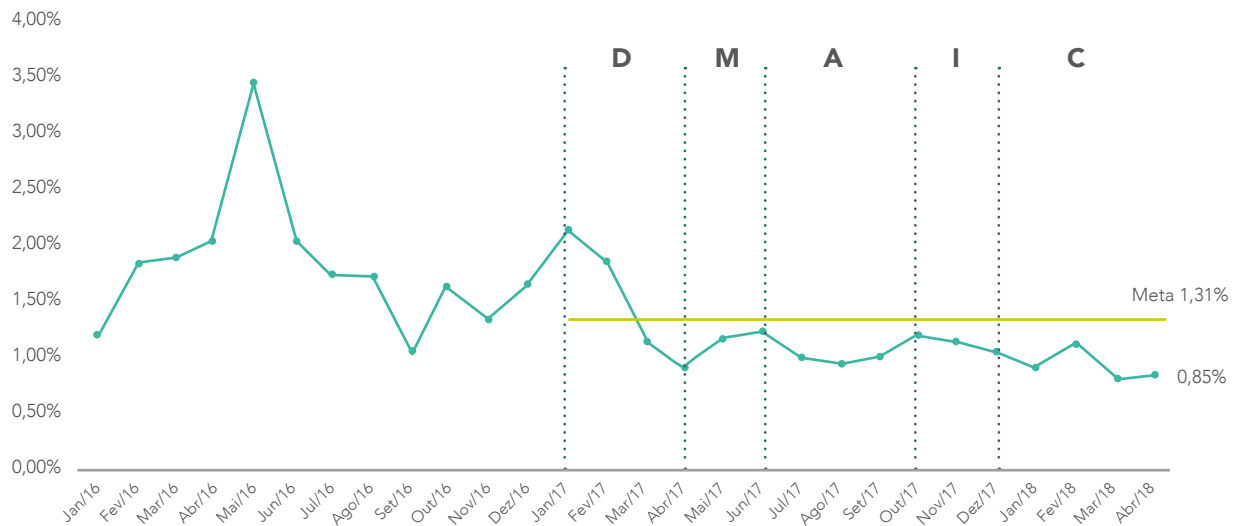
priorizadas possuíam correlação com o foco do problema, definiu-se as causas fundamentais. Durante a fase do *Improve*, para identificar as possíveis soluções, a equipe diretamente envolvida na operação foi novamente reunida para uma sessão de brainstorming, considerando as causas priorizadas na etapa *Analyze*. Para as seis causas fundamentais, elencou-se um total de 25 possíveis soluções. Utilizou-se a matriz BÁSICO como ferramenta de priorização para definir as onze prioritárias. As priorizações foram feitas levando-se em conta os seguintes motivos: facilidade na implementação, impacto para o cliente, custo benefício e apoio da alta liderança. Realizou-se ainda, análise de risco para a implantação das soluções e definição de plano de contingência, além de período de testes para as soluções propostas. Ainda na fase *Improve*, estabeleceu-se o plano de ação detalhado no formato 5W2H para todas as soluções propostas.

Houve acompanhamento constante para garantir que todas as soluções propostas fossem implementadas nos prazos determinados.

RESULTADOS OBTIDOS

Os resultados foram comprovados na fase *Control*. A meta consistia em diminuir o percentual de dedução da receita bruta em 30% até dezembro de 2017, ou seja, o limite de deduções da receita bruta que no início do projeto era 1,88% deveria ser menor ou igual a 1,31%. Em dezembro de 2017 o resultado alcançado foi de 1,04%, portanto 21% melhor que a meta estabelecida no início do projeto. Na análise do resultado de abril de 2018, o resultado obtido foi 0,85% de dedução da receita bruta, excedendo em 50% a meta.

Percentual de Dedução da Receita Bruta



CONCLUSÃO

A implantação do projeto Lean Six Sigma trouxe benefícios, além dos econômico-financeiros, os quais podemos destacar: criação de procedimentos operacionais padrão, maior capacitação das equipes, automatização de lançamentos em conta hospitalar, eliminação de sobreposição de tarefas com redução de quadro de pessoas e redução no tempo total de faturamento das contas hospitalares. Esse projeto reforçou que, para boa execução

e garantia dos resultados, são necessários uma equipe engajada, encontros regulares, conhecimento e discussão dos envolvidos e que o projeto seja relevante para a empresa. É necessário ainda o suporte da alta liderança, principalmente para a implantação das soluções. O escopo deve ser bem delimitado para evitar grandes derivações. A maior dificuldade encontrada foi a coleta e análise dos dados. O mapeamento do processo foi um ponto chave para o êxito do projeto. É importante, desde o início do trabalho, documentar e manter as evidências das ações tomadas.



GERENCIAMENTO DE LEITOS – ESTIMATIVA DE ALTA PELA ENFERMAGEM COMO ALTERNATIVA DE EFICIÊNCIA NO GIRO DE LEITO

 Hospital Vita Batel

Autores: Maria Cristina Harder, Amanda Voltolini e Giceli Siqueira Vaz

OBJETIVO DO PROJETO

Receber previamente as estimativas de alta, do ponto de vista da enfermagem, possibilitando um gerenciamento de leitos mais eficiente e seguro. O projeto visa ainda agilizar os processos administrativos e burocráticos, dos quais dependemos para viabilizar a alta do paciente.

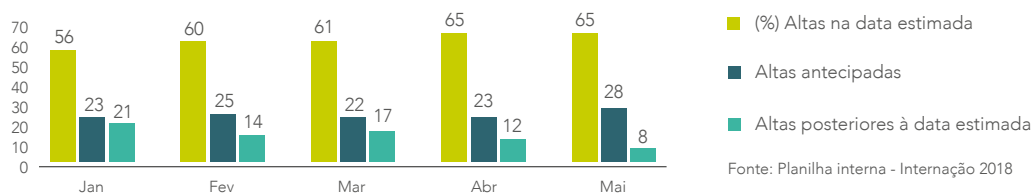
SITUAÇÃO-PROBLEMA

A distribuição de leitos era realizada somente após a chegada do aviso de alta na internação. A dificuldade compreende o risco de gerenciar leitos para pacientes de pronto-socorro e altas da UTI, correndo o risco de não garantir leitos cirúrgicos eletivos. A fim de não correr tal risco, os leitos para pacientes de pronto-socorro e altas da UTI eram gerenciados somente no período da tarde, quando se aproximava o final das cirurgias eletivas, ocasionando uma insatisfação do cliente ou até mesmo perda financeira quando mantínhamos os pacientes de alta na UTI, aguardando liberação dos leitos nas alas de internação.

PRÁTICA IMPLANTADA

Com o aumento significativo do número de cirurgias, tornou-se inviável gerenciar leitos da forma como era feito. Em janeiro de 2018, foi evidenciado que o enfermeiro, ao realizar o processo da sistematização da assistência, teria condições de prever a possibilidade de alta destes pacientes. Como alternativa passamos a mensurar a eficiência desta informação. Para isto, foi desenvolvida uma planilha onde o enfermeiro deve preencher as estimativas de alta do dia seguinte, evidenciando o nome do paciente e o leito. Diariamente, no final da tarde, os enfermeiros repassam esta planilha para o setor de gerenciamento de leitos e, com posse desta informação e após “Bate Mapa” (conferência dos procedimentos cirúrgicos agendados para o dia seguinte), os leitos com perspectiva de desocupação são reservados para os pacientes eletivos do dia seguinte. Esta ação é mensurada sob três perspectivas, os pacientes que receberam alta na data que foi estimada pelo enfermeiro, aqueles que receberam alta antes da data estimada e os pacientes que receberam alta posterior a data estimada. No gráfico abaixo, apresentamos os resultados obtidos entre os meses de janeiro e maio de 2018:

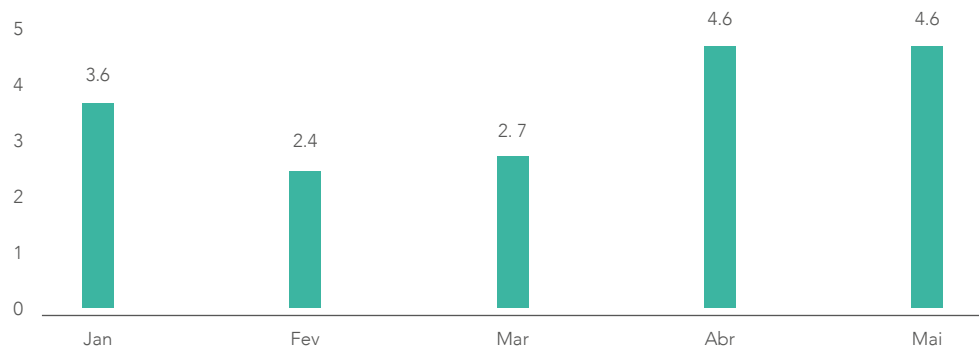
Gráfico 1 | Previsão de Altas



A experiência nos primeiros cinco meses nos mostrou uma média de efetividade de 85% das estimativas apontadas pelo enfermeiro, o que nos possibilitou trabalhar com mais tranquilidade no gerenciamento de leitos, inclusive na véspera. Para os pacientes com alta posterior à data

apontada pelo enfermeiro, é realizada análise de quantos dias após ele teve a alta efetivada, promovendo uma ação de melhoria interna em nossos processos, atuando em questões burocráticas, como agendamento de exames e de *home care*.

Gráfico 2 | Média de permanência pós previsão de alta (dias)



Fonte: Planilha Interna – Internação 2018

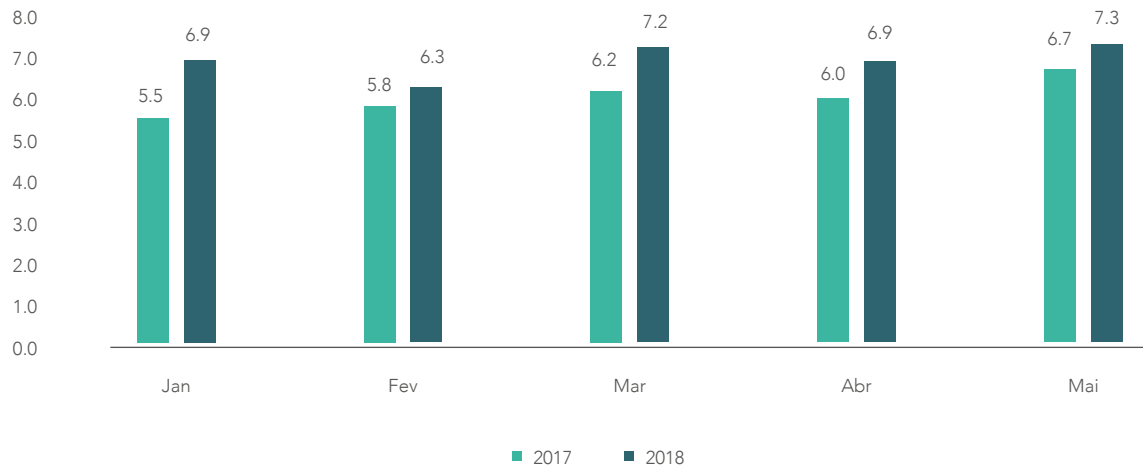
RESULTADOS OBTIDOS

Como resultado deste projeto, evidenciamos uma queda nos tempos de espera do paciente para a acomodação nos leitos, seja ele eletivo, pacientes provenientes do pronto-socorro ou pacientes com alta da UTI para alas. Para os pacientes eletivos, o tempo médio de espera é de 01h04, enquanto em 2017 este tempo era de 01h49. Para os pacien-

tes críticos (UTI) provenientes do pronto-socorro a redução foi em média de 00h21. Em 2017, o tempo médio era de 02h00, já em 2018 a média é de 01h39. Em 2017 os pacientes com alta de UTI aguardavam em média 03h50 a transferência para um leito na ala. Em 2018, o tempo médio reduziu para 03h20.

Além disto, ficou evidenciado que a ação contribuiu de uma forma geral, mesmo que discretamente, com o aumento do índice de giro neste período.

Gráfico 3 | Índice de Giro



Fonte: RDO

CONCLUSÃO

A busca pela melhoria contínua incentiva o desenvolvimento de alternativas para o gerenciamento de processos que resultam em projetos como este. Com a estimativa de alta pelo enfermeiro é possível

evidenciar melhorias significativas no processo de gerenciamento de leitos. A ação permite maior segurança na distribuição dos leitos, seja aos pacientes com alta de UTI, pronto-socorro e cirúrgicos eletivos, promovendo a redução dos tempos de espera dos pacientes por leito e, acima de tudo, um aumento da satisfação do cliente.



CRIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DO LOBBY DE ALTA E MAIOR ROTATIVIDADE DOS LEITOS HOSPITALARES

📍 Hospital Marcelino Champagnat

Autores: Maria Jociane Custodio, Marcia da Silva Legroski e Vanessa Alves de Ramos

OBJETIVO DO PROJETO

Demonstrar os resultados positivos obtidos com a criação do espaço denominado *lobby* de alta, e através disso o melhor gerenciamento e giro dos leitos das Unidades de Internação.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

A alta médica no sistema deve ocorrer sempre até às 12 horas, sendo que após entregue os documentos de alta hospitalar o paciente tem até 1 hora para desocupar o quarto. Antes da implantação do *lobby*, se algum fator impedia o paciente de deixar o quarto, ele permanecia no mesmo até que isso fosse resolvido, causando atrasos na higienização e manutenção do leito para que fosse gerenciado para um novo paciente. Portanto, a cada utilização do *lobby* uma nova diária é gerada a partir do gerenciamento do leito.

PRÁTICA IMPLANTADA

A desospitalização precoce é um novo conceito no mercado de saúde, e funciona como uma alternativa para a disponibilizar mais leitos hospitalares, proporcionando ao paciente a opção da reabilitação em casa e do atendimento domiciliar (*home care*), evitando inclusive possíveis danos provocados pelo internamento prolongado, como infecções, quedas, dentre

outros eventos. Visando a melhoria contínua de seus processos e melhor controle de oferta e demanda de leitos, com a finalidade de manter a taxa de ocupação viável, o Hospital Marcelino Champagnat (HMC) que possui 86 leitos de internação, criou um espaço denominado *lobby* de alta, um espaço confortável, fechado, com poltronas e televisão. Esse local é destinado ao paciente para aguardar o desfecho após a alta hospitalar no sistema pelo médico, pois inúmeras situações podem atrasar ou tornar morosa essa fase do processo, como: aguardar familiar para transporte, orientações da equipe multiprofissional, entre outras. Antes da implantação desse processo muitos pacientes, mesmo com a alta no sistema, permaneciam no leito por horas, o que acarretava em atraso na transferência de pacientes do centro cirúrgico, UTI e pronto atendimento. Após a análise do problema, tanto pelo gerenciamento de leitos, como pela gerência de enfermagem, optou-se pela criação do espaço. Além disso, foram destinados dois colaboradores específicos para a desospitalização que facilitam este processo, retirando cateteres, orientando o processo final da alta e o transporte e acompanhamento do paciente até sua saída da instituição ou alocação no *lobby* após a indicação do enfermeiro. Além da enfermagem e do gerenciamento de leitos, também estão envolvidos nesse processo os setores de higienização e manutenção, todos integrados e comunicando-se de forma que no leito desocupado seja realizada a manutenção e higienização, e liberado o mais rápido possível, evitando assim desperdício de tempo, haja visto a alta demanda cirúrgica diariamente.

Foram definidos alguns critérios na elegibilidade dos pacientes para utilização do *lobby*. Dentre

eles, a avaliação do enfermeiro é primordial, pois pacientes com suporte de oxigênio ou que necessitam de transporte de maca, paciente em pós-operatório de próteses de quadril e joelho, que estejam com algum tipo de precaução ou déficit de mobilidade não são indicados para a utilização do espaço, devido à complexidade e necessidade de cuidados de enfermagem ininterruptos.

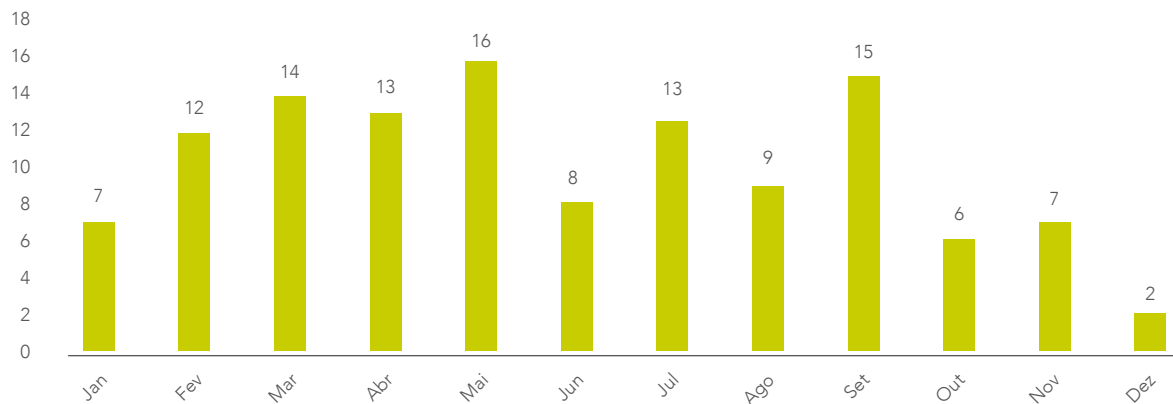
Foram coletados dados referentes a utilização do espaço *lobby* de alta no período de janeiro a dezembro de 2017, e o resultado foi obtido utilizando a média do valor das diárias do ano de 2017, que foi de R\$ 2.885,00, multiplicados pelo número de vezes da utilização do *lobby* durante

o ano, conforme dados no Gráfico 1.

RESULTADOS OBTIDOS

Foram coletados dados de janeiro a dezembro de 2017 referentes a utilização do *lobby*, nesse período o local foi utilizado 122 vezes pela equipe de enfermagem para alocar o paciente de alta hospitalar, conforme o gráfico. Transformando este número em novas diárias, foram geradas 122 novas diárias nesse período, aumentando a receita bruta em R\$ 352.220,00.

**Utilização do lobby de Alta
Janeiro a Dezembro 2017**





CONCLUSÃO

Após os dados apresentados, podemos concluir que existem muitas oportunidades de melhoria no processo de alta hospitalar, principalmente no que tange a organização e direcionamentos quanto à procedimentos, medicações e orientações - situações que podem ser alinhadas antes da alta no sistema, desde o momento que o paciente se interna. A falta de leitos pode ser otimizada com alternativas como esta, utilizando espaços que se encontram ociosos ou poucos utilizados. A criação de um fluxo descrito com critérios para a elegibilidade do paciente para utilização do *lobby* se faz necessária para que o processo seja seguro para os pacientes que porventura precisem aguardar antes de deixar a instituição, no entanto o espaço ainda é pouco utilizado. O gerenciamento do processo de desospitalização deve ocorrer de forma segura e sistematizada, evitando principalmente reinterna-mentos, mas também visando o giro dos leitos.



CICLO DE RECEITA DA QUIMIOTERAPIA

BP Mirante

Autores: Patricia Molina, Ana Claudia de Oliveira e Maria Ines R. Gato

OBJETIVO DO PROJETO

- Reavaliar o processo de quimioterapia desde a etapa de prescrição, passando pelas atividades de Farmácia e de Enfermagem, até o fechamento da conta hospitalar.
- Identificar oportunidades de melhoria avaliando o fluxo da receita, com objetivo de aumentar a receita líquida e a eficiência operacional na execução do processo.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Nem todos os itens consumidos eram faturados e identificados em conta, ocorriam falhas de lançamento de materiais de punção e taxas de procedimento.

PRÁTICA IMPLANTADA

Nosso *baseline* é de agosto de 2017 e as mensurações ocorreram na sequência: setembro, outubro, novembro e dezembro do mesmo ano. De janeiro a maio de 2018 monitoramos os resultados.

Utilizamos a metodologia Lean e realizamos inicialmente a coleta de dados através de amostragem, medindo os tempos de cada etapa na Farmácia da Oncologia. O mapeamento do fluxo de valor foi elaborado através da observação dos colaboradores durante a realização de suas tarefas.

Após a análise, por meio de ferramentas sim-

ples, como o Programa 5S, ao organizar o espaço de trabalho de maneira eficaz e visando a melhoria contínua implementamos:

- Abertura do número de atendimento (NA) na admissão do paciente: realizamos alterações junto à TI garantindo a vinculação do NA correto para lançamentos em conta;
- Prescrição médica: cadastro em sistema de todos os protocolos de quimioterapia. Os processos manuais de alteração de prescrição médica foram abolidos, impedindo a sequência no atendimento até efetiva alteração em sistema;
- Lançamentos em conta: melhora da eficiência operacional na etapa de cobrança na farmácia da Oncologia para mitigação de falhas de lançamento;
- Conferência da conta *in loco*: iniciamos com a auditoria diária pela equipe de Enfermagem dos lançamentos de materiais e de medicamentos, de taxas, e de anotações de enfermagem de pacientes particulares. A conferência foi ampliada para contas de convênios por meio de amostragem diária de segunda a sexta-feira;
- Estruturação e incremento na receita de taxas, a partir de lançamentos automáticos vinculados aos procedimentos.

A partir da coleta de dados (Lean) foi possível realizar o mapeamento do fluxo de informações e materiais na farmácia da Oncologia e identificar as vulnerabilidades e riscos do processo. A falta de acurácia de alguns materiais utilizados para manipulação ocorria principalmente em horá-

rios de alta demanda onde os itens eram lançados um a um devido à falta de kits de materiais previamente montados no físico e em sistema. Com um *head count* reduzido e novos colaboradores em treinamento, a mesma pessoa separava e realizava o lançamento em conta utilizando uma única cesta; o colaborador realizava o lançamento retirando os itens e os devolvia para a mesma cesta. Identificou-se neste momento uma fragilidade, pois ao misturar itens lançados e pendentes de lançamento, alguns deixavam de ser bipados. O lançamento em conta não está vinculado à dose prescrita, o que permitia lançamentos em NA de consulta ou em atendimentos anteriores, problema que foi resolvido pela TI ao garantir a vinculação do NA correto. Durante análise de uma conta de um paciente particular, identificamos oportunidades de melhorias no lançamento de taxas de administração e de procedimentos durante o atendimento ambulatorial que, por ser um processo manual, deixavam de ser lançadas. Com as mudanças implementadas pela TI a Enfermagem passou a vincular o número de atendimento correto para liberação para a Farmácia mitigando lançamentos em NA incorretos. A principal oportunidade de melhoria encontrada na Farmácia da Oncologia foi a forma de montagem prévia de kits de materiais. Alteramos a forma de cobrança utilizando duas cestas (conforme o item é lançado transferimos para outra cesta para envio para manipulação), o que foi viabilizado a partir de uma mudança no *layout* da bancada de cobrança. Com o ajuste de *head count* e treinamento de novos colaboradores finalizado, o processo de cobrança passou a ser realizado por duas pessoas: uma separa e outra, após conferência, realiza o lançamento em conta. Para a implantação das melhorias no ambulatório, algumas premissas precisaram ser definidas para a apuração dos resultados devido à complexidade do paciente oncológico com impacto na cobrança dos itens apurados. Avaliamos as taxas de sala, de serviços médicos e de enfermagem com potencial de cobrança; definiu-se e consolidou-se com a equipe de Enfermagem do ambulatório de Oncologia os conceitos de cobrança dos itens (volume, hora, item, etc). As

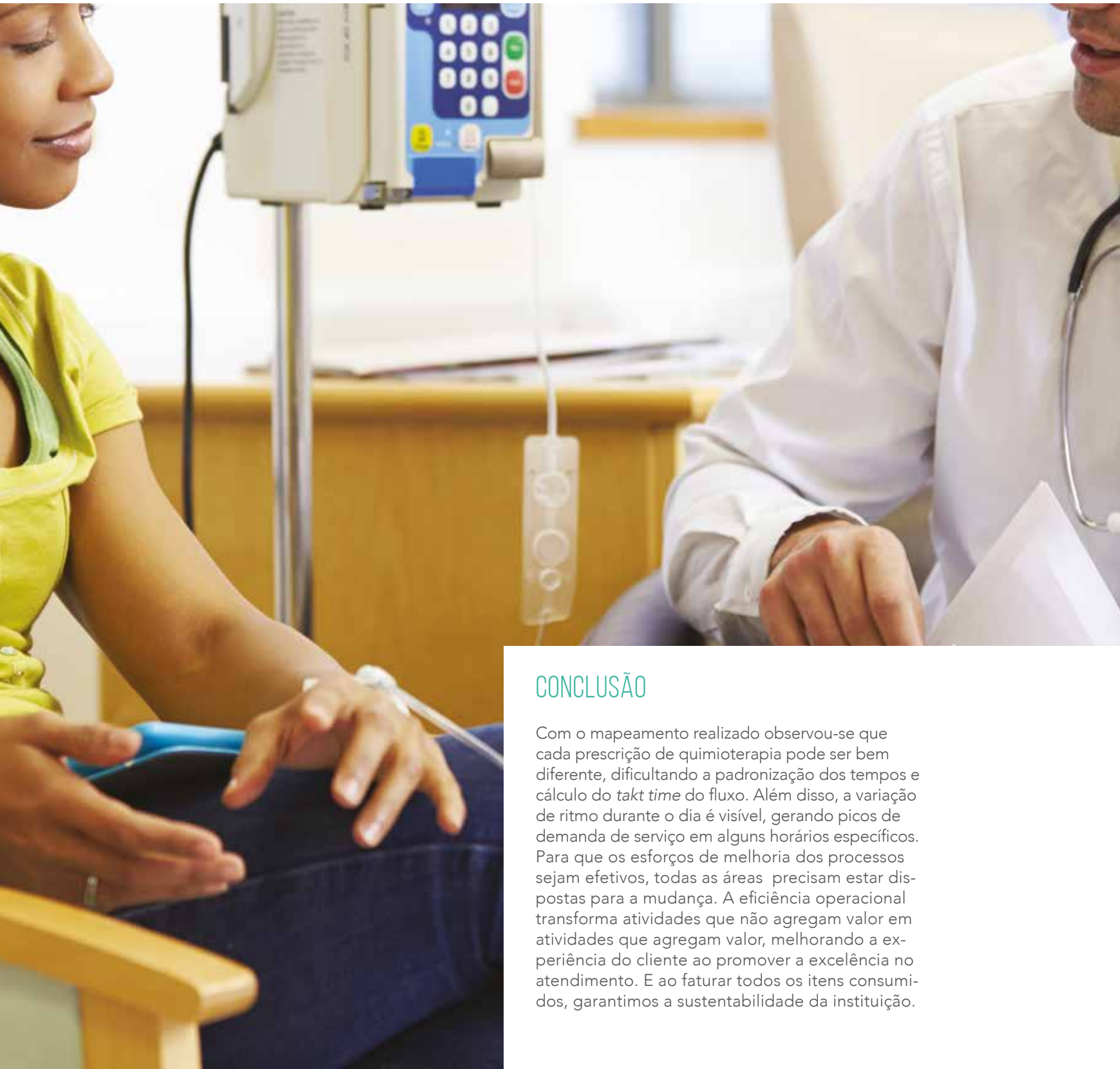
ações elencadas foram implementadas:

- Conferência diária dos lançamentos das contas de pacientes particulares;
- Reorientação e treinamento dos colaboradores para o lançamento correto de taxas de procedimento de enfermagem;
- Liberado em sistema o perfil de escriturários oncologia para a equipe de enfermagem, o que viabilizou a conferência dos lançamentos em conta;
- Através de uma amostragem foi ampliada a conferência de conta de pacientes de convênio;
- Está em estruturação a implantação pela TI de automação do lançamento de taxas após finalização do cadastro e parametrização em sistema;
- Implantação em maio de 2018 da taxa de preparo de quimioterapia para pacientes particulares;

RESULTADOS OBTIDOS

Com as melhorias implementadas na Farmácia da Oncologia em agosto de 2017, a acurácia de itens era de 75% (58 itens com saldo divergente em um total de 453, com um saldo negativo de R\$ 1.021,25). Com as melhorias implementadas, em dezembro de 2017 o resultado foi de 80,59 % e em maio de 2018 passamos para uma acurácia de 97,63%, com um saldo negativo de R\$ 288,45. Através do monitoramento de indicadores os ganhos obtidos no período de janeiro a maio de 2018 foi de R\$ 184.616,00. Com a implantação de cobrança de taxas de preparo de quimioterapia de pacientes particulares o ganho foi de R\$ 7.167,00 em cinco semanas. A partir das melhorias e ações de revisão de ciclo de receita implantadas na áreas da oncologia, obtivemos incremento de receita conforme demonstrado e um aumento no *ticket* médio de 21,1%.





CONCLUSÃO

Com o mapeamento realizado observou-se que cada prescrição de quimioterapia pode ser bem diferente, dificultando a padronização dos tempos e cálculo do *takt time* do fluxo. Além disso, a variação de ritmo durante o dia é visível, gerando picos de demanda de serviço em alguns horários específicos. Para que os esforços de melhoria dos processos sejam efetivos, todas as áreas precisam estar dispostas para a mudança. A eficiência operacional transforma atividades que não agregam valor em atividades que agregam valor, melhorando a experiência do cliente ao promover a excelência no atendimento. E ao faturar todos os itens consumidos, garantimos a sustentabilidade da instituição.



REDUÇÃO DO VOLUME DE GLOSAS RELACIONADAS À PRECAUÇÕES E ISOLAMENTOS

📍 Hospital Infantil Sabará

Autores: Roberta Ferreira Mariano, Talitha Raphaela Silva e Francisco Ivanildo de Oliveira Júnior

OBJETIVO DO PROJETO

Reduzir o valor de glosas relacionadas à taxa de precauções e isolamentos entre paciente tratados no Hospital Infantil Sabará.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Alta porcentagem de glosas relacionadas à taxa de precauções e isolamentos entre paciente tratados no Hospital Infantil Sabará. Nos nove primeiros meses de 2017, as glosas deste item representaram em média 9,67% do valor faturado em taxa de isolamento.

PRÁTICA IMPLANTADA

Realizamos um comparativo de valor faturado em relação à cobrança de taxas de precaução e isolamento com o valor glosado deste item, entre os meses de janeiro a setembro de 2017, e evidenciamos uma taxa de glosa média de 9,67%. Ao analisarmos os dados para identificação da causa, detectamos que as glosas relacionadas à precauções e isolamentos eram decorrentes dos seguintes fatores:

- Ausência de prescrição médica da precaução indicada;
- Indicação inadequada, não correspondendo às

orientações do Manual de Precauções e Isolamentos institucional;

- Baixa aceitação das recomendações do Manual de Precauções e Isolamentos do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) pelas operadoras de saúde.

Tais fatores foram constatados por meio da análise de uma amostragem do relatório de glosas pós auditoria médica (agosto e setembro de 2017). No período analisado ocorreu um total de 62 glosas, identificamos que deste total seis casos (9,7%) não havia indicação da precaução instituída e em 56 casos havia indicação de isolamento de acordo com o manual de precauções. Destes 56 casos, 12 não havia prescrição médica, representando 21% de falha do processo de prescrição, e em 44 não houve aceitação das recomendações do manual por parte da operadora, representando 79% do total de glosas de pacientes com indicação de isolamento, de acordo com o manual de precauções.

Algumas ações foram executadas com o objetivo de minimizar estes problemas, entre elas destacamos ações de orientação e conscientização da equipe médica sobre a importância da prescrição do isolamento.

Outra ação implementada em conjunto com o setor de Tecnologia da Informação foi a criação de um documento eletrônico para registro dos motivos do isolamento feito pela equipe do SCIH, o formulário "Orientação SCIH". No decorrer da implantação do formulário várias melhorias foram feitas objetivando melhorar a sinalização das precauções instituídas em prontuário eletrônico.

Esta ferramenta possibilitou o registro da indicação de precauções e isolamento pelos profissionais do SCIH, além de beneficiar a equipe administrativa no processo de faturamento, pois em caso de ausência da prescrição médica deste item os cuidadores conseguirão, através deste documento, identificar a indicação do isolamento solicitando a adequação da prescrição. Além disso, terão mais embasamento em caso de contestação por parte da equipe de auditoria externa. A ferramenta auxiliou o processo de avaliação do prontuário por parte da equipe de auditores médicos das operadoras de saúde, pois reúne informações como: motivo, data de início, resultados de exames, data de suspensão da precaução e isolamento quando indicada. Todas as ações implantadas foram divulgadas para as equipes assistenciais via e-mail e reforçadas *in loco* durante as visitas do SCIH nas áreas assistenciais. As equipes médicas internas foram sinalizadas durante reunião clínica enquanto que

as equipes da auditoria interna e externa foram orientadas em reunião específica para apresentação da ferramenta.

RESULTADOS OBTIDOS

Para compreendermos o impacto das melhorias desenvolvidas, analisamos o relatório de glosas e de valor faturado em taxas de isolamento no período de dezembro de 2017 e janeiro de 2018. Investigamos se os pacientes haviam indicação para o isolamento, prescrição médica deste item e resultados de exames que comprovem a indicação. Após a implantação das ações que ocorreu no mês de outubro de 2017, identificou-se expressiva redução no valor glosado em relação ao valor faturado, bem como uma elevação do valor faturado, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 1 | Comparativo entre o valor faturado e valor glosado referente as taxas de isolamento do Hospital Infantil Sabará no período de janeiro de 2017 a maio de 2018



Para verificar se houve alteração no motivo das glosas realizamos outra análise com dados dos meses de dezembro/2017 e janeiro/2018. Neste período ocorreu um total de 57 glosas, identificamos que deste total seis casos (10,5%) não havia indicação do isolamento instituído cobrado e em 51 casos havia indicação de isolamento de acordo com o manual de precauções.

Destes 51 casos, nove não havia prescrição médica, representando 17,6% de falha do processo de prescrição, e em 42 não houve aceitação das recomendações do manual por parte da operadora, representando 82,4% do total de glosas de pacientes com indicação de isolamento.

Analisando estes dados e comparando com o levantamento feito anteriormente, constatamos que houve uma melhora em relação à falha no processo de prescrição médica do isolamento. Pré intervenção, 21,4% das glosas tinha como motivo a ausência de prescrição médica e pós intervenção este valor reduziu para 17,6%. Já as glosas que tinham como motivo a não aceitação da indicação por parte da operadora subiu de 78,6% para 82,4%.

Ao compararmos os períodos pré e pós implantação do projeto identificamos um expressivo aumento do valor faturado e uma redução de considerável na taxa de glosas.

CONCLUSÃO

Instituir a precaução/isolamento correto de acordo com os sintomas ou doença apresentada é de extrema importância para minimizar a transmissão de infecção.

Pacientes em precaução elevam o consumo de equipamentos de proteção individual, aumentam a geração de resíduo infectante e consequentemente os gastos hospitalares. Além disso, o tempo do profissional durante o atendimento ao paciente é maior devido ao momento de colocação e retirada dos EPIS.

O registro feito pela equipe do SCIH auxilia as equipes assistenciais a instituir adequadamente e retirar precocemente a precaução/isolamento, evita retrabalho por parte da equipe da auditoria, e melhora o relacionamento com as operadoras de saúde, por manter informações claras e precisas. Concluímos também que as ações implantadas auxiliaram no processo de faturamento da instituição e se o plano de melhoria não tivesse sido implantado a probabilidade de perda para a instituição seria maior.





PROJETO SETUP DO LEITO ATRAVÉS DO APLICATIVO CLEAN

📍 Hospital Evangélico de Londrina

Autora: Rosimara Cunha

OBJETIVO DO PROJETO

A necessidade constante de excelência deu base para a implementação de ações para o aumento da efetividade operacional no processo de liberação dos leitos, que era de 3h40min, entre desocupação do leito e a disponibilização para uma nova internação.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Antes de 2016 havia poucas possibilidades de redução de tempo de liberação dos leitos, pois os dados existentes não eram suficientes para propor ações efetivas.

Os controles eram realizados e gerenciados em planilhas manuais e a comunicação era informal, pois não gerava dados confiáveis, o que evidenciava a necessidade de melhoria.

A instituição, ao iniciar o processo de acreditação, iniciou também um caminho de melhoria de processos, e era preciso propor ações para todos os processos, aumentando assim a produtividade e eficiência e, como consequência, a satisfação do cliente e a redução de custos.

PRÁTICA IMPLANTADA

A partir da Estruturação do Programa Fluxo do Paciente, com foco na redução do tempo médio de permanência institucional, e o mapeamento dos processos referentes a este fluxo, foi possível gerenciar as informações existentes para

otimizar as tomadas de decisões relacionadas à efetividade do processo de liberação de leitos. Implementar o *setup* do leito significava buscar a utilização dos leitos disponíveis em sua capacidade máxima, dentro dos critérios técnicos definidos pela instituição, visando a diminuição da espera para internação e satisfação dos nossos clientes (pacientes e médicos).

Com o objetivo de melhorar a resolubilidade e a agilidade do setor e, dentro da perspectiva financeira de reduzir custos, houve a sistematização do gerenciamento das higienes através de dispositivo móvel, utilizando o aplicativo Clean e facilitando a mobilidade das camareiras e integração das informações. Como consequência, foi possível também a dispensa de planilhas Excel e encerramento de movimentos desnecessários das equipes.

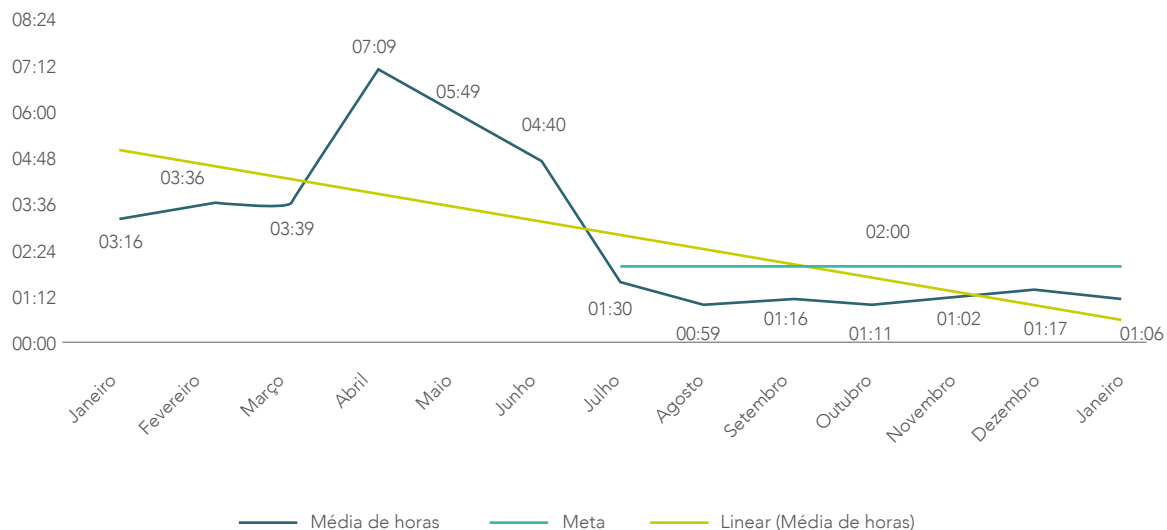
O próximo passo foi implementar indicadores para mensurar os resultados e gerir o desempenho, embasar a análise crítica dos resultados obtidos e do processo de tomada decisão e contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais.

RESULTADOS OBTIDOS

Comparando o período do início do projeto até o atual observamos melhora na adesão aos processos que envolvem a otimização do tempo de liberação de leitos, o que nos permitiu melhorar a utilização dos leitos disponíveis em sua capacidade máxima, visando a redução de espera para internação e obtendo um tempo total de 2h entre a alta hospitalar e a disponibilização do leito para próxima internação.

Demonstramos a seguir o gráfico.

Setup do leito 2017/2018



CONCLUSÃO

É de consenso no cenário atual que todos os caminhos para estabelecer melhoria da satisfação dos clientes internos e externos convergem para a busca pela excelência, otimização dos processos e redução de custos, e isto só se faz com uma análise crítica constante das fragilidades com monitoramento dos resultados e ações empreendidas, para que ações eficientes e inovadoras sejam implantadas.

Ao iniciarmos o processo encontramos inúmeros desafios, como concentração de pacientes nos primeiros horários da manhã e ausência de leitos para admissão, ocasionando insatisfação, baixa adesão das camareiras à utilização do aplicativo Clean e pouca eficiência na atualização dos dados, principalmente nos fins de semana. Uma das lições mais importantes aprendida é que olhar para os processos de maneira sistêmica pode proporcionar ações para otimização de recursos humanos, além de reduzir significativamente os custos desse processo.





GLOSAS: UM NOVO OLHAR PARA MELHORIA DE PROCESSOS E REDUÇÃO DE PERDAS FINANCEIRAS

 Hospital Vera Cruz

Autores: Sofia Bertolucci Batista de Oliveira e Aline Aparecida Silva Monzani

OBJETIVO DO PROJETO

Melhorar o processo de análise e recurso de glosa, com foco na correção dos processos internos, na redução do índice de glosa e na diminuição da perda financeira do hospital relacionada a estas glosas.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

O setor de Recurso de Glosa fazia parte da área financeira, vinculado ao Contas a Receber. A equipe contava com dois analistas, dois auxiliares administrativos e um enfermeiro sem experiência em auditoria. A identificação da glosa frequentemente era feita por rateio de valores, o que levava a recursos e justificativas incorretas. O setor tinha um prazo máximo de 30 dias para recusar as glosas e para cumprir a análise do recurso era sacrificada, poucas glosas classificadas como aceitas, dificultando o gerenciamento dos valores reais devidos. Esse cenário contribuiu para aumento e acúmulo de valores glosados, dificultando negociações com as operadoras.

PRÁTICA IMPLANTADA

Em julho de 2016 o setor passou a fazer parte da área de contas hospitalares, foi feito um mapeamento inicial na área e montado um plano de ação com os principais pontos a serem reestruturados. Após essa análise inicial, o quadro

de colaboradores foi reestruturado passando a contar com um Enfermeiro Auditor, dois analistas e um auxiliar administrativo. Todos os processos de trabalho foram revistos, desde a identificação dos valores e itens glosados até a negociação final com as operadoras.

Após o treinamento inicial dos novos colaboradores, no início de 2017 foi implantada a cultura de análise correta e completa do primeiro recurso, ou seja, só passaram a ser recusados os itens glosados de forma indevida pelas operadoras. Glosas ocorridas por erros de cobrança ou de processos internos do hospital passaram a ser aceitas na primeira análise. Isso trouxe melhoria nos argumentos dos recursos apresentados para as operadoras, que possibilitou negociações mais efetivas no momento da cobrança do pagamento da glosa. Mas a principal melhoria alcançada com esta prática foi a revisão dos processos internos, desde o momento da abertura do atendimento do paciente com o cadastro dos dados corretos nas recepções até o momento do envio efetivo da conta no faturamento. O setor de Recurso de Glosa passou a ser uma área estratégica na Gerência de Contas, pois a identificação dos erros de processo e a retroalimentação dos setores com as oportunidades de melhoria passaram a ser responsabilidade do setor.

Paralelamente ao envio do recurso completo e com argumentações pertinentes, iniciou-se um contato direto da Enfermeira Auditora com os gestores da operadora, principalmente quando identificadas glosas pontuais com percentuais altos em uma única conta ou lote de contas, somado aos casos de glosas sistêmicas sem justificativa ou pertinência. A Gerência de Contas é ligada à Diretoria Comercial do hospital e o estreitamento da relação com o Relacionamento Comercial fortaleceu essas ações e o trabalho em conjunto no momento das negociações

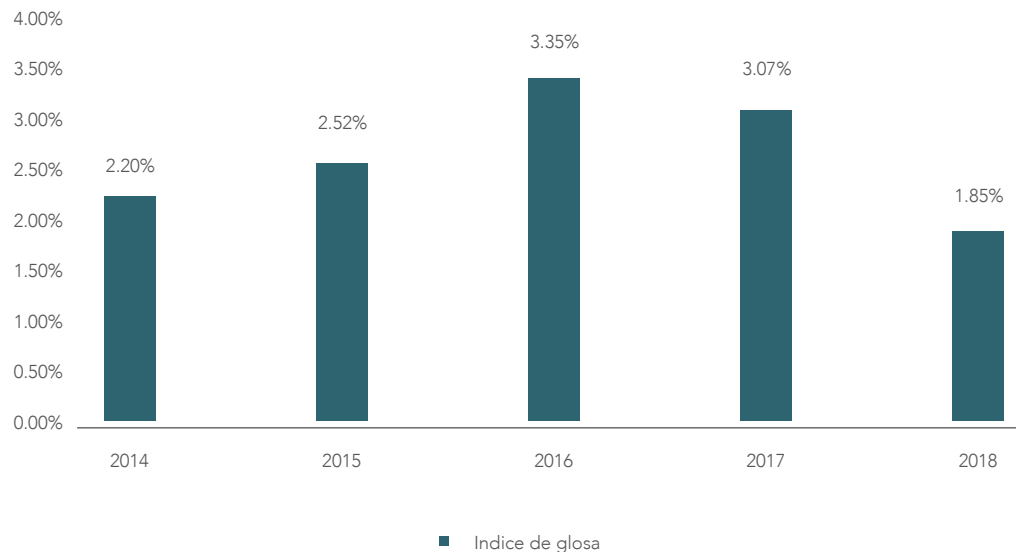
dos pagamentos das glosas em aberto e para o alinhamento entre hospital e operadora com relação às novas práticas e processos adotados pela área de recurso de glosas do hospital. As operadoras foram chamadas para reuniões no hospital, foi apresentado o novo modelo de trabalho e foram retomadas negociações de valores que estavam em aberto desde 2015. Valores estes que para muitas operadoras já não constavam mais em aberto, mas pela transparência do trabalho que estava sendo feito e o alinhamento das novas práticas visando a cobrança daquilo que realmente é justo para ambos os lados, foram retomados e negociado o pagamento daquilo que realmente era devido. Houve o aceite de glosas por parte do hospital das cobranças indevidas que ainda estavam sendo feitas e as operadoras efetuaram o pagamento do realmente era devido ao hospital. Com o alinhamento dos processos internos e a re-

tomada das negociações com aproximação entre hospital e operadoras, os resultados começaram a se refletir tanto no índice de glosa do hospital, quanto na recuperação dos valores glosados.

RESULTADOS OBTIDOS

Após a reestruturação do setor e a implantação das novas práticas, começaram a aparecer os resultados do trabalho. O índice de glosa anual do hospital, historicamente, já era baixo, porém houve um aumento gradativo de 2014 a 2016, passando de 2,20% para 3,35%. Com as ações, esse índice vem se reduzindo gradativamente: em 2017 o índice foi de 3,07% e de janeiro a maio de 2018 este índice se manteve em 1,85%, como pode ser observado no gráfico abaixo.

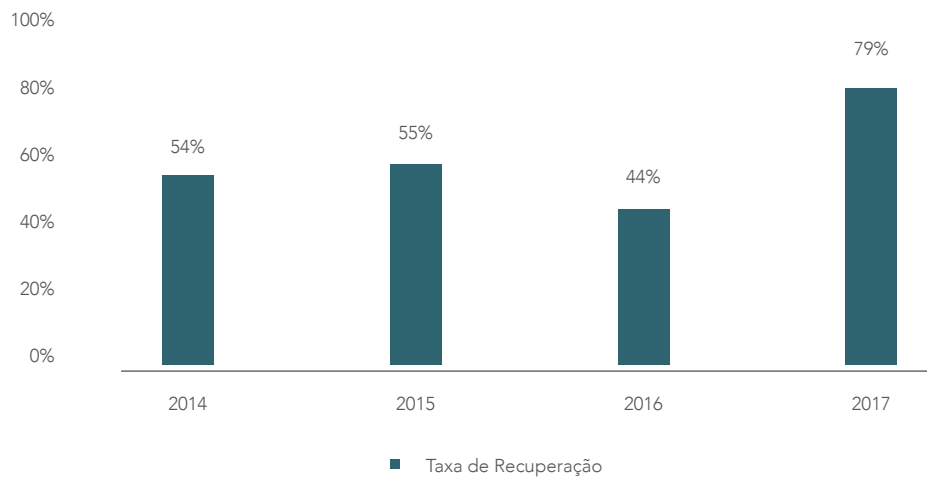
Gráfico 1 | Índice de glosa anual do Hospital Vera Cruz no período de janeiro de 2014 a maio de 2018



Além disso, a taxa de recuperação de valores glosados que em 2014 e 2015 era de 54%, caiu

para 44% em 2016 e passou para 79% em 2017, como mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 2 | Taxa de recuperação de glosa do Hospital Vera Cruz no período de 2014 a 2017



Os dados mostram que as ações implantadas trouxeram resultados positivos para o hospital e que a revisão dos processos fortaleceu a equipe e as análises iniciais das glosas recebidas foram fatores de impacto considerável na mudança da área.

CONCLUSÃO

A reestruturação da área trouxe um resultado expressivo para o Hospital com relação às perdas financeiras relacionadas às glosas. A construção

e o fortalecimento do trabalho junto às operadoras, mostrando a transparência na negociação e o posicionamento do hospital em aceitar o que não era pertinente, fortaleceu a relação de parceria e culminou com os resultados apresentados.

O posicionamento do setor de recurso de glosa como estratégico na área de Contas Hospitalares, possibilitou a retroalimentação do sistema e dos setores envolvidos, corrigindo processos internos e evitando desperdícios.

Os desafios da área são diários, porém o envolvimento da equipe e o comprometimento com a cultura implantada no setor mostram que é possível buscar resultados ainda mais expressivos, com a melhoria contínua dos processos internos.



1000	16400	16600	13000	19800	9000
17000	16900	17100	13500	20300	9500
17400	17400	17600	14000	20800	10000
17800	17900	18100	14500	21300	10500
18200	18400	18600	15000	21800	11000
18600	18900	19100	15500	22300	11500
19000	19400	19600	16000		12000
19400	19900	20100			12500
19800	20400	20600			13000
20200	20900	21100			13500
20600	21400	21600			14000
21000	21900	22100			14500
21400	22400	22600			15000
21800	22900	23100			15500
22200	23400	23600			16000
22600	23900	24100			16500
23000	24400	24600			
23400	24900	25100			
23800	25400	25600			
24200	25900	26100			
24600	26400	26600			
25000	26900	27100			
25400	27400	27600			
25800	27900	28100			
26200	28400	28600			
26600	28900	29100			
27000	29400	29600			
27400	29900	30100			
27800	30400	30600			
28200	30900	31100			
28600	31400	31600			
29000	31900	32100			
29400	32400	32600			
29800	32900	33100			
30200	33400	33600			
30600	33900	34100			
31000	34400	34600			
31400	34900	35100			
31800	35400	35600			
32200	35900	36100			
32600	36400	36600			
33000	36900	37100			
33400	37400	37600			
33800	37900	38100			
34200	38400	38600			
34600	38900	39100			
35000	39400	39600			
35400	39900	40100			
35800	40400	40600			
36200	40900	41100			
36600	41400	41600			
37000	41900	42100			
37400	42400	42600			
37800	42900	43100			
38200	43400	43600			
38600	43900	44100			
39000	44400	44600			
39400	44900	45100			
39800	45400	45600			
40200	45900	46100			
40600	46400	46600			
41000	46900	47100			
41400	47400	47600			
41800	47900	48100			
42200	48400	48600			
42600	48900	49100			
43000	49400	49600			
43400	49900	50100			
43800	50400	50600			
44200	50900	51100			
44600	51400	51600			
45000	51900	52100			
45400	52400	52600			
45800	52900	53100			
46200	53400	53600			
46600	53900	54100			
47000	54400	54600			
47400	54900	55100			
47800	55400	55600			
48200	55900	56100			
48600	56400	56600			
49000	56900	57100			
49400	57400	57600			
49800	57900	58100			
50200	58400	58600			
50600	58900	59100			
51000	59400	59600			
51400	59900	60100			
51800	60400	60600			
52200	60900	61100			
52600	61400	61600			
53000	61900	62100			
53400	62400	62600			
53800	62900	63100			
54200	63400	63600			
54600	63900	64100			
55000	64400	64600			
55400	64900	65100			
55800	65400	65600			
56200	65900	66100			
56600	66400	66600			
57000	66900	67100			
57400	67400	67600			
57800	67900	68100			
58200	68400	68600			
58600	68900	69100			
59000	69400	69600			
59400	69900	70100			
59800	70400	70600			
60200	70900	71100			
60600	71400	71600			
61000	71900	72100			
61400	72400	72600			
61800	72900	73100			
62200	73400	73600			
62600	73900	74100			
63000	74400	74600			
63400	74900	75100			
63800	75400	75600			
64200	75900	76100			
64600	76400	76600			
65000	76900	77100			
65400	77400	77600			
65800	77900	78100			
66200	78400	78600			
66600	78900	79100			
67000	79400	79600			
67400	79900	80100			
67800	80400	80600			
68200	80900	81100			
68600	81400	81600			
69000	81900	82100			
69400	82400	82600			
69800	82900	83100			
70200	83400	83600			
70600	83900	84100			
71000	84400	84600			
71400	84900	85100			
71800	85400	85600			
72200	85900	86100			
72600	86400	86600			
73000	86900	87100			
73400	87400	87600			
73800	87900	88100			
74200	88400	88600			
74600	88900	89100			
75000	89400	89600			
75400	89900	90100			
75800	90400	90600			
76200	90900	91100			
76600	91400	91600			
77000	91900	92100			
77400	92400	92600			
77800	92900	93100			
78200	93400	93600			
78600	93900	94100			
79000	94400	94600			
79400	94900	95100			
79800	95400	95600			
80200	95900	96100			
80600	96400	96600			
81000	96900	97100			
81400	97400	97600			
81800	97900	98100			
82200	98400	98600			
82600	98900	99100			
83000	99400	99600			
83400	99900	100100			

DIMINUIÇÃO DE GLOSAS ATRAVÉS DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS: REDUÇÃO DE PREJUÍZO FINANCEIRO OCASIONADO POR GLOSAS NÃO RECURSÁVEIS

📍 Rede Mater Dei de Saúde

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

OBJETIVO DO PROJETO

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA

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

PRÁTICA IMPLANTADA

Mensalmente são realizadas reuniões pela gerência de enfermagem juntamente com a equipe

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

ramento. Nesse processo de correção são identificados os erros de registros e checagem de enfermagem e repassados ao enfermeiro administrativo. Diante destes erros, foram realizadas orientações por escrito para os colaboradores responsáveis como medida educativa para evitar se repetissem. Nos setores administrativos foi realizada reformulação no processo de montagem e conferência das contas, além da participação dos colaboradores nas capacitações.

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

RESULTADOS OBTIDOS

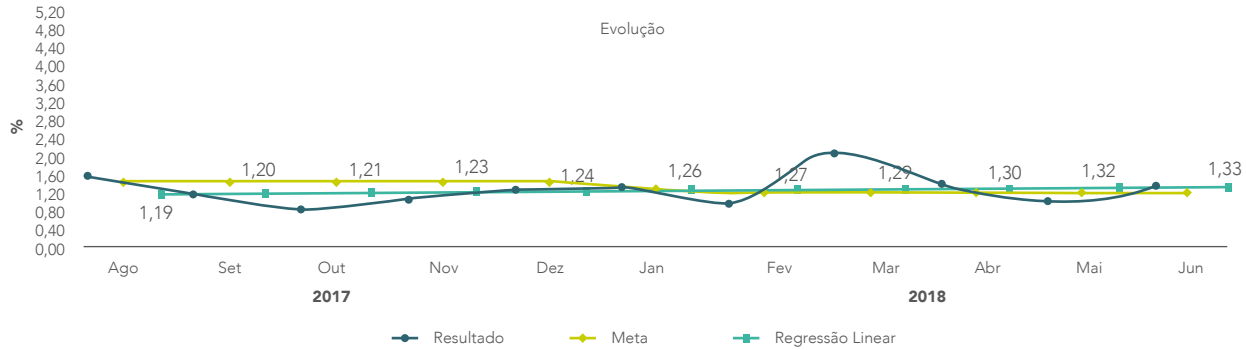
Observou-se após a primeira capacitação uma redução de 38% nas glosas analisadas no mês

Tabela 1 | Glosas analisadas do CTI-C no período de Agosto 2017 a junho 2018 (%)

Mês	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Resultado	1,56	1,18	0,81	1,03	1,26	1,3	0,94	2,05	1,37	1,22	1,34
Meta	1,40	1,40	1,40	1,40	1,40	1,22	1,22	1,22	1,22	1,22	1,22



Gráfico 1 | HDMC - CTI - Glosa Técnica Analisada (%)



Desenvolvimento: Renata Borges Machado

CONCLUSÃO

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

PESSOAS





A EFICIÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO PROFISSIONAL DE TÉCNICO DA ENFERMAGEM DURANTE O PERÍODO DE UMA NOVA ADMISSÃO HOSPITALAR

📍 Hospital Vita Batel

📍 Hospital Vita Curitiba

Autores: Arianny de Macedo Brondan, Isabella Cristina Melani Baggio e Jessica Batista Azevedo

OBJETIVO DO PROJETO

Reduzir o tempo de preparo pela equipe de enfermagem do paciente cirúrgico eletivo.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Encontrar profissionais que estejam engajados com a missão, visão e valores da instituição, além de retê-los, que tem sido uma missão difícil, uma vez que o mercado se torna competitivo em todos os segmentos. Hoje evidenciamos uma dificuldade com os novos colaboradores técnicos de enfermagem, pois na cidade de Curitiba existem inúmeros hospitais com salários relativamente parecidos. Verificamos após algumas solicitações de desligamento no período de experiência que, para manter o profissional não envolve somente o valor salarial, mas sim, um ambiente receptivo e acolhedor.

PRÁTICA IMPLANTADA

A ferramenta Diagrama de Causa e Efeito (método, matéria-prima, mão de obra, máquinas, medição e meio ambiente), foi utilizada para analisar o problema. Verificamos a necessidade de um acolhimento diferenciado dos novos colaboradores a fim de fortalecer o vínculo e retê-lo na instituição, e assim, minimizar os custos com rotatividade. O resultado da análise mostrou que houve um aumento das solicitações de desligamento durante o período de experiência, por iniciativa do colabo-

rador, com a justificativa de não receptividade da equipe. Com isso optou-se por implantar na admissão do novo colaborador o Programa Padrinho. Baseado nessa causa foi realizado um plano de ação utilizando a ferramenta 5W2H. O que será feito? Implementação do Programa Padrinho; Por que será feito? Retenção dos novos colaboradores; Onde será feito? Nas Unidades de Terapia Intensiva; Quando será feito? Período de experiência (45 dias); Por quem será feito? Colaborador indicado pela chefia com perfil adequado; Como será feito? Orientando o colaborador e o preenchimento do *checklist* do período de experiência; Quanto custará? R\$ 225,00.

Durante o desenvolvimento do projeto, houve o envolvimento de várias áreas como rede de ajuda: a educação continuada, gerência de enfermagem, chefia dos setores assistenciais, gerência de recursos humanos, setor de recrutamento de seleção e gerência financeira.

O projeto piloto foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva, tendo como público-alvo os técnicos de enfermagem por um período de três meses. Após o término dos períodos de experiência, foi verificada a eficácia e, ampliado para todas as áreas assistenciais. O Programa Padrinho funciona da seguinte forma: A chefia do setor define qual será o colaborador denominado “padrinho/madrinha” do novo colaborador admitido com base nos seguintes critérios: conhecimentos das rotinas técnicas/administrativas e comprometimento profissional. Este será apresentado para o novo colaborador em seu primeiro dia de trabalho.

O “padrinho/madrinha” deve recepcionar o novo colaborador; apresentá-lo aos colegas de trabalho e as estruturas físicas; proporcionar a ambientação do mesmo com informações referentes às normas e rotinas gerais dos setores estratégicos para a assistência; acompanhá-lo nos atendimen-

tos aos pacientes; devem buscar maior interação/ socialização e integração com os demais colegas e profissionais. Durante o período de experiência o “padrinho/madrinha” deve acompanhar o desenvolvimento do apadrinhado dando sugestões, tirando dúvidas e auxiliando na assistência de enfermagem. O “padrinho/madrinha” deverá apontar as necessidades de aprimoramento ao novo colaborador e comunicar à educação continuada, que providenciará os treinamentos necessários conforme as demandas solicitadas. Para finalizar o programa, a evidência será o preenchimento do *checklist* do novo colaborador no

setor admitido com acompanhamento do “padrinho/madrinha” e da chefia do setor.

RESULTADOS OBTIDOS

Durante o ano de 2017 foram realizadas 40 admissões de técnicos de enfermagem no Hospital Vita Batel. Dessas admissões, todos os novos colaboradores participaram do Programa Padrinho conforme apresentado na tabela abaixo:

Percentual de efetividade do programa padrinho 2017

Efetividade Programa Padrinho	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº de colaboradores que participaram do programa	2	3	9	2	3	3	1	2	3	6	1	5
Nº de colaboradores que tiveram efetividade com o Programa Padrinho	2	3	8	2	3	3	1	2	3	5	1	4
META	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
REAL	100%	100%	89%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	83%	100%	80%

Fonte: Indicadores e educação continuada 2017

Dos 40 técnicos apadrinhados em 2017, 37 continuaram na instituição após o período de experiência, resultando em 92,5% de efetividade do programa.

Para os colaboradores que não permaneceram na instituição foi realizada uma entrevista de desligamento, onde o profissional preencheu o motivo da saída. Desses, dois saíram da instituição por iniciativa própria, um relatou que recebeu uma

oportunidade profissional que considerou ser melhor e o outro não especificou o motivo. O terceiro colaborador foi desligado por iniciativa da empresa, sendo o motivo inadequação ao serviço.

De janeiro a abril do ano de 2018, foram admitidos 18 técnicos de enfermagem no Hospital Vita Batel. Dessas admissões, todos os novos colaboradores participaram do Programa Padrinho, conforme apresentado na tabela a seguir:

Percentual de efetividade do programa padrinho 2018

Efetividade Programa Padrinho	JAN	FEV	MAR	ABR
Nº de colaboradores que participaram do programa	3	3	7	5
Nº de colaboradores que tiveram efetividade com o Programa Padrinho	3	3	6	4
META	80%	80%	80%	80%
REAL	100%	100%	86%	80%

Fonte: Indicadores e educação continuada 2018

Dos 18 técnicos apadrinhados em 2018, 16 continuaram na instituição após o período de experiência, resultando em 88% de efetividade do programa.

Os dois colaboradores que não permaneceram após o término do período de experiência foram desligados por iniciativa da instituição, por inadequação ao serviço.

Com tudo, nota-se que de janeiro de 2017 a abril de 2018 foram contabilizados um total de 58 colaboradores apadrinhados e apenas dois pediram desligamento por iniciativa própria, resultando em uma taxa de 3,5%. Já os colaboradores desligados por iniciativa da empresa, resultaram em uma taxa de 5,2%.

CONCLUSÃO

Após a implantação e acompanhamento do Programa Padrinho observamos que o acolhimento adequado ao novo colaborador proporciona um impacto significativo para retenção.

Com a implantação do Programa Padrinho, 91,3% dos colaboradores que participaram permaneceram na instituição após o período de experiência, o que mostra a efetividade do programa e a importância do acolhimento.

Todos os objetivos foram atingidos, pois houve uma melhora na ambientação do novo colaborador ao setor de destino, o que proporcionou o desenvolvimento em seu período de experiência e a retenção desses colaboradores contribuiu para o progresso na instituição



IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA ASSIDUIDADE PARA REDUÇÃO DO ABSENTEÍSMO DA ENFERMAGEM

📍 Hospital Vita Batel

📍 Hospital Vita Curitiba

Autores: Claudimeri Dadas de Oliveira, Giceli Siqueira Vaz e Sandra de Moraes Postanovski

OBJETIVO DO PROJETO

Implementar um programa de incentivo que reduza os índices de absenteísmo da área de enfermagem, em específico na categoria de Técnicos de Enfermagem.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

O absenteísmo da Enfermagem apresentava ascen-

são desde 2016, atingindo diretamente o ambiente de trabalho, a produtividade e o lucro da organização, além de estar associado com a insatisfação da equipe e do cliente, dificuldade na retenção de talentos e execução de trabalho. Estes índices elevados representavam perda de conhecimento, de entendimento e domínio dos processos, além da falta de conexões com os clientes e corpo clínico. Os dados obtidos pelo setor de Recursos Humanos (RH) demonstraram que alguma ação precisava ser tomada visando a diminuição do índice destas ausências e consequente rotatividade das equipes, conforme os indicadores apresentados na tabela abaixo.

Fonte: RH 2016	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
META	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%
REAL	3,2%	3,1%	3,5%	3,9%	5,2%	4,1%	4,8%	4,9%	5,9%	5,4%	3,8%	4,5%

Fonte: Turn-over Enfermagem, 2016

PRÁTICA IMPLANTADA

O absenteísmo tem-se tornado um problema sério para as organizações, pois reflete diretamente na qualidade e na rentabilidade da mesma.

No contexto hospitalar, os profissionais de enfermagem merecem destaque, pois constituem o maior contingente de trabalhadores da área da saúde, representando 56% do total do quadro de colaboradores da instituição.

Em 2016, os índices de absenteísmo da Enfermagem chamaram a atenção pelo crescente aumento, fato que gerava despesas financeiras e riscos

legais e assistenciais. Neste ano a média geral da instituição ficou em 3,84%, acima da meta institucional estipulada de 2,5% com base nos dados da Anahp, sendo evidenciado que a enfermagem representava um índice acima destes valores, chegando a totalizar uma média de 4,71%.

Um levantamento realizado pelo departamento de RH indicou a necessidade de um aumento de 18 colaboradores para suprir o total de ausências, fator que elevaria o custo financeiro.

Analisando estes dados e como forma de reconhecimento pelo cumprimento dos deveres de assiduidade e pontualidade do colaborador, para motivá-lo a ser mais produtivo, e sentir satisfa-

ção pessoal com seu desempenho, oferecendo um diferencial de retenção, foi estruturado um programa denominado Programa Assiduidade. A iniciativa consistiu em conceder uma folga extra mensal. Todos os colaboradores que atendam ao requisito serão beneficiados de acordo com o dimensionamento do setor e conforme critérios de avaliação, sendo eles: ausência de faltas, atestados, atrasos e registro do ponto com tolerância máxima de 05 min de entrada e saída. Esta avaliação é realizada em um período de 30 dias, sendo excluídos os colaboradores gozando de férias e/ou licença médica.

Se o colaborador não atingir os critérios de avaliação no período estipulado, ele terá direito a participar novamente no próximo mês trabalhado, contabilizando 30 dias consecutivos sem ocorrências, podendo chegar em um total de 12 folgas extras em um ano. A Conferência do cartão ponto é realizada pelos Enfermeiros Gestores em conjunto com Chefia de Enfermagem/ Gerência de Enfermagem através de relatórios específicos fornecidos pelo RH.

Além da folga prêmio extra mensal, que é garantido ao colaborador conforme critérios avaliados, todos os contemplados têm direito a concorrer a um prêmio em cartão gratificação

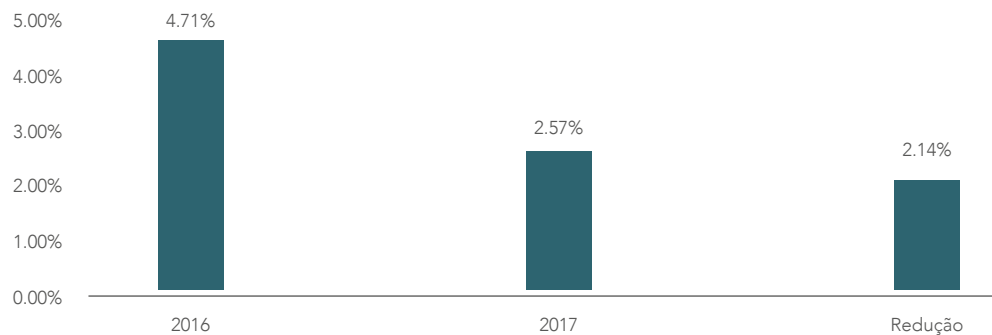
no valor de R\$ 220,00 mensal, mediante sorteio entre os ganhadores da folga, sendo disponibilizado um limite de dois cartões por unidade assistencial.

A implantação foi realizada no mês de outubro de 2016, em forma de projeto piloto em todas as unidades, por um período de três meses, com o envolvimento das equipes tanto dos enfermeiros gestores quanto enfermeiros assistenciais, por meio de reuniões para divulgação do projeto para a equipe técnica. No período de outubro de 2016 a janeiro de 2017 evidenciou-se um resultado positivo, implementando o projeto de forma efetiva a partir de fevereiro de 2017. O Programa Assiduidade é destinado para o profissional Técnico de Enfermagem onde observou-se o maior índice de absenteísmo.

RESULTADOS OBTIDOS

Após a implantação do Programa Assiduidade, desde outubro de 2016, os dados demonstraram um resultado positivo e satisfatório no comparativo dos anos de 2016 e 2017 respectivamente.

Gráfico 1 | Média Absenteísmo Enfermagem 2016/2017

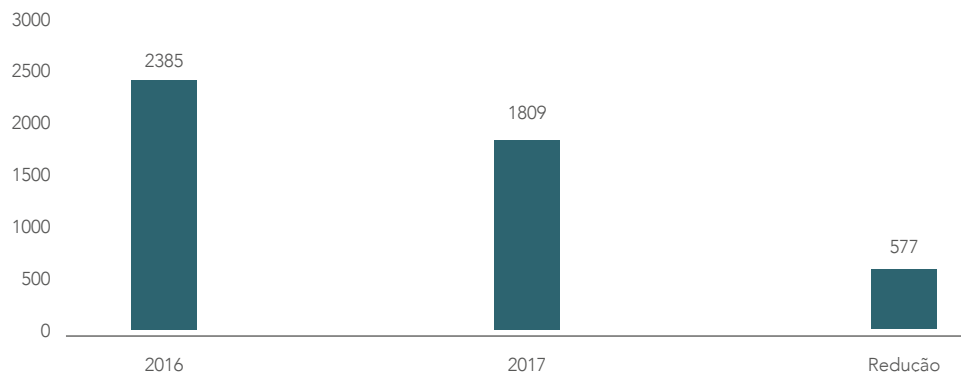


Fonte: Planilha de controle interno absenteísmo Recursos humanos

Avaliando hora/homens trabalhadas, observou-se uma redução de 577 horas, o que representa

um total de 96 dias de trabalho.

Gráfico 2 | Média Absenteísmo horas/homens trabalhadas 2016 - 2017



Fonte: Planilha de controle interno absenteísmo Recursos humanos

No que se refere à adesão ao programa pelos colaboradores, entre os meses de janeiro a dezembro de 2017, tivemos um total de 797 agraciados pela folga prêmio, representando 43% do total de colaboradores avaliados. O benefício do cartão gratificação foi disponibilizado para 84 contemplados, o que representa 10,5% do total dos participantes do programa.

CONCLUSÃO

Constatou-se que a elaboração de estratégias para minimizar os índices de absenteísmo foi necessária, reduzindo as ausências de forma geral. A estratégia realizada por meio do Programa Assiduidade valorizou o profissional técnico de enfermagem, gerando melhoria nas condições de trabalho, redução da sobrecarga das equipes e uma assistência de enfermagem segura, com foco na satisfação dos clientes.





DIMINUIÇÃO DE ABSENTEÍSMO ATRAVÉS DE PRÁTICAS DE QUALIDADE DE VIDA: AUMENTO DE HOMEM/HORA TRABALHADA, REDUÇÃO DE DIAS PERDIDOS E GANHO FINANCEIRO

 Hospital Madre Teresa

Autores: Cristina Corrêa, Marianna Leite e Rejane Caetano

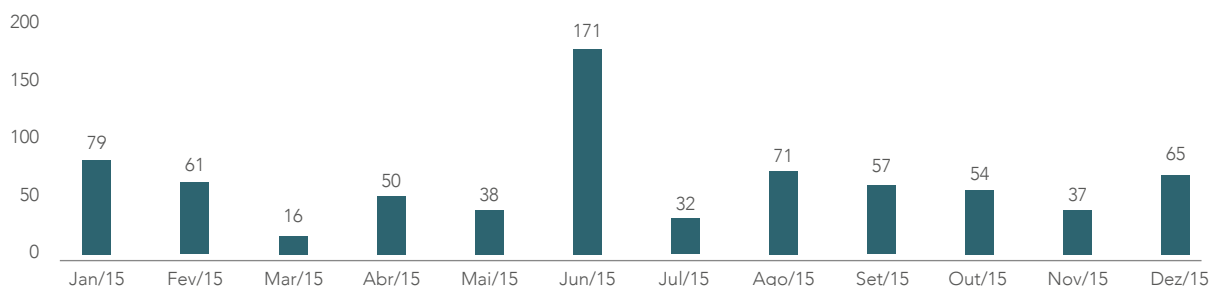
OBJETIVO DO PROJETO

Oferecer aos colaboradores programas de qualidade de vida, capaz de proporcionar saúde e bem-estar e minimizar o índice de estresse e fadiga provenientes de situações do cotidiano (laboral e familiar) que interferem na atividade laboral, reduzindo o índice de absenteísmo.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Em 2015 identificamos um alto índice de absenteísmo com dias perdidos por CDI F (transtornos mentais e comportamentais) – 731 dias perdidos.

Número de dias CID F por mês em 2015



Fonte: Turn-over Enfermagem, 2016

Neste contexto, torna-se preocupante o estresse no ambiente de trabalho, que foi definido por Beer (2005) como uma situação ou condição que exige adaptação do colaborador. Chiavenato (1999) corroborou com este pensamento e afirmou que o estresse afeta negativamente a empresa ao interferir na quantidade e qualidade do trabalho, no aumento do absenteísmo e rotatividade.

Com a proposta de atentar para a situação problema descrita acima, a instituição estruturou o projeto Conte Comigo.

PRÁTICA IMPLANTADA

Ferramentas utilizadas para identificar causas:

- Pesquisa de Clima 2015;
- Entrevistas / Questionários / Observação *in loco* para apreensão de dados; para a intervenção clínica do trabalho;
- Matriz de GUT.

CAUSA	GRAVIDADE	URGÊNCIA	TENDÊNCIA	G X U X T
Estresse ocasionado por situações diversas, impactando no contexto do trabalho	5	5	4	100
Baixa qualidade de vida	3	4	3	36

A partir da identificação das causas, realizamos um diagnóstico institucional realizando *brainstorming* com a equipe, com o objetivo de estabelecer alternativas de enfrentamento à situação problema. O *brainstorming* foi realizado com equipe multidisciplinar (psicóloga do trabalho, assistente social, enfermeira do trabalho e professores do curso de psicologia da instituição parceira).

ALTERNATIVAS EVIDENCIADAS

- Criar um espaço para acolhimento psicológico ao colaborador considerando o bem-estar coletivo;
- Identificar e controlar os níveis de estresse no ambiente de trabalho;
- Atendimento psicológico individual aos colaboradores da instituição.

Para priorizar as alternativas, foi considerado o diagnóstico institucional. Na análise consideramos alternativas com baixo custo ou sem necessidade de investimento financeiro. Outro critério considerado, foi priorizar a alternativa que abrangesse um maior número de colaboradores em curto prazo, já que a causa identificada foi pontuada como grave e com necessidade de ser trabalhada em ação imediata. A primeira solução caracteriza-se pela implantação de grupos terapêuticos com os colaboradores, por livre demanda, onde são abordados temas que potencializam o desenvolvimento emocional. Uma outra solução foi a implantação de atendimentos individuais destinados aos colaboradores que se envolveram diretamente em evento adverso,

acidentes de trabalho, retornaram de licença pela previdência ou maternidade e aqueles que apresentaram atestado médico por CID F (transtornos mentais e comportamentais, de acordo com a classificação do Código Internacional de Doenças- CID 10).

Para divulgação do projeto ao público interno (colaboradores) foi desenvolvida uma campanha de *endomarketing* para sensibilização e adesão às ações implementadas, utilizando dos meios de comunicação como Intranet, murais e jornal de circulação interna, além de palestras de apresentação do projeto e seus benefícios para a saúde e do apoio da liderança na abordagem aos colaboradores.

RESULTADOS OBTIDOS

A implantação do programa Conte Comigo, gerou alguns resultados, entre eles, os resultados tangíveis descritos:

- Redução do número de dias perdidos atestados com CID F;
- Redução de desperdício financeiro com dias perdidos;
- Evidenciado redução de 149% no absenteísmo por CID F e redução financeira considerando o custo médio funcionário/mês:

2015 | 731 dias perdidos com atestados por CID F – R\$ 75.057,62

2016 | 468 dias perdidos com atestados por CID F – R\$ 48.053,30

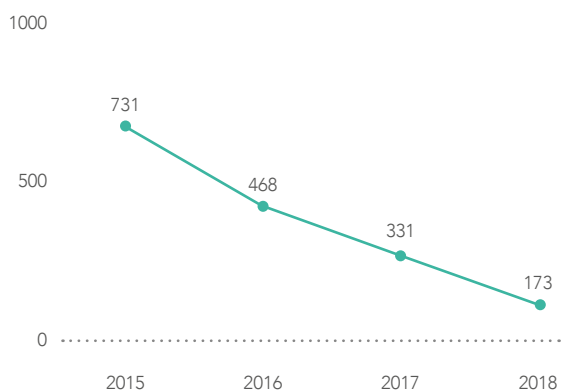
2017 | 331 dias perdidos com atestados por CID F – R\$ 33.986,42

2018 | 173 dias perdidos com atestados por CID F – R\$ 17.763,29 (até maio/18)

CONCLUSÃO

Após implantação do projeto identificamos ganhos secundários como a oportunidade de autoconhecimento e autodesenvolvimento dos colaboradores, processo de mudança na relação organização/colaborador, despertando um sentimento de pertencimento, fidelização e ressignificação do trabalho, relatos por parte da liderança sobre percepção da diminuição de falhas cometidas no processo de trabalho a partir do apoio psicológico ao colaborador diante das situações que emergem em sofrimento, melhoria do índice de satisfação dos colaboradores. Desde o início dos grupos focais e dos atendimentos individuais, tem aumentado o número de colaboradores que têm buscado participar dos grupos focais mesmo não sendo “público-alvo” do projeto, o que fez com que a instituição ampliasse o escopo de trabalho. Nosso principal desafio é trabalhar na manutenção do resultado do projeto sempre identificando causas reais das situações problemas que surgem no contexto organizacional e implementando tratativas adequadas mesmo sendo a instituição um contexto com características tão complexas.

Comparativo anual - nº dias de CID F





GESTÃO DA ALOCAÇÃO DOS RECURSOS DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DO MONITORAMENTO DA DEMANDA/OCUPAÇÃO EM TEMPO REAL

Rede Mater Dei de Saúde

Autores: Henrique Moraes Salvador Silva, Solange Lobo de Oliveira Fonte Boa e Telma Vanusa Silva Santos

OBJETIVO DO PROJETO

Estabelecer um processo de gestão que melhore a eficiência operacional a partir da otimização dos recursos mediante as oscilações de ocupação, possibilitando o compartilhamento de profissionais de enfermagem, atendendo as demandas em tempo real com foco na segurança assistencial.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

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

Esta ausência impactava também em critérios técnicos para aprovação de aumentos de quadro, trazendo ainda o risco da não efetivação dos resultados do setor.

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

PRÁTICA IMPLANTADA

Usamos como referência o método Fugulin, que estabelece o dimensionamento do quadro

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

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

A prática foi pensada a partir da cientificidade aliada à tecnologia, tendo como base um formato racional que pudesse eliminar a informalidade, não depender de “empréstimos ou favores”, eliminando riscos e falhas na comunicação, além de acompanhar com rigor a produção presente e futura. Trouxemos um modelo científico sistematizado e automatizado, que compila dados de forma inteligente, entrega informações seguras, gerando conhecimento e expertise aos colaboradores da operação.

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

- Demonstrar em tempo real os recursos necessários e os recursos existentes conforme a produção;
- Nortear a tomada de decisão na otimização de recursos (compartilhamento), conforme a produção presente e futura (do dia seguinte);

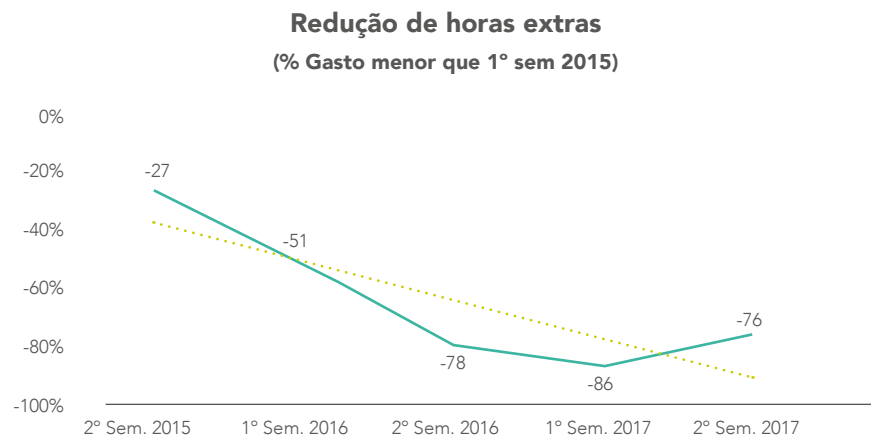
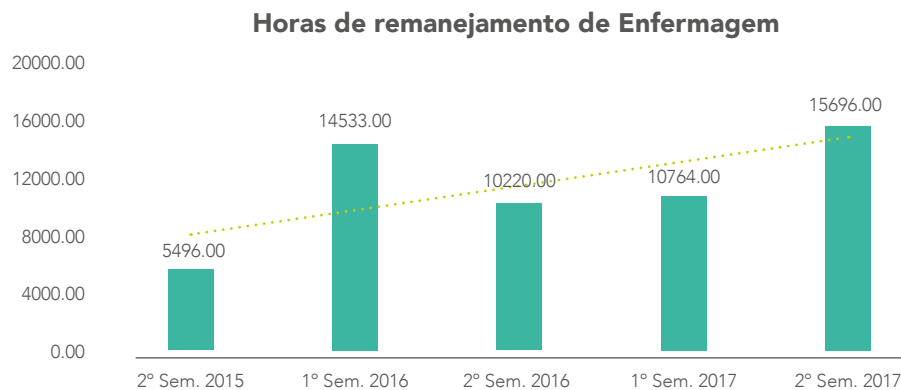
- Viabilizar o registro dos remanejamentos dos recursos de forma informatizada e padronizada;
- Evidenciar os compartilhamentos dos recursos quanto à quantidade, fornecedor, receptor e alocação de custos;
- Eliminar o risco de omissão de recursos disponíveis;
- Ter uma visão sistêmica da rede quanto às interações e necessidades assistenciais;

Além disso, implantamos os trabalhos setoriais com Analistas de Produção para revisão de processos, mapeando desperdícios, ociosidades, bem como sobrecarga de atividades. Estes trabalhos consistem numa visão técnica, interação

entre todos os colaboradores, cargos e setores da cadeia cliente-fornecedor, buscando oportunidade de melhorias incluindo compartilhamentos nas diversas áreas.

RESULTADOS OBTIDOS

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



A prática dos compartilhamentos possibilitou também uma redução das horas extras de enfermagem. O desenvolvimento de competências múltiplas gerou a multifuncionalidade possibilitando atuação ampla entre as unidades: intensivas, internação e urgência/emergência.

CONCLUSÃO

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

A gestão inteligente de recursos, aliada à implantação de ferramentas automatizadas, norteia as decisões estratégicas e a eficiência operacional. Concluímos também que foi disseminada uma cultura de cooperação e parceria entre as lideranças e colaboradores, aproximando equipes e gerando profissionais mais capacitados e engajados.





REDUÇÃO DAS RESCISÕES ANTES OU AO TÉRMINO DO CONTRATO, APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA ANJO

📍 Hospital Marcelino Champagnat

Autores: Patricia Aparecida de Oliveira Fuchs e Danielle Marques Prevedello

OBJETIVO DO PROJETO

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA

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

PRÁTICA IMPLANTADA

Foi realizada a sensibilização dos gestores, conforme a área de abrangência definida para início

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

pasta funcional do colaborador. Como reconhecimento do papel essencial no desenvolvimento do novo colaborador, o profissional anjo recebe como prêmio uma folga de recompensa.

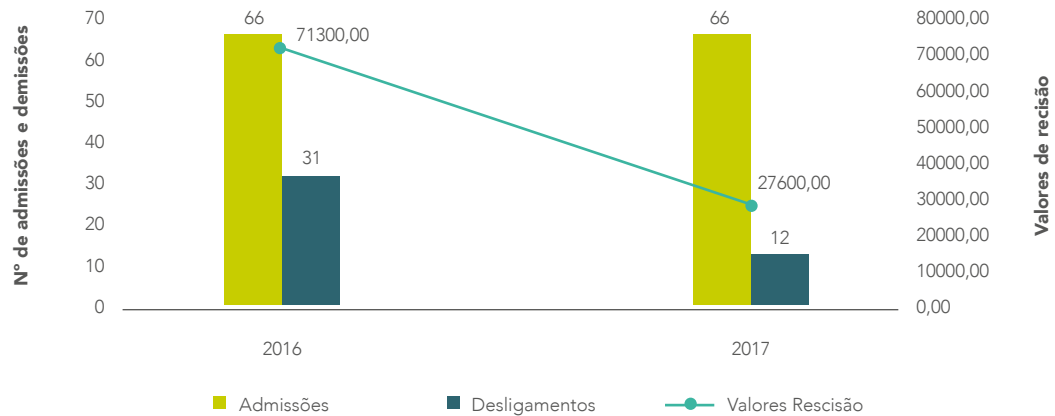
fação do colaborador anjo com o prêmio folga ao final do período de acompanhamento e tais dados corroboram com a pesquisa de satisfação realizada com os colaboradores ativos, que foram admitidos no período de maio a dezembro de 2017, em que identificamos que os mesmos se sentem totalmente cuidados pelo colaborador anjo e observam que as condutas são de acordo com os Valores Marista.

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

RESULTADOS OBTIDOS

Constatamos que houve redução das rescisões antes e ao término do contrato de experiência, com queda de 39% comparado ao mesmo período em 2016 (Gráfico 1), reduzindo no total R\$ 43.700,00. Em entrevista, observamos a satis-

Redução de demissões após implantação do Programa Anjo



CONCLUSÃO

O ponto notável dos encontros foi, certamente, a abertura ao diálogo franco e interessado de cada colaborador; momento de aprendizagem e de partilha que revelou a ansiedade pela melhor forma de trabalhar e acolher.

Após serem individualmente questionados pelo que acreditavam ser objetivamente importante, o tema foi desenvolvido em grupo para induzir a

criação e o compartilhamento de ideias. Foi possível perceber que muitos desses profissionais têm, na consciência bem como em suas práticas diárias, os elementos essenciais do Código de Conduta.

Muitos foram os conceitos comuns que surgiram: respeito, ética, postura adequada, comprometimento, acolhida, comunicação, companheirismo, privacidade, apresentação pessoal, cuidado com a organização do ambiente de trabalho e humanização.





SUPRIMENTOS E
FARMACOECONOMIA





PROJETO PILOTO: IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS (ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP PROGRAM – ASP)

📍 Hospital Marcelino Champagnat

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

OBJETIVO DO PROJETO

Atingir os melhores resultados com antimicrobianos com a mínima toxicidade e eventos adversos. Com o objetivo secundário, tem por finalidade reduzir custos excessivos na saúde atribuídos à utilização sub ótima dessas drogas sem, no entanto, prejudicar a qualidade da assistência.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Prescrição antimicrobiana não monitorada por equipe especializada (farmacêutico clínico, infectologista e microbiologista). Consequentes riscos de falhas na indicação, posologia, dose, descalonamento, tempo de terapia, eventos adversos e custos desnecessários. Além disso, impacto na resistência microbiana, o que impacta de forma acentuada nos problemas de saúde pública, contribuindo significativamente em aumento dos custos, sobretudo no risco de morbimortalidade de pacientes. Isto reforça a necessidade da implantação de um programa de uso racional de antimicrobianos na instituição.

PRÁTICA IMPLANTADA

No período entre março e agosto de 2017 foi implantado o projeto piloto do Antimicrobial

Stewardship Program na Unidades de Terapia Intensiva, focando no descalonamento de antimicrobianos de amplo espectro e controle do tempo de terapia.

A rotina da equipe de *Stewardship* incluía a análise das prescrições de antimicrobianos pela farmacêutica clínica quanto à dose, frequência, ajustes para função renal, indicação baseada em resultados de cultura e sítio de infecção, interações medicamentosas, possibilidade de substituição da terapia endovenosa por via oral e tempo de tratamento. Além da visita semanal nas UTIs com a presença da infectologista para discussão de casos. Nesta visita, os fatores clínicos do paciente eram conflitados com os laboratoriais (bioquímicos e microbiológicos) e a melhor terapia e tempo de tratamento discutidos e definidos em conjunto com médicos intensivistas, infectologista e farmacêutica clínico.

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

RESULTADOS OBTIDOS

No período de março a agosto de 2017, foram avaliados 27% dos antimicrobiano prescritos na Unidade de Terapia Intensiva. Resultando em 78 intervenções e uma economia de 31% comparando o custo da terapia inicial e o custo da terapia após a intervenção, equivalendo a R\$ 19.487,18 de economia.

Tabela 1 | Farmacoeconomia por tipo de intervenção realizada no período de março a agosto de 2017

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



CONCLUSÃO

O estudo revela que o acompanhamento da equipe de *Stewardship* reduziu os custos relacionados a terapia antimicrobiana principalmente por descalonar os medicamentos assim que o resultado da cultura é liberado, por ajustar a indicação do antimicrobiano e pelo acompanhamento do

tempo de tratamento, impedindo que o mesmo permaneça por mais dias sem necessidade. Considerando o universo de prescrições antimicrobianas e o percentual que pôde ser avaliado neste projeto piloto, é possível projetar que a maior atuação da equipe de *Stewardship* possa resultar em maior efeito na economia.





MELHORIA DA ACURÁCIA E ASSERTIVIDADE NOS LANÇAMENTOS EM VALE DE GASTO

Hospital e Maternidade Santa Joana

Autores: Ana Paola Negretto, Juliana Alves Pereira Amâncio e Ernesto de Almeida Filho

OBJETIVO DO PROJETO

Aumentar em 20% a acurácia dos kits cirúrgicos das farmácias satélites do Centro Cirúrgico e Obstétrico.
Reduzir em 10% os procedimentos sem aviso para a farmácia.

ção dos materiais e ora pela equipe de farmácia de forma eletrônica na dispensação e devolução dos kits cirúrgicos e materiais avulsos.
O setor de faturamento seguidamente apontava divergências entre o vale de gasto informatizado e o vale de gasto manual, desacreditando os lançamentos em sistema.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Duplicidade do vale de gasto realizado no Centro Cirúrgico/Obstétrico, ora pela equipe de enfermagem de forma manual no momento da utiliza-

PRÁTICA IMPLANTADA

Utilizamos a técnica de *brainstorming* seguida da análise de causa raiz (Ishikawa) com os colaboradores e as hipóteses confirmadas para definição do plano de ação.

Causa	
Entendimento do processo	Falta de conferência dos alertas do sistema
	Digitação de códigos no sistema informatizado no lugar da leitura dos códigos GTIN 13 e Data Matrix
	Não seguir o <i>checklist</i> padrão de montagem dos kits cirúrgicos
Método	Produção de kit sem dupla conferência (produção fora do sistema)
	Lançamento prévio ao procedimento no vale de gasto manual com inferência de quantidades e produtos
	Procedimentos realizados sem número de aviso no sistema
	Atendimento a paciente sem aviso de cirurgia
	Avisos cirúrgicos duplicados
Máquina	Falta de desempenho do sistema
Meio ambiente	Atender telefone e balcão ao mesmo tempo
	Atender mais de um cliente no balcão ao mesmo tempo
	Realizar devolução e dispensar ao mesmo tempo

Confirmação das hipóteses:

- Procedimentos sem número de aviso de cirurgia no CO: 140 dos 1279 partos; 11% setembro/15;
- Tempo estimado para processo 35 minutos (com interrupções 6 horas);
- Kits materiais incompletos (50% Centro Obstétrico; 68% Centro Cirúrgico – Corretos Completos);
- Os vales de gasto manual pré-preenchidos antes da realização do procedimento não condizendo com a realidade dos consumos;
- Grande volume de solicitações avulsas durante o procedimento; ex.: no Centro Cirúrgico um único procedimento gerou 17 movimentações -1 montagem da sala e 16 movimentações avulsas;
- Solicitações de produtos avulsos em nome de sala e não paciente;
- Mudança de paciente de sala sem comunicação à farmácia;
- Devolução de material, por parte da enfermagem, sem saber identificar o paciente ao qual foi enviado;
- Dispensações sem realizar lançamentos.

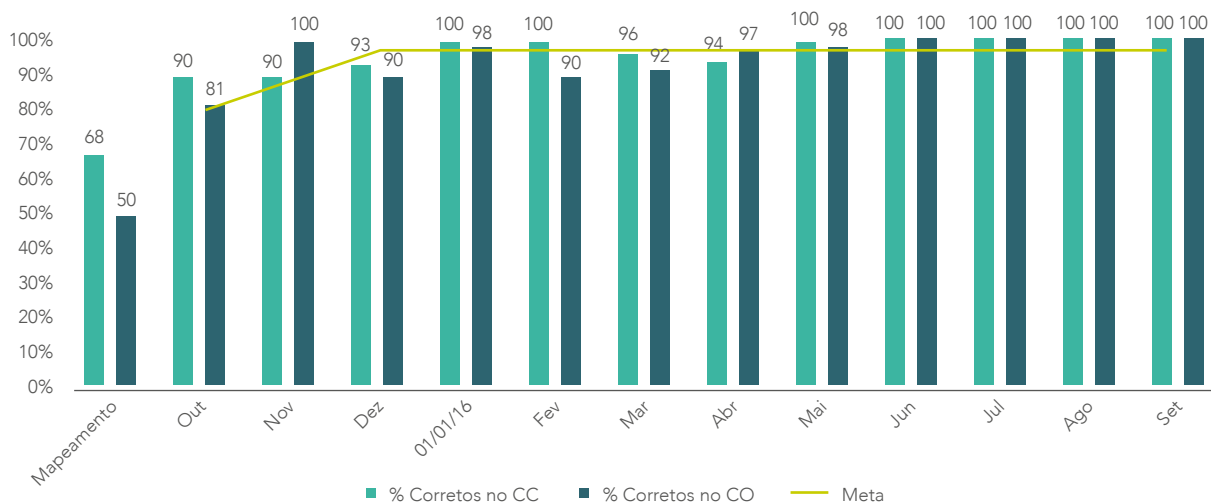
Contramedidas:

- Revisto conteúdo e volume de kits cirúrgicos por procedimento – Farmácia;
- Implantada a produção de kits no sistema e reaproveitamento da devolução para montagem pós-procedimento – Farmácia;
- Bloqueada a digitação de códigos no sistema, manter apenas leitura dos códigos GTIN e Data Matrix – Farmácia;
- Alterado o processo de solicitação de materiais e medicamentos, de solicitação por sala para solicitação com etiqueta de aviso cirúrgico em posse da circulante – Enfermagem;
- Implantado o aviso virtual para paciente que internaram na urgência – Enfermagem.

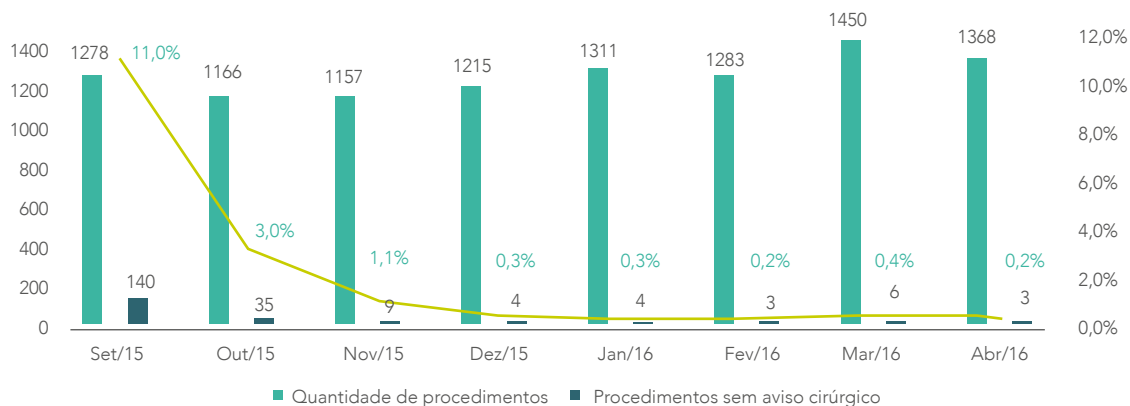
RESULTADOS OBTIDOS

Entendendo-se que a acurácia dos kits cirúrgicos está diretamente ligada à acuracidade do vale de gasto, o monitoramento da montagem e da acuracidade de kits faz-se necessário:

Percentual de acuracidade na montagem dos kits Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico outubro/16 a setembro/17 - Meta 97% a partir de dezembro/17



Monitoramento do aviso cirúrgico pós-aviso virtual implantado
Percentual de procedimentos realizados sem aviso cirúrgico setembro 2015 a abril 2016



As corretas utilizações dos recursos de sistema demonstradas através da acuracidade dos kits cirúrgicos trouxeram maior confiabilidade por parte do setor de faturamento nos lançamentos eletrônicos, o que tornou possível a exclusão do vale de gasto manual.

As práticas implantadas aproximaram os setores envolvidos permitindo que faturamento, farmácia e enfermagem conhecessem e entendessem os processos de forma sistêmica, amadurecendo dessa forma o sistema de gestão.

CONCLUSÃO

As implantações dos novos processos garantiram ao serviço de farmácia maior confiabilidade de que o item estará disponível no momento da necessidade.

1. Aumento de 68% para 93% na acurácia nos kits do CC;
2. Aumento de 50% para 90% na acurácia nos kits do CO.

E a garantia de que o mat/med (materiais e medicamentos) está sendo alocado na conta do paciente certo e, com isso, garantia da rastreabilidade em caso de reação do paciente.

1. Redução de 11% para 0,3% dos procedimentos sem aviso para a farmácia.





GANHO ECONÔMICO COM A IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE TESTES DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS

📍 Hospital Sírio-Libanês

Autores: Debora de Carvalho, Elen Bizzo e Patricia Fatureto

OBJETIVO DO PROJETO

Estruturar processo sistematizado para viabilizar a análise multidisciplinar para a padronização sustentável de materiais descartáveis, motivadas por melhorias técnicas e/ou racionalidade econômica.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Pressão pela redução de custos com os insumos frente à preocupação das equipes assistências em manter o padrão de qualidade e segurança. Ausência de equipe multidisciplinar estruturada e dedicada para a avaliação de novos materiais, dos desvios de qualidade e a manutenção da sustentabilidade dos materiais médico-hospitalares descartáveis.

PRÁTICA IMPLANTADA

A Comissão de Padronização de Materiais (CPM) é uma junta deliberativa que tem como finalidade regulamentar a padronização de materiais médico-hospitalares e cirúrgicos, estabelecendo em acordo com a regulamentação vigente diretrizes que assegurem a qualidade terapêutica prestada ao paciente e custos compatíveis com o mercado, além de representar um veículo de comunicação entre os serviços envolvidos. É composta por membros multidisciplinares, sendo médicos, farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas, repre-

sentantes da CCIH, Gestão de risco, Suprimentos e Comercial. O Núcleo de Testes é um grupo de trabalho da CPM.

Criado em 2016, o Núcleo de Testes é composto por: Farmacêutico especialista em materiais, CCIH, Gerência de Risco, Suprimentos, Comercial e a Enfermagem. Com reuniões quinzenais, tem a finalidade de receber as solicitações para a padronização de novas marcas e modelos de materiais, oriundas das solicitações das equipes técnicas ou de propostas comerciais do Suprimentos. Avalia tecnicamente as solicitações e os materiais a serem testados e padronizados, aspectos assistenciais, questões legais como o registro do Ministério da Saúde, a similaridade de acordo com o portfólio padrão do hospital, a necessidade de um parecer das operadoras, a qualificação do fornecedor e o histórico de notificações por desvios de qualidade. No ano de 2017 o grupo iniciou uma análise mais crítica dos materiais médico-hospitalares descartáveis com foco no custo X benefício, considerando produtos de fornecedores com custo inferior ao de mesma finalidade padronizado na instituição, e com qualidade melhor ou equivalente. Estas avaliações são submetidas aos membros da CPM para aprovação.

RESULTADOS OBTIDOS

Foram avaliados 22 itens de materiais descartáveis com o objetivo de redução de custo no período de janeiro de 2017 a março de 2018. Entre eles estão: ataduras crepe de 10, 15 e 20 cm, Nuprep Gel, álcool 70% 1000 ml, filtro para teste de função pulmonar, espaçador broncodi-

latador infantil, cânula de guedel números 3 e 4, tubo endotraqueal sem cuff número 3mm, sonda endotraqueal aramada com cuff número 7,0 e 7,5, lâmina giratória para tricotomizador cirúrgico,

campo cirúrgico adesivo, Equipo Intrafix, bandagem elástica adulto 10cm, kit para tração cutânea adulto, avental expurgo laminado, gorro cirúrgico e turbante descartável grande.

Tabela 1 | Redução de custo entre janeiro 2017 e março 2018

Valor anual previsto para a compra dos 22 tipos de materiais analisados	Valor negociado para a compra de novas marcas comerciais para os 22 tipos de materiais	Economia realizada com a substituição das marcas comerciais dos 22 tipos e materiais
R\$ 2.140.922,98	R\$ 1.697.448,08	R\$ 443.474,90

No começo do ano de 2017 o valor anual previsto para compra destes 22 itens de materiais analisados era de R\$ 2.140.922,98, após negociação com fornecedores e a avaliação novas marcas comerciais houve uma redução do valor anual para R\$ 1.697.448,08, o que resultou em uma economia de R\$ 443.474,90 no referido período.

CONCLUSÃO

O trabalho do Núcleo de Testes viabilizou a substituição de 22 tipos materiais padronizados por novas marcas comerciais com redução de custo, preservando a qualidade e a segurança dos processos assistenciais.

Um ganho intangível foi a abertura da equipe para a possibilidade de uso de marcas, nem mesmo aceitas para testes anteriormente.







REDUÇÃO DO CUSTO OPERACIONAL EM MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES E MEDICAMENTOS POR MEIO DE AÇÕES ENVOLVENDO EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

📍 Hospital São Lucas da PUCRS

Autores: Eliézer Knob de Souza, Danieli Mota da Silva Radu e Maria Natália da Silva

OBJETIVO DO PROJETO

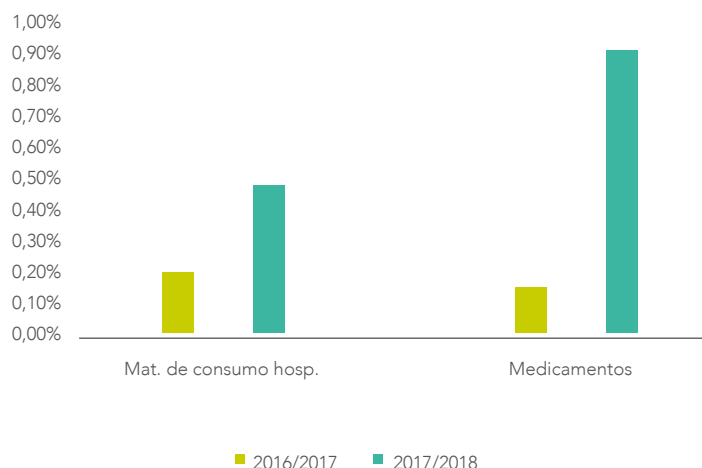
Este trabalho foi desenvolvido de forma multidisciplinar com objetivo de revisar os processos assistenciais, operacionais e negociações comerciais. Analisamos o cenário relacionado ao consumo num período de dois anos referente aos itens: material de consumo médico-hospitalar e medicamentos.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

O aumento do consumo de materiais/medica-

mentos em um Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS) pode estar diretamente relacionado com o aumento da produção, procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, atendimentos de urgência/emergência, aumento de gravidade, consumo de medicamentos/insumos de alto custo, e outros. Associado a este evento, se observa um crescente custo operacional envolvendo materiais relacionados com operacionalidade hospitalar. Para otimizar e maximizar o ganho financeiro operacional mapeamos o aumento de consumo e conseqüentemente os custos dos seguintes itens: material médico-hospitalar e medicamentos. Na Figura 1 observamos o comparativo de consumo referente aos anos 2016, 2017 e 2018 (proporcional até mês de abril/18).

Figura 1 | Comparativo do aumento de consumo



PRÁTICA IMPLANTADA

No processo de *supply chain* do nosso EAS acompanhamos mensalmente os indicadores de consumo de materiais versus produção, levando em consideração também a variação dos preços de compra.

Frente ao cenário observado identificamos a oportunidade de revisitar o fluxo do processo de compras e os valores praticados pelos fornecedores com contratos de itens críticos e da curva AB de consumo.

Em parceria com a Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT), para materiais e medicamentos com acordos comerciais já estabelecidos, buscou-se no mercado novas alternativas (novas marcas) que possibilitaram uma redução de custos considerável.

Com a realização de novas negociações e acordos finalizados junto aos fornecedores, foi possível dimensionar estoques mínimos e alinhar a programação de entregas de materiais e medicamentos, garantindo margens de segurança operacional.

Com o objetivo de controle do estoque e garantia dos débitos, criou-se estoques/farmácias satélites (materiais/medicamentos/OPME) em unidades estratégicas do hospital, fornecendo materiais e medicamentos para pacientes, assim reduzimos consideravelmente as compras “emergenciais” que muitas vezes eram compradas por valores bem maiores aos acordados. Além disso, em determinados momentos se comprava itens que estavam na instituição, porém sem o controle efetivo do estoque.

Quanto à prática do cuidado assistencial, não era realizado nenhum tipo de controle em relação ao consumo de materiais e medicamentos por parte das equipes.

A revisão do processo foi realizada e identificou-se como principal motivo o livre acesso de toda equipe assistencial e administrativa em realizar solicitações para farmácia/almoarifado, gerando estoques nas áreas sem nenhum tipo de controle e desperdício e evasão de materiais e medicamentos. Dentro deste contexto foram realizadas várias ações, dentre as principais a implantação de farmácias satélites em áreas críticas de intenso fluxo de atendimento, definição de estoques e acessos restritos a estes com total controle dos pedidos realizados e retirada de todos os estoques locais das áreas assistenciais.

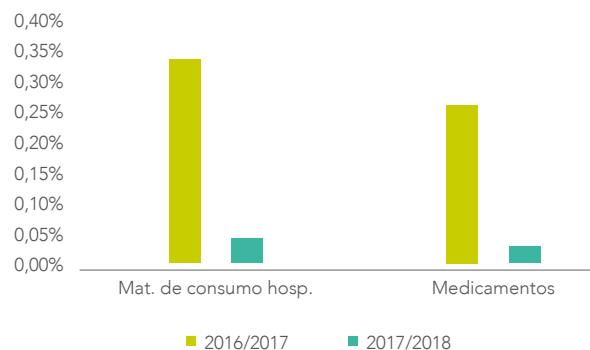
RESULTADOS OBTIDOS

Este trabalho proporcionou maior controle nas solicitações de material médico-hospitalar, segurança e rastreabilidade na cadeia medicamentosa sem impactar na qualidade e segurança do processo assistencial.

Na Figura 2 observamos o detalhamento referente à variação do custo de aquisição praticado antes e após iniciarmos as práticas de renegociação. No comparativo 2016/2017: materiais 0,34% e medicamentos 0,26%. Para o período 2017/2018: materiais 0,04% e medicamentos 0,03%.

Salienta-se que esse ganho não é somente financeiro, impacta a melhora no atendimento prestado pelos fornecedores, que engajados e comprometidos com as negociações, responsabilizaram-se pelo cumprimento tanto do valor praticado, como na garantia de entrega do produto/serviço.

Figura 2 | Comparativo da Variação do Custo de Aquisição

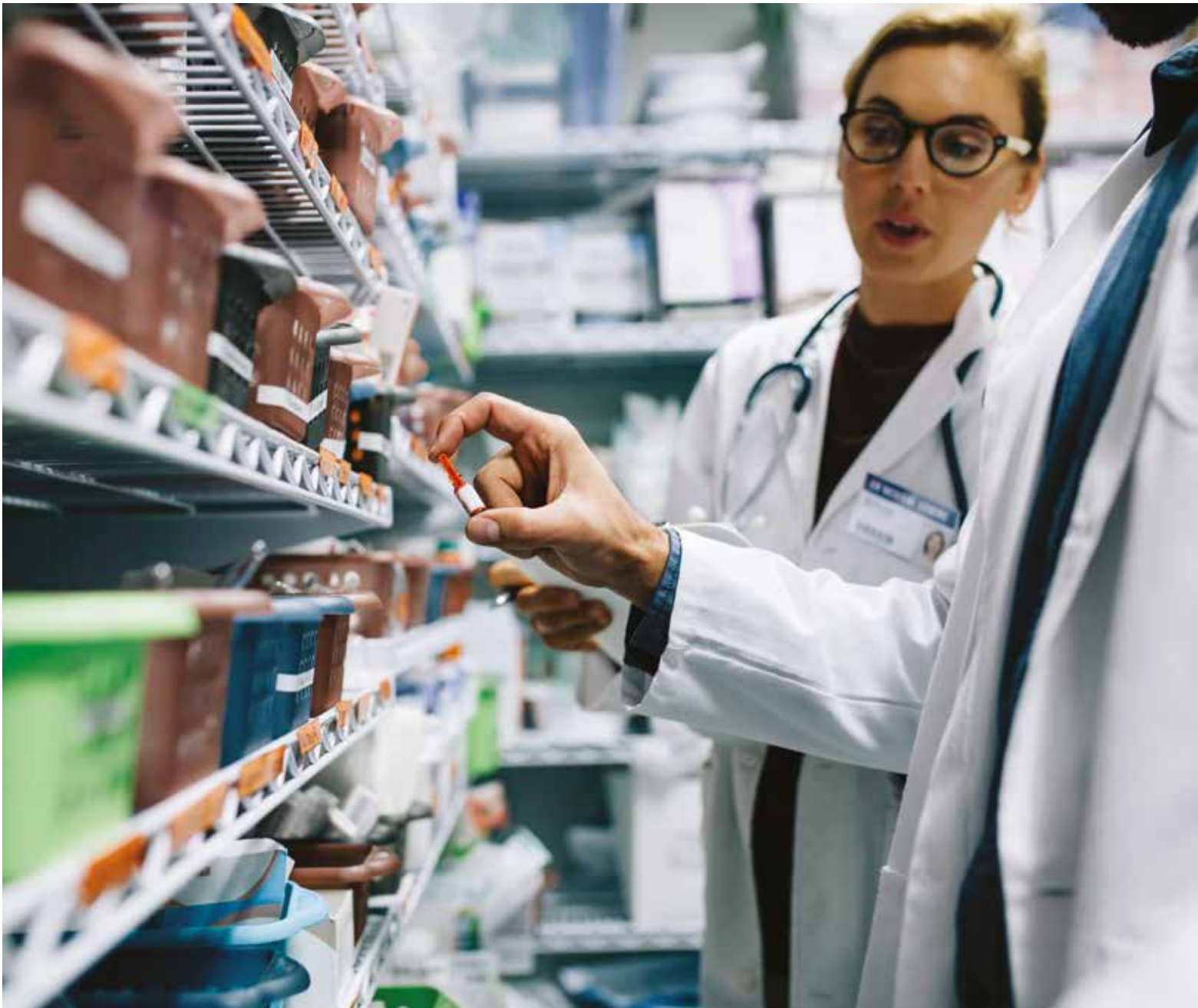


CONCLUSÃO

Praticar o menor custo de aquisição não garante a melhor operacionalidade, um dos pontos importantes e imprescindíveis neste processo de renegociação é buscar e selecionar novos fornecedores comprometidos com o novo

reposicionamento institucional. A reavaliação do processo deve também garantir a melhor condição de pagamento alinhado com o fluxo de caixa do EAS.

A conjugação de todos esses itens de revisão de processos assistenciais, operacionais e negociação comercial fizeram com que os resultados fossem positivos e norteadores para melhoria dos processos.





EFICIÊNCIA OPERACIONAL DA FARMÁCIA

BP Mirante

Autores: Erika Akemi Tsujiguchi Bernardi, Daniani Baldani da Costa Wilson e Ana Paula Gomes de Melo

OBJETIVO DO PROJETO

Otimizar o processo de dispensação e cobrança de materiais e medicamentos.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Atualmente materiais e medicamentos possuem uma alta representatividade na receita, especialmente em UTI (cerca de 30%).

Ao longo dos meses, observamos uma queda na receita realizada x orçada, sendo a falha no fluxo de cobrança uma das prováveis causas, refletindo na acuracidade de estoque e na disponibilização dos produtos aos clientes, podendo representar um risco assistencial e impacto negativo na experiência do cliente.

Diariamente nos deparamos com vulnerabilidades processuais e oportunidades de otimização de recursos.

PRÁTICA IMPLANTADA

Para identificar as fragilidades nos processos, foi realizado um *brainstorming* com a equipe, utilizando a metodologia Lean Six Sigma e outras ferramentas metodológicas, como: SIPOC, ISHIKAWA, Matriz de Força x Impacto e 5W2H, implantando o projeto em setembro de 2017. Durante o mapeamento, identificamos:

- Processo: alto índice de atendimento de porta, sem uma solicitação formal em sistema. Esta prática impacta na acuracidade de estoque

por não cumprimento do processo de débito em conta, possibilidade de perda de receita e risco assistencial, podendo haver dispensação equivocada.

Para esta fragilidade, foi realizado um alinhamento com monitoramento das dispensações não vinculadas a uma solicitação em sistema e a padronização dos itens que poderiam ser dispensados sem este vínculo, sendo lançado em conta pela farmácia. O alinhamento contemplou kits de procedimentos e medicamentos em situação de emergência, em que o carro de emergência não atende em sua completude, como nos casos de sangramento.

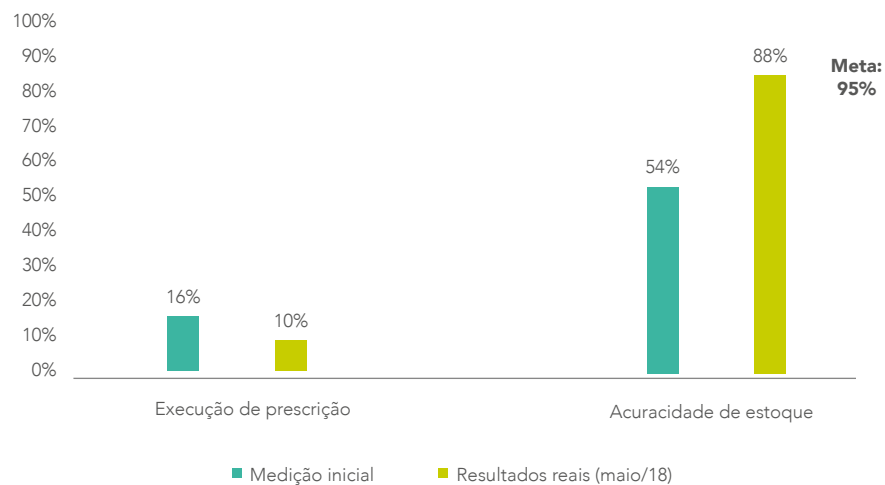
- Receita financeira e processo: tínhamos itens que dispensávamos diretamente na conta do paciente pela farmácia, como a dispensação de luvas, *swab* alcoólico e lancetas, que não agregavam valor para o cliente, além de gerar divergência de estoque, com um valor significativo ao longo dos meses. Foi realizado uma reunião para avaliação das oportunidades e formas de lançamentos automáticos desses itens em conta do paciente. Com o apoio do Setor de Cadastro, Auditoria de Contas e Tecnologia da Informação, parametrizamos o lançamento de luvas e *swab* alcoólico de acordo com os procedimentos que utilizam esse tipo de material. Além disso, para o item luvas foi realizado um *benchmark*, onde se viu a oportunidade de torná-lo item de consumo e lançar dentro de cobrança de diária hospitalar. As lancetas, por sua vez, também tiveram sua cobrança automática a partir do protocolo de controle glicêmico. Para monitoramento do ganho financeiro com as ações, estão sendo realizados inventários rotativos e receita com a cobrança automática dos três materiais.

Foi comunicado aos colaboradores da farmácia e enfermagem sobre a nova prática, otimizando o processo de dispensação, espaço físico na farmácia satélite e disponibilização mais ágil dos produtos para enfermagem.

RESULTADOS OBTIDOS

Com a implantação do Lean Six Sigma o atendimento de porta reduziu substancialmente. Esta redução, além de otimizar a dispensação, proporcionou um aumento da segurança no processo, contribuindo para o resultado da acuracidade de estoque. O gráfico abaixo demonstra a evolução dos resultados mensurados.

Gráfico 1 | Resultados execução de prescrição e acuracidade



Já a automatização de lançamentos dos três materiais selecionados, proporcionou um ganho incremental de receita mensal de R\$ 47.781, com ganho medido no último quadrimestre de R\$ 514.182,80.

De janeiro a maio de 2018, o ganho real foi de R\$ 264.087, com ganho previsto de junho a dezembro de R\$ 369.722.

Tabela 1 | Resultado financeiro com automatização de lançamentos

Ds procedimento	Baseline (Agosto 2017)	Média mês (Jan - mai) 2018	Varição
Farmácia			
Gaze embebida em álcool (Swabs)	R\$ 31.970	R\$ 8.248	-74,2%
Lanceta	R\$ 17.629	R\$ 21.143	19,9%
Luvas	R\$ 18.238	R\$ 86.227	372,8%
Total geral	R\$ 67.837	R\$ 115.617	70,4%

CONCLUSÃO

As ações implementadas demonstram que a adoção da metodologia Lean com o uso de ferramentas adequadas, resultam em ações de melhoria contínua, através da cultura de gestão por processos, pois conforme resultados apresen-

tados, os ganhos potenciais se confirmaram e em algumas situações foram atingidos e continuam performando ao longo do tempo.

Não só resultados financeiros foram observados com este modelo de gestão adotado, houve também reflexos em uma equipe com maior engajamento e com foco na eficiência operacional e experiência do cliente.





ESTUDO DE VIABILIDADE ECONÔMICA EM MATERIAIS RESPIRATÓRIOS: DESCARTÁVEL X REPROCESSÁVEL

📍 Hospital BP

Autores: Fernanda Formagio Minenelli, Janete Akemi Kashiabara e Marcio Andre de Souza Marceno

OBJETIVO DO PROJETO

Mensurar o custo do reprocessamento dos materiais respiratórios, visando a possibilidade da migração para materiais descartáveis pronto uso, e adequação às práticas de mercado.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Os materiais respiratórios padronizados na instituição são reprocessados na central de material e esterilização após o uso e, posteriormente, destinados a outros pacientes. O valor do reprocessamento é desconhecido, e nenhuma cobrança é repassada ao paciente ou à fonte pagadora.

PRÁTICA IMPLANTADA

A prática foi implementada com o intuito de adequar a prática da instituição com a de mercado. Foi observado que não havia cobrança dos materiais respiratórios utilizados pelos pacientes, pois o material era considerado um item de consumo e não era dispensado pela farmácia na conta do paciente.

Mapeados todos os materiais utilizados na instituição, iniciou-se um trabalho de viabilidade econômica liderado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, em conjunto com liderança da Central de Material Esterilizado (CME) e do setor de Estudos Econômicos, com o objetivo de mensurar todos os custos associados ao reprocessa-

mento do material. Foram avaliados os seguintes custos: da compra do material, da embalagem utilizada, da mão de obra empregada em todos os processos, da água, detergente, energia elétrica, média de reprocessamento por material (avaliação de vida útil do material), custo da etiqueta de identificação do produto, capacidade/ volume total de cada máquina termodesinfetadora e custo de manutenção do equipamento.

Foi analisado também a viabilidade de cobrança das fontes pagadoras ou clientes, por meio de acordos comerciais.

Os resultados foram apresentados à alta gestão, que deliberou o teste de novos produtos de acordo com as recomendações da comissão de reprocessamento, a padronização destes produtos e análise de repasse dos custos para as operadoras.



RESULTADOS OBTIDOS

Com a troca dos materiais respiratórios reprocessados para descartáveis, haverá a possibilidade de

redução de quatro colaboradores, além de cobrança às operadoras de planos de saúde do material adquirido. A receita esperada será acima de R\$ 1 milhão de reais, no período de 12 meses, apesar de considerar cerca de 36% de glosas no início da mudança.

Impactos financeiros com redução de mão de obra sem redução do volume SUS: Prospecção dos próximos 12 meses

Cenários	Item	Inalador	Nebulizador	Máscara de Anestesia	Umidificador	Tube de Suprimento de O ₂	Total
Cenário Atual	Volume Médio Anual CP	49.092	9.336	2.988	9.264	0	70.680
	Volume Médio Anual SUS	38.064	5.328	1.284	10.500	0	55.176
	Volume Médio Total	87.156	14.664	4.272	19.764	0	125.856
	Preço para Operadoras	-	-	-	-	-	-
	Receita Média Total	-	-	-	-	-	-
	Custo Unitário Total	11	14	11	11	-	11
	Custo Médio Total	976.260	204.483	48.002	210.369	-	1.439.144
	Resultado Atual	(976.260)	(204.483)	(48.002)	(210.369)	-	(1.439.144)
Cenário Proposto	Preço para Operadoras	10	48	116	-	8	20
	Receita Média Total	511.867	452.483	347.848	-	75.341	1.387.539
	(-) Glosa Média 22%	(111.035)	(98.153)	(75.456)	-	(16.343)	(300.987)
	Receita Líquida Total	400.832	354.329	272.392	-	58.998	1.086.552
	Custo Unitário Proposto	7	23	36	-	6	10
	Custo Médio Total	641.181	341.817	152.295	-	121.557	1.256.849
	Resultado Proposto	(240.348)	12.512	120.097	-	(62.559)	(170.297)
Δ Receita	R\$	400.832	354.329	272.392	58.998	1.086.552	
Δ Custo	R\$	(335.080)	137.334	104.293	(88.812)	(182.265)	
	%	-34%	67%	217%	-42%	-13%	
Δ Resultado	R\$	735.912	216.995	168.099	147.810	1.268.817	
	%	-75%	-106%	-350	-70%	-88%	

CONCLUSÃO

A mudança dos materiais respiratórios reprocessados para descartáveis vai otimizar o trabalho da CME, reduzir os custos de reprocessamento e proporcionará as cobranças necessárias à utilização do material respiratório às operadoras de planos de saúde.





DIMINUIÇÃO DOS RESÍDUOS INFECTANTES ATRAVÉS DE PRÁTICAS DE GESTÃO AMBIENTAL

📍 Hospital São Mateus

Autores: Helder Hounsell Kist Ramos e Rafael Lopes Alonso

OBJETIVO DO PROJETO

Promover o correto gerenciamento de resíduos e consequente redução de resíduos infectantes através da implantação e monitoramento do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS), da educação e conscientização ambiental de seus colaboradores internos e externos e do atendimento das determinações da legislação ambiental vigente.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

- Documentação de gerenciamento de resíduos (PGRSS) não condizente com a realidade da instituição;
- Descarte de resíduos de maneira incorreta, onde os resíduos comuns eram descartados pelos colaboradores em conjunto com os infectantes;
- Baixa conscientização ambiental dos colaboradores quanto à necessidade de descarte correto dos resíduos;
- Quantidade mensal de resíduos infectantes elevada.

PRÁTICA IMPLANTADA

A primeira fase do projeto foi executada pela equipe de engenharia ambiental, momento em

que foi realizado o diagnóstico da situação ao qual o estabelecimento se encontrava no âmbito do gerenciamento de resíduos. Após a obtenção do diagnóstico, a equipe de engenharia ambiental realizou a elaboração de um PGRSS condizente com as especificidades do estabelecimento para que todas as características do local fossem contempladas. A partir disso, após a documentação concluída, iniciou-se o processo de implementação e execução do plano de gerenciamento estabelecido, em conjunto ao plano, foram adotadas ferramentas de gestão e educação continuada para o processo de educação e conscientização ambiental dos colaboradores internos e implantadas ferramentas para a correta segregação dos resíduos. Por fim, foram estabelecidas metas de redução de resíduos decididas em blocos trimestrais.

RESULTADOS OBTIDOS

O resultado obtido após a implantação de melhores práticas de gerenciamento de resíduos no processo operacional da instituição foi a redução substancial da quantidade mensal de resíduos infectantes gerados. Em conjunto e consequentemente relacionada a quantidade de resíduos geradas ocorreu também a substancial redução de custo relacionados ao tratamento e disposição final destes resíduos infectantes. Através dos gráficos relacionados abaixo demonstramos a redução de resíduos obtidos após a implantação do projeto que tomou como *baseline* o mês de outubro de 2017.

Gráfico 1 | Tendência mensal de redução

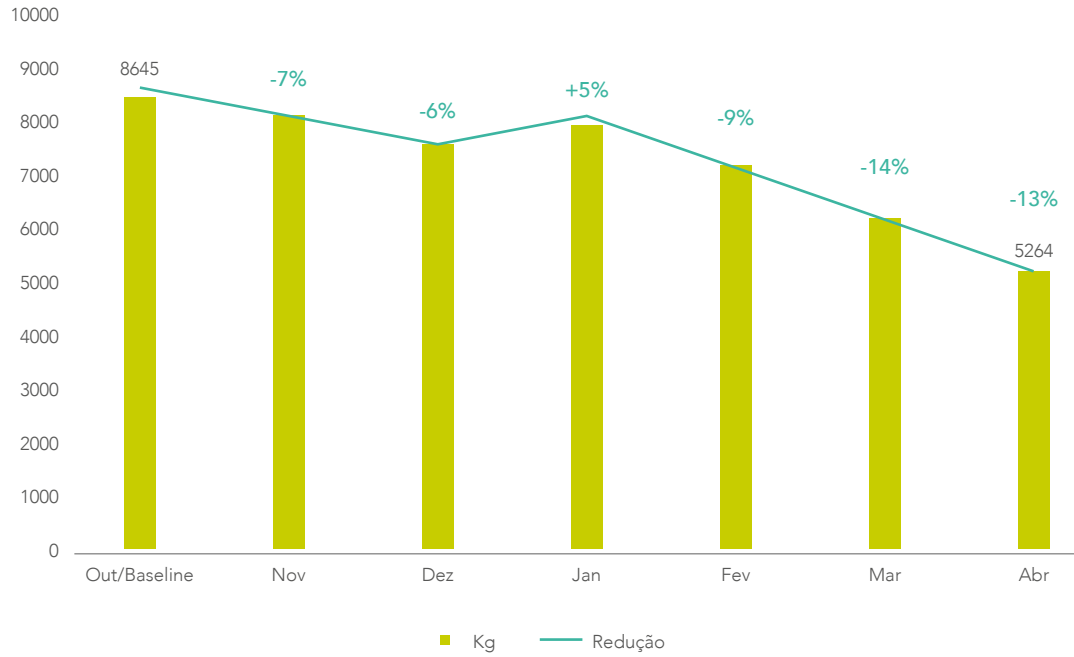
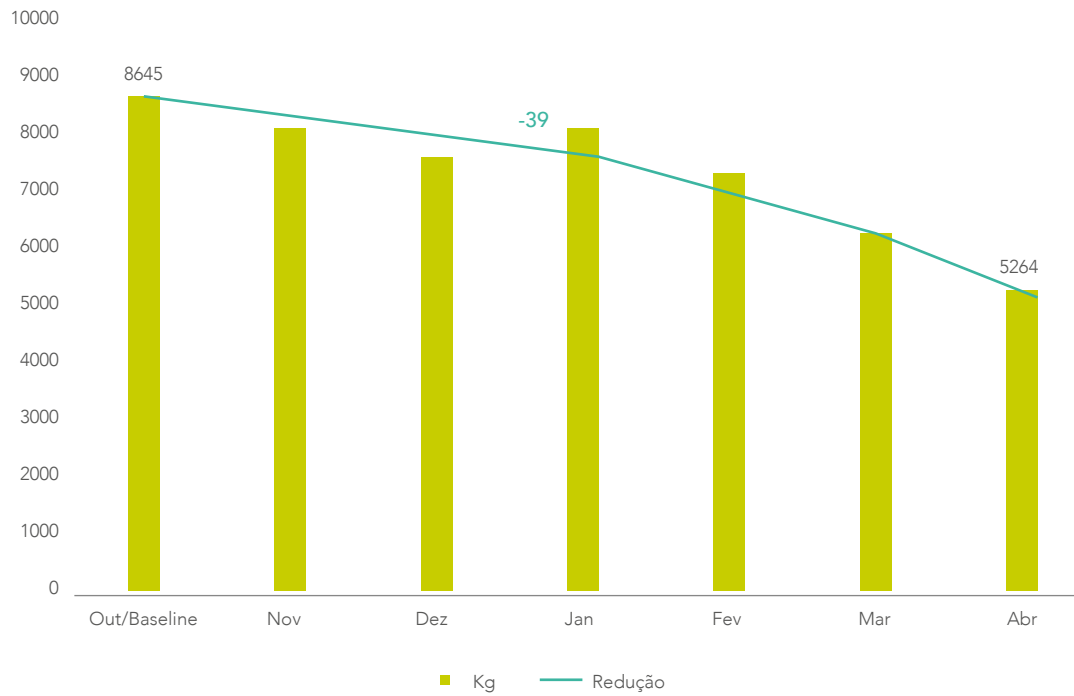


Gráfico 2 | Redução total do período



CONCLUSÃO

A busca por uma melhor gestão dos processos de controle de geração de resíduos na instituição resultou na otimização operacional no que se refere a gestão de resíduos e por consequência direta, um benefício financeiro, visto que a redução de resíduos diminui custos com tratamento e disposição final. Quando se trata de gestão ambiental e de resíduos o

desafio é sempre muito grande, pois o campo de atuação vai além da execução de conceitos técnicos, englobando também a atuação na cultura ambiental estabelecida. Diante do exposto, é fundamental afirmar que o projeto está apoiado sobre a base da melhoria contínua dos processos de gerenciamento de resíduos e que o trabalho realizado até o momento precisa de atuação e monitoramento constantes por parte da instituição, com o propósito de se evitar a perda da eficácia adquirida.





OTIMIZAÇÃO DE ESTOQUE EM HOSPITAL PRIVADO: REDUÇÃO DO VALOR DE ESTOQUE E AUMENTO DE GIRO UTILIZANDO A FERRAMENTA LEAN SIX SIGMA

Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Autores: Leonisa Scholz Obrusnik, Vanessa Carmona Zonta dos Santos e Flavia Rie Hasegawa

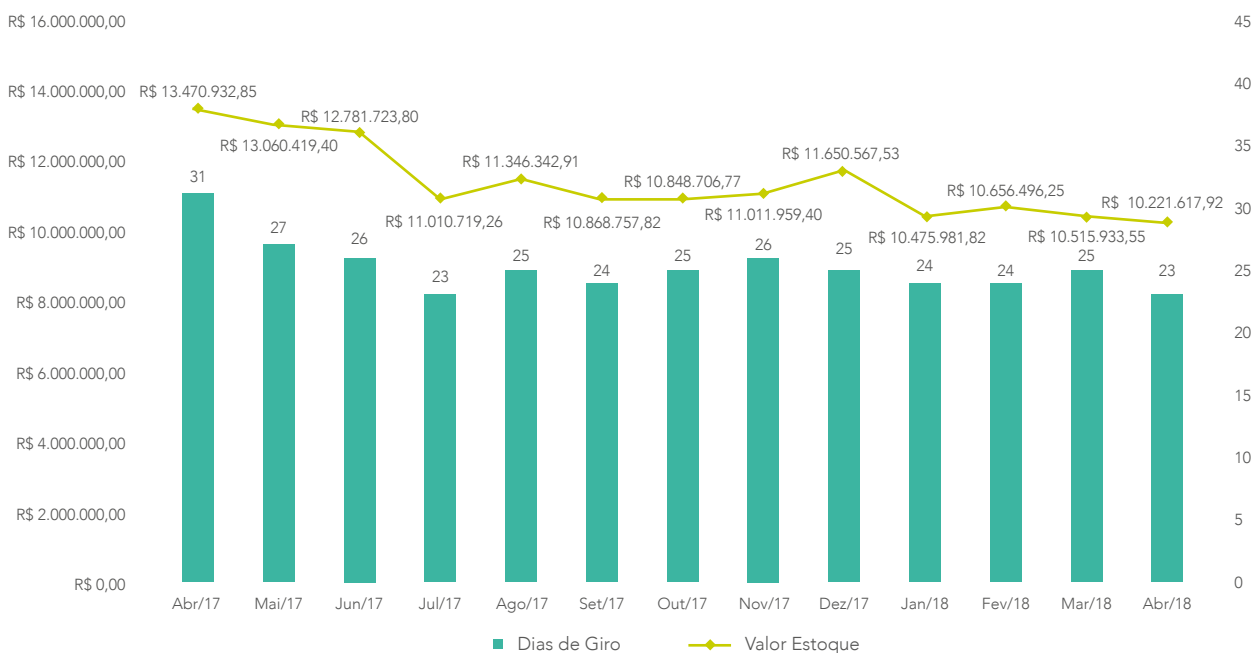
OBJETIVO DO PROJETO

Redução do valor de estoque total e dias de giro e melhoria dos níveis de serviço de atendimento dos setores da instituição, a fim de otimizar a verba e garantir mais recursos financeiros para novos investimentos do hospital.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

O indicador de valor de estoque é acompanhado mensalmente e em abril de 2017 atingia o valor de R\$ 13,4 milhões. Anteriormente a implementação da ferramenta Lean Six Sigma, era possível identificar, a partir de relatórios de obsolescência e de excesso, um alto valor de itens parados e em excesso, e por outro lado, relatórios do indicador de SLA de atendimento ao cliente indicavam que grande parte de itens não eram atendidos devido à desabastecimentos por falta de planejamento. O Gráfico 1 representa os valores de estoque e giro de estoque e os diagramas de Ishikawa representam as análises da causa do estudo.

Gráfico 1 | Valor de Estoque Institucional e Dias de Giro de Estoque abril/2017 a abril/2018



PRÁTICA IMPLANTADA

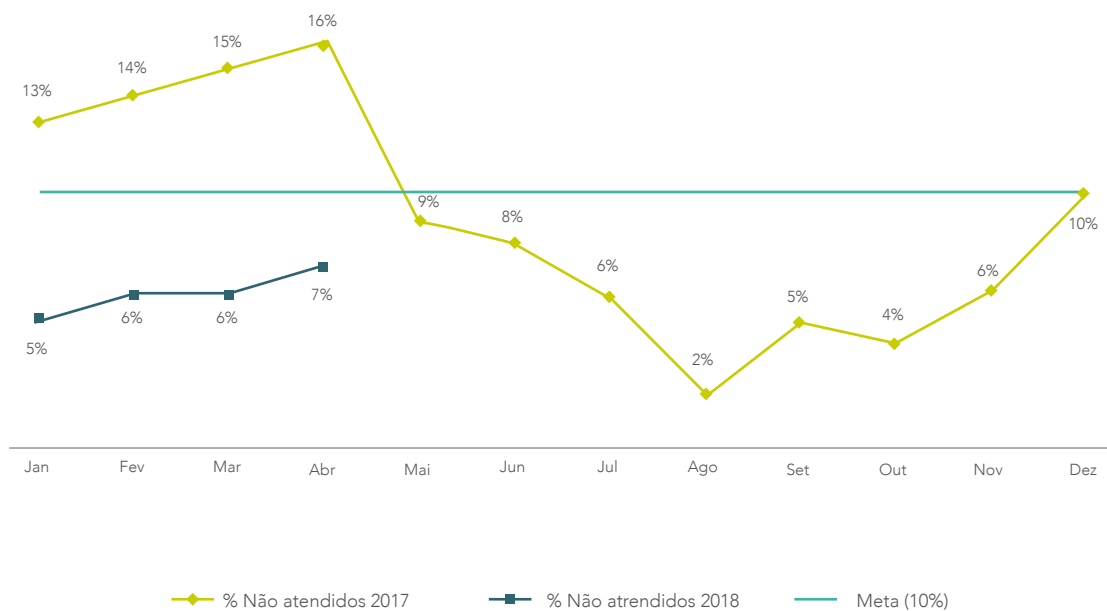
Primeiramente realizamos um estudo da metodologia Lean Six Sigma, assim como uma análise do nosso processo e rotina para mapear a área. Visando potenciais benefícios na redução e estoque e melhoria no nível de serviço, no estudo do caso utilizamos o DMAIC (Definir, Medir, Analisar, Melhorar e Controlar) como espinha dorsal do projeto e analisamos os dados aplicando conceitos da metodologia Lean. As duas metodologias se complementam, sendo que a Lean se concentra no fluxo do processo a fim de eliminar desperdícios, e o Seis Sigma na eliminação de defeitos e redução na variabilidade do processo. Juntas, permitem a melhoria na qualidade do serviço e aumento da velocidade do processo, ao mesmo tempo que reduz os custos e valor de estoque. O DMAIC, utilizado no Seis Sigma, descreve um método disciplinado para lidar com as vulnerabilidades operacionais. Ao integrá-lo com a metodologia Lean, a produção enxuta permite detectar os problemas a tempo e o DMAIC analisa dados para buscar as causas destes problemas em questão. Para melhora do atendimento e nível de serviço, foi realizada gestão e mudança de atendimento, pro-

cesso e pessoas no setor. Após a análise do quadro de colaboradores, a escala de trabalho foi alterada levando em consideração o fluxo de atendimento nos diferentes horários, incluindo o plantão noturno. Uma escala de organização de cada área operacional (recebimento, etiquetagem, armazenamento, separação, entrega) foi implementada para garantir a cobertura de todos os postos de atividades (ex: separação de reposições automáticas, separação de consumos, urgências).

Em conjunto com todos os setores da instituição foi realizado ajuste dos horários das reposições automáticas (materiais hospitalares e medicamentos) e das solicitações de itens de consumo, alterando o cronograma de atendimento semanal. Um colaborador foi designado para realizar diariamente a tratativa de itens não atendidos e itens pendentes, o que permitiu um monitoramento das diferentes causas de falhas no atendimento.

Reuniões diárias com os setores atendidos foram implementadas para analisar e tratar os motivos das faltas e buscar soluções para evitar impactos e atrasos aos pacientes. A performance dos colaboradores passou a ser acompanhada a partir de indicadores de desempenho de cada área, a fim de sinalizar a necessidade de treinamentos e mudanças nas funções.

Gráfico 2 | Indicador SLA da Taxa de Itens Não Atendidos (Comparação 2017 e 2018)



Para a redução do valor de estoque e dias de giro, foram realizadas ações no gerenciamento de estoque com o uso de tecnologia aplicada. Foi implementada a ferramenta Plannexo para gestão de estoque, e realizada a organização da rotina para direcionamento das atividades do dia a dia na ferramenta. Foi parametrizada a criação de lista de sugestão de compras mediante a necessidade e cenário do hospital, para aprovação na própria ferramenta, assim como políticas para cada segmento, já que cada grupo possui uma necessidade de tratativa diferente. Foram criados calendários para cada fornecedor a fim de distribuir o volume de entrega e melhorar o processo do recebimento e armazenamento, otimizando espaço e minimizando estoque parado e em excesso. Para manter o nível de estoque, itens com estoque crítico passaram a ser analisados frequentemente para planejamento imediato e *follow-up* através da cobrança de pedidos em atraso, além disso, foi acrescentado o módulo VMI (estoque gerenciado pelo fornecedor) para fornecedores específicos, o que possibilitou a redução de estoque e capital de giro.

RESULTADOS OBTIDOS

A partir de indicadores e relatórios gerenciais diários e mensais do estoque e de performance da ferramenta, foi possível acompanhar o progresso no uso desta metodologia na redução do valor de estoque e da taxa SLA de itens não atendidos.

Desde a implantação da metodologia Six Lean Sigma foi atingido uma redução de R\$ 3 milhões, ou seja, saímos de um estoque de R\$ 13,40 milhões para R\$ 10,2 milhões no período de abril/2017 a abril/2018 o que equivalente a 25% do estoque reduzido. Ao mesmo tempo, no Gráfico 2 SLA é possível observar que anteriormente o estudo, apresentávamos uma taxa SLA de itens não atendidos sempre alta e a

partir de maio/2017 este valor passou a reduzir, mantendo sempre um valor abaixo de 10%, que é a nossa meta institucional.

Além da redução de valor estoque, itens faltantes, itens em excesso e alcance da meta institucional na taxa SLA, a implantação da metodologia facilitou o processo da nossa cadeia de suprimentos. A organização do planejamento de estoque e implantação da ferramenta Plannexo refletiu em toda a operação, reduzindo a falta e excesso de itens, corrigindo o calendário de entregas permitindo uma melhor distribuição dos fornecedores na semana no recebimento, e reduzindo o acúmulo de materiais otimizando espaço no estoque. Portanto atingimos a redução de estoque de forma que o nível de serviço não tenha sido afetado, e sim, melhorado.

CONCLUSÃO

Com a implantação da metodologia Six Lean Sigma na gestão de estoque obtivemos uma redução de mais de R\$ 3 milhões no valor de estoque da instituição, reduzindo para R\$ 10.221.617,92 no mês de abril. Além disso, a metodologia levou à melhorias no atendimento do setor, para taxas SLA abaixo de 10% devido à redução de itens faltantes, realocação de pessoal e melhor organização do processo.

Com o constante acompanhamento do processo por indicadores e manutenção das melhorias conquistadas desde o início do estudo, a tendência é obter cada vez mais um estoque de baixo valor, sem excessos e faltas mantendo um estoque seguro além de garantir o bom atendimento aos setores da instituição.

O método ofereceu um roteiro de organização que garantiram melhorias desde a concepção do estudo até a sua conclusão, proporcionando à instituição melhorias em questões financeiras e operacionais.



PROJETO LAUDOS ON DEMAND - REDUÇÃO DE CUSTOS OPERACIONAIS E DE INSUMOS, CONTRIBUINDO PARA A SUSTENTABILIDADE E MELHORIAS PROCESSUAIS

📍 Hospital do Coração - HCor

Autores: Mary Lucy Magalhães Fonseca e Paulo Henrique da Costa

OBJETIVO DO PROJETO

Reduzir custos com insumos, operacionais e espaço físico, obtendo melhorias no desenvolvimento do processo da Central de Laudos com maior qualificação do serviço prestado e maior valor agregado aos pacientes, clientes internos e à sustentabilidade.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Grande volume de exames arquivados por conta do alto índice de exames não retirados pelos pacientes. Causas e efeitos:

- Arquivamento de 35.000 exames/mês, em média;
- 50% dos exames eram retirados com prazos superiores a 30 dias;
- 12% dos exames não eram retirados;
- Esforço físico e custos operacionais elevados;
- Desperdício de insumos utilizados para o fechamento e arquivamento dos exames, acarretando significativa perda financeira;
- Necessidade de grande espaço físico para comportar toda a infraestrutura da área.

PRÁTICA IMPLANTADA

O processo da Central de Laudos implicava em uma alta demanda de fechamento de exames e de arquivo, com consequentes etapas de retrabalho e de desperdícios de materiais (descarte dos exames não retirados), pois todos os exames realizados no HCor eram fechados e arquivados para a retirada do cliente. Por estas razões, foi mensurado o percentual de exames não retirados ou retirados com prazo superior a 30 dias e o índice de desperdício com insumos.

Todo o processo de arquivamento de exames exigia força e manobras físicas constantes dos colaboradores, em função do grande volume. O espaço físico tornou-se insuficiente para alocação da crescente demanda de exames e o ambiente tornou-se tumultuado pela enorme quantidade de documentos físicos. Este processo de arquivamento também propiciava erros processuais, pois implicava em muitas etapas de trabalho manual. Estas atividades repetitivas e desgastantes também foram fator gerador de desmotivação na equipe de trabalho, além do descontentamento do nosso cliente, que tinha por vezes uma imagem de desorganização em relação ao processo da retirada de exames.

A solução estava na implantação do processo de fechamento de exames por demanda: a preparação do envelopamento dos exames ocorre somente quando o paciente comparece para a retirada de exames. Para tanto, foi necessária uma adequação do espaço físico para alocação de toda a infraestrutura e processos "On Demand", cuja área necessária seria inferior à ocupada anteriormente.

Para a implantação do projeto, foram estabelecidas parcerias internas com as áreas de Tecnologia da Informação, Equipe de Projetos, Marketing e Superintendência de Operações; e externas: fornecedor do sistema de senhas.

Primeiramente foram realizadas análises de viabilidade para a implantação de laudos “On Demand”, a partir de estatísticas de demanda, com o intuito de estabelecer um tempo médio de atendimento adequado ao paciente no novo fluxo. Em seguida, todos os fluxos e processos internos da área foram mapeados para adequação ao novo espaço físico, cuja metragem é inferior, porém totalmente adequada para a estrutura operacional da Central de Laudos no contexto do projeto. Em conjunto, a equipe de T.I. desenvolveu o sistema da Central de Documentação – que engloba todos os exames e

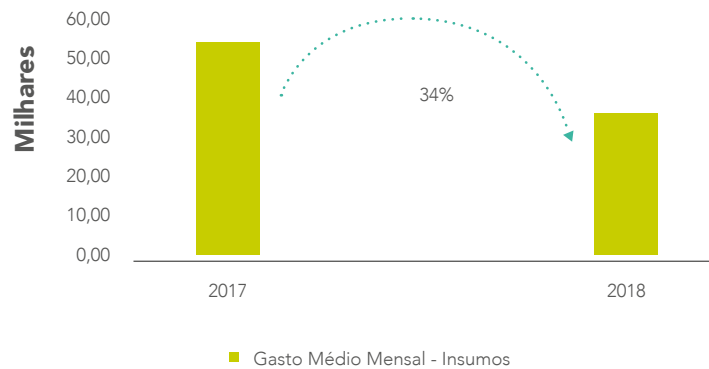
demais complementos que necessitam ser impressos para a realização do envelopamento.

Para o sistema de senhas, foi desenvolvido um fluxo que mapeia todo o atendimento do cliente, possibilitando uma gestão efetiva do processo em tempo real. Vários testes sistêmicos e simulados operacionais foram realizados antes da implantação, o que possibilitou correções e/ou alterações para o alcance dos objetivos estabelecidos. A equipe de Marketing foi acionada para realizar o processo de comunicação interna e externa sobre a mudança do novo local da retirada de exames e o contexto do novo fluxo “On Demand”.

O projeto alcançou melhorias significativas na qualidade dos serviços prestados pela Central de Laudos e nos resultados institucionais, tanto para pacientes quanto para a equipe interna da instituição.

RESULTADOS OBTIDOS

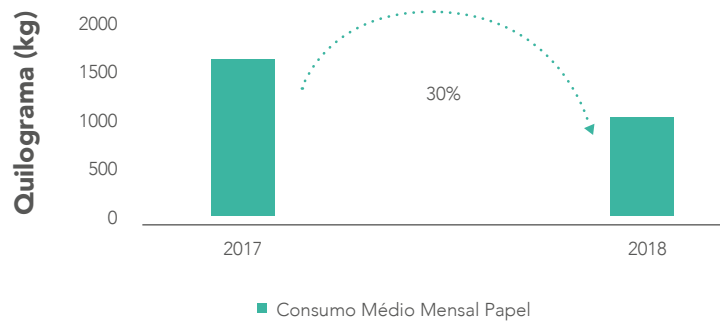
Dimensão Financeira



Redução de 34% no gasto médio mensal com insumos para fechamento dos exames (papel, pastas, en-

velopes, etiquetas), o que representa uma economia anual da ordem de R\$ 200 mil, aproximadamente.

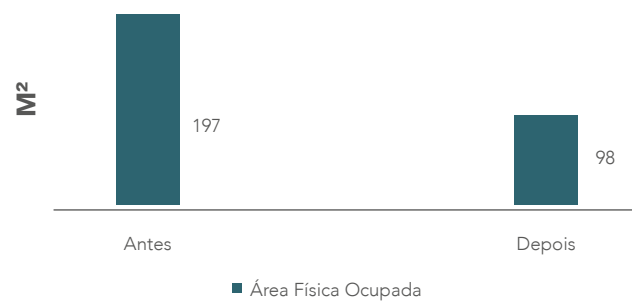
Dimensão Ecológica



Redução do consumo de papel em 30% ao mês, o que significa uma contribuição ao

meio ambiente de quase cinco toneladas reduzidas ao ano.

Dimensão Física:



Liberação de espaço físico em 50%, possibilitando à instituição alocação de outros serviços no espaço antes ocupado, gerando economia e otimização da estrutura.

CONCLUSÃO

O projeto trouxe novas perspectivas, tanto no aspecto de melhor prestação de serviços quanto no contexto de gestão:

- Redução de custos com insumos: redução de gastos da ordem de R\$ 678 mil/ano, considerando somente os exames não retirados pelos pacientes;
- Redução de custos operacionais e maior qualificação do serviço prestado a partir da adequação de funções;

- Melhorias significativas no desenvolvimento dos processos da Central de Laudos, com a eliminação das atividades que requeriam esforço físico, promovendo motivação na equipe de trabalho;
- Melhor assertividade no processo de fechamento de exames com a redistribuição de atividades da equipe, com foco nas etapas de conferência;
- Maior contribuição à sustentabilidade, mediante considerável redução de insumos;
- O projeto possibilita a alocação de toda a operação em estrutura física menor, proporcionando redução de custos por metro quadrado e viabilização de espaço físico à instituição.



GESTÃO DO CONTROLE DE MATERIAIS CONSIGNADOS POR RÁDIO FREQUÊNCIA (RFID) NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO

 Hospital Sírio-Libanês

Autores: Tatiana Santana, Debora de Carvalho e Patrícia Fatureto

OBJETIVO DO PROJETO

Implantar ações de melhoria referente ao controle de materiais consignados, para garantir segurança na dispensação ao paciente e na gestão dos estoques.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

A área de diagnósticos possui setores que realizam procedimentos que envolvem a utilização de materiais de alto custo. Devido à diversidade de modelos e tamanhos destes materiais, o hospital possui o estoque permanente destes produtos em regime de consignação. Durante o período da consignação destes materiais, o hospital é responsável pelo controle das quantidades e das validades destes produtos. Estes controles são realizados pela farmácia do Centro de Diagnósticos e Imagem (CDI), que abastece estes materiais para os setores de Hemodinâmica, Intervenção e Endoscopia. Mensalmente o fornecedor realiza um inventário junto à farmácia do CDI para verificar a acurácia destes estoques e a proximidade de vencimento dos produtos.

PRÁTICA IMPLANTADA

A ferramenta para a melhoria deste processo é uma plataforma de controle com etiquetas por RFID (identificação por radiofrequência). O processo consiste na identificação dos produtos

no momento do recebimento com etiquetas de RFID que registram os dados de cadastro, lote e validade do produto.

A partir deste registro, quando feita a leitura da etiqueta com o leitor específico (*handheld*) é possível identificar o produto, o lote e a validade do mesmo. Hoje temos uma grade de 725 itens de materiais consignados na hemodinâmica, 66 itens nos carros da endoscopia, 22 itens no carro da tomografia e na farmácia CDI 2346 itens, totalizando 3.591 materiais de alto custo em regime de consignação. Todos estes materiais representam um estoque de aproximadamente R\$ 5.050.000,00. O controle diário de reposição das salas de hemodinâmica e dos carros das demais áreas, era realizado por conferência de item a item, com auxílio de planilha do Excel, onde um colaborador fazia a impressão dos relatórios e realizava a conferência de todos os materiais em sala e carros, fazendo as reposições e indicando o que estava faltando. O controle de validade era realizado através de processo visual de item a item com registro em planilha Excel.

Nesse processo gastava-se muito tempo, devido ao grande volume de materiais, principalmente nas salas, onde muitas vezes tínhamos interrupções das reposições devido à necessidade de utilização das salas. Os 3591 produtos consignados pertencem a aproximadamente 30 empresas. O processo de inventário com estas empresas é realizado mensalmente. Portanto, temos inventário com fornecedores diariamente. No recebimento, o processo era dividido em duas etapas: uma de entrada da nota fiscal de remessa e outra de emissão de etiqueta de código de barras. Estes processos eram realizados em telas diferentes no SIH (Sistema de Informação Hospitalar).

A implantação do sistema de RFID tem a proposta de:

- Integrar o processo de entrada de nota fiscal de remessa com a emissão de etiquetas;
- Facilitar o processo de reposição diária de materiais consignados nas salas de hemodinâmica e nos carros das demais áreas;
- Melhorar o processo de controle do estoque de consignados (contagens e inventários junto aos fornecedores);
- Garantir o processo de verificação de validades dos 3591 produtos;
- Reavaliar o processo da cadeia e fluxo com a tecnologia;
- Customizar no SIH para integração com a plataforma eletrônica da empresa;
- Testar a funcionalidade piloto com uma empresa expansão do piloto;
- Etiquetar todos os materiais consignados já existentes nas salas, carros e farmácia CDI;
- Alterar a posição das etiquetas RFID nos stents devido as embalagens de alumínio;
- Treinar as equipes da farmácia CDI quanto à utilização do *handheld*.

RESULTADOS OBTIDOS

Processo	Análise dos processos antes da implantação do RFID	Análise dos processos depois da implantação do RFID
Reposição de materiais nas salas de hemodinâmica + Carros das demais áreas	8h e 30 minutos /dia (1245 itens)	1h e 10 minutos/dia (1245 itens)
Verificação das validades dos materiais das salas e dos carros das demais áreas	06h45 minutos (1245 itens)	34 minutos (1245 itens)
Inventário com um fornecedor	3h e 15 minutos (478 itens)	23 minutos (478 itens)
Inventário dos materiais armazenados na farmácia CDI	8h (1882 itens)	20 minutos (1882 itens)

CONCLUSÃO

A implantação do controle de materiais consignados utilizando o sistema RFID desde a entrada de nota fiscal, passagem pelo portal e recebimento dos materiais consignados e a utilização do *handheld* para recebimento e contagem, proporcionou aumento na produtividade dos processos e também na obtenção de dados de

vencimento próximo de produtos para devolução aos fornecedores, contribuindo para uma segurança maior do processo.

Deixamos de utilizar o Excel com as planilhas dos materiais consignados, para agora ter acesso a plataforma RFID com as respostas mais rápidas em relação ao que temos em estoque, com seus lotes e validades, e aumento de segurança no controle.





O IMPACTO DA FARMÁCIA CLÍNICA NA ECONOMIA EM UM HOSPITAL

📍 Hospital e Maternidade São Mateus

Autores: Veridiana Galetti de Rezende e Graciellen Ferreira de Souza

OBJETIVO DO PROJETO

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA

A prescrição de polifarmácia, o uso de medicamentos de alto custo, amplo espectro e *off label*, podem gerar eventos adversos, resultando em gastos desnecessários e levando a internamentos prolongados. A política de qualidade da instituição entende que, de acordo com a Política Nacional de Medicamentos, é necessário assegurar o uso seguro de medicamentos, com eficácia e qualidade levando em consideração seus custos. Com isso, o farmacêutico realiza a análise da prescrição intervindo quando necessário e diminuindo esses erros relacionados aos medicamentos.

PRÁTICA IMPLANTADA

O serviço de Farmácia Clínica do Hospital São Mateus conta com dois farmacêuticos clínicos destinados a disponibilizar informações técnicas sobre o uso adequado do medicamento, assessorando a tomada de decisão clínica, atuando de forma preventiva e resolutiva nos eventos adversos a medicamentos. Estes atuam na instituição nas unidades de terapia intensiva 1 e 2 e nos postos de internação 1 e 2 em período de horário comercial. Devido ao perfil dos postos 3A e 3B serem de pacientes cirúrgicos, é realizada a busca ativa somente dos que necessitam da

análise da Farmácia Clínica, sendo estes os que possuem mais de 24 horas de internação, sendo analisada a suspensão da antibioticoprofilaxia e a prescrição da profilaxia de Tromboembolismo Venoso.

A partir das solicitações pelos prescritores, é realizada a liberação e o aprazamento pelo farmacêutico clínico em suas respectivas unidades de internação. Durante a liberação já é analisada a indicação, a posologia, o tempo de uso dos medicamentos, alergias, prescrição de medicamentos de uso domiciliar, diluição, entre outros possíveis problemas relacionados aos medicamentos. Quando necessária, é proposta uma sugestão/intervenção farmacêutica, podendo ser redução ou ajuste de dose do medicamento, mudança de esquema terapêutico ou forma farmacêutica, suspensão de medicamento sem efetividade, entre outras. Estas intervenções foram quantificadas a partir da avaliação apenas dos custos diretos, ou seja, calculou-se o valor de custo do medicamento comprado pelo hospital ou do faturamento do respectivo convênio, multiplicado pelo número de dias de internação ou número de doses que foram reduzidos após a intervenção.

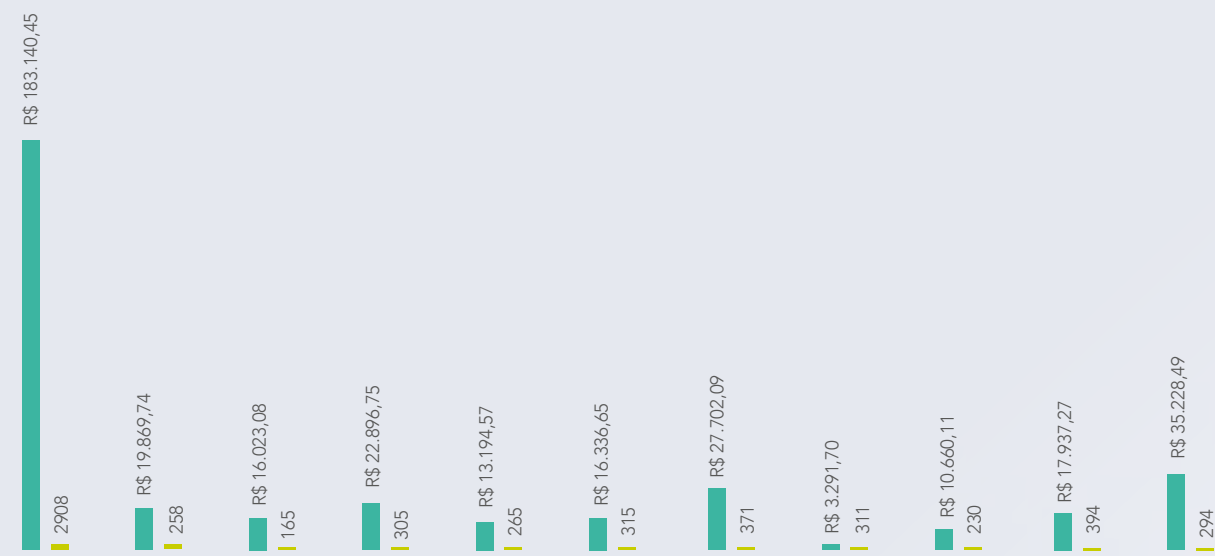
Neste contexto hospitalar, o estudo traz uma análise quantitativa do desempenho articulado e estratégico do Serviço de Farmácia Clínica, com potencial de impacto na saúde, tanto do ponto vista clínico quanto financeiro, onde mensalmente em planilha específica são compilados os dados e registrados no indicador para análise e propostas de melhorias. Para o projeto foi realizado um estudo quali-quantitativo descritivo prospectivo baseado em análise documental, realizado no período de dez meses, de julho/2018 a abril/2018.

RESULTADOS OBTIDOS

Um estudo farmacoeconômico trata-se de um estudo complexo, onde se analisam vários tipos de custos, como diretos, indiretos e intangíveis. Na experiência da instituição, avaliou-se isoladamente um item dos custos diretos, que foi o custo com medicamentos, baseado nas sugestões/intervenções realizadas. Os resultados foram obtidos sob uma vertente qualitativa e quantitativa. A análise qualitativa foi realizada à medida das sugestões/intervenções propostas sobre as solicitações médicas, conforme constam nas evoluções registradas

em prontuário eletrônico. A análise quantitativa deu-se a partir do cálculo do custo do medicamento multiplicado pelo número de dias reduzidos ou quantidade de medicamento reduzido. Os resultados demonstram que as intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico geraram redução de custos com medicamentos e evitaram problemas relacionados a eles. No período estudado, foram realizadas 2908 intervenções farmacoeconômicas, as quais totalizaram uma economia de R\$183.140,45. Estas intervenções foram do tipo redução ou ajuste de dose, mudança de esquema terapêutico, mudança da forma farmacêutica e medicamento sem efetividade terapêutica

Gráfico 1 | Estratificação dos valores reduzidos através das intervenções realizadas mensalmente no período de julho de 2017 a abril de 2018



CONCLUSÃO

Com o sistema de análise e liberação da prescrição antes da dispensação do medicamento, o farmacêutico passa a relacionar-se de forma direta e ativa com o paciente e os demais profissionais de saúde evitando erros relacionados a medicamentos, acúmulo de medicamentos nas unidades e dispensação/devoluções desnecessárias. Durante a análise é possível realizar a suspensão do medi-

camento, a mudança no aprazamento, ou via de administração, pois na instituição, após contato com o médico, o farmacêutico é o profissional que tem a autorização para realização dos ajustes relacionados ao medicamento no sistema. Isso traz agilidade, fidelização e procura do serviço da farmácia clínica pela equipe multidisciplinar. Tem-se como desafio a implantação do serviço em toda a instituição, inclusive fora do período comercial e finais de semana, onde, ainda não é possível atender todas as unidades.





SUSTENTABILIDADE
AMBIENTAL





IMPLANTAÇÃO DA COLETA SELETIVA NO CENTRO DE LOGÍSTICA E DOCUMENTAÇÃO DO HOSPITAL METROPOLITANO

Hospital Metropolitano

Autora: Ana Carolina Tesch Benincá

OBJETIVO DO PROJETO

Realizar a coleta seletiva no Centro de Logística e Documentação do hospital, englobando os setores de Documentação, Compras e Almoxarifado, a fim de diminuir a quantidade de resíduos dispostos em aterro sanitário e apoiar a Associação de Catadores municipal.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

De acordo com um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017), estimativas recentes apontam para uma geração de resíduos sólidos urbanos no país em torno de 160 mil toneladas diárias, em que cerca de 30 a 40% são considerados passíveis de reaproveitamento e reciclagem, capazes de retornar à cadeia produtiva, como matéria-prima industrial, poupando recursos naturais e gerando emprego e renda aos catadores. No entanto, segundo a mesma fonte, apenas 13% desse material é reciclado, o restante é enviado para lixões ou aterros sanitários.

PRÁTICA IMPLANTADA

O Centro de Logística e documentação (CLD) é uma área administrativa, cujo principal resíduo gerado é o comum, sendo produzido em torno de 600 a 700 kg/mês. Todo o resíduo comum gerado era encaminhado ao aterro sanitário pela Prefeitura, inclusive os itens que poderiam ser reciclados,

porção que representa mais de 50% do volume gerado diariamente no setor.

O aterro sanitário, apesar de ser uma alternativa legal, não é a mais adequada, visto que não permite a reutilização e/ou reciclagem dos materiais ali depositados.

Frente à situação apresentada e observando o potencial dos resíduos gerados no CLD, iniciamos o projeto de implantação da coleta seletiva.

Inicialmente definimos a metodologia de separação, a cor das sacolas que seriam utilizadas, confeccionamos as etiquetas de identificação, bem como definimos o tamanho, a quantidade e o tipo de lixeiras que seriam disponibilizadas para cada área, de acordo com a demanda. Foi necessário também organizar a estrutura física para o armazenamento deste material até o seu recolhimento e definir a instituição para qual os resíduos seriam destinados. Assim, buscamos parceria com associações e/ou institutos que pudessem fazer o recolhimento na frequência necessária e dar a finalidade correta para esses resíduos, indo em encontro da Política Nacional de Resíduos Sólidos, Lei 12.305, promulgada em 2010, que propõe o desenvolvimento dessas atividades em parceria com associações de catadores locais.

A metodologia de separação utilizada foi baseada na definição adotada pelo governo estadual e cujos símbolos de identificação estão disponíveis no site do Estado. Além de facilitar e uniformizar o entendimento, essa metodologia se baseia em uma separação mais simples, separando-se apenas o "Lixo Seco" do "Lixo Úmido", o que evita erros e facilita a aceitação do projeto.

O "Lixo Seco" compreende qualquer material limpo, passível de ser reciclado, como metais, plásticos e papel. O "Lixo Úmido" compreende materiais sujos com comida ou restos alimentares e de varrição, bem como folhagens, resíduos de

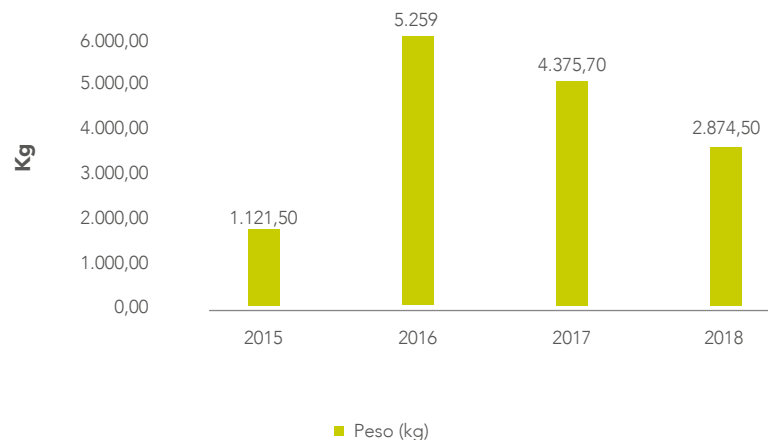
sanitários e outros resíduos de fácil putrefação. Para facilitar a visualização dos resíduos dispostos nas sacolas foi padronizada a utilização da sacola azul para o “Lixo Seco” e sacola preta para o “Lixo Úmido”. O recolhimento do material é realizado mensalmente pela Associação de Catadores do Município da Serra – Recuperlixo. Após o planejamento concluído e antes da execução do projeto, foi realizado treinamento com toda a equipe a fim de apresentar o projeto e os processos adotados e buscar aceitação dos participantes, garantindo um material reciclável de qualidade. A manutenção dos treinamentos ocorre anualmente e sempre que há a necessidade, que são percebidas em rondas de avaliação setorial periódicas. O projeto de implantação da coleta seletiva no CLD teve início em março de 2015 e a pesagem começou a ser feita em outubro, quando foi disponibilizada a balança para o setor. Portanto, os dados de geração foram contabilizados a partir de outubro de 2015 até maio de 2018.

RESULTADOS OBTIDOS

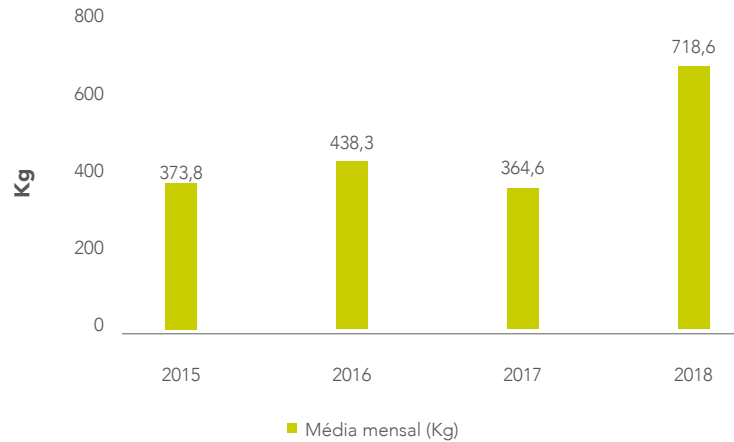
De outubro de 2015, quando se iniciou a pesagem, até maio de 2018, foram recolhidas mais de 13.600 toneladas de material reciclável.

Todo esse material é encaminhado à Associação de Catadores que separa cada item entre as diversas categorias comercializáveis e os vende para empresas recicladoras. Dentre os resíduos descartados, estão em maior quantidade o papel e o papelão, que são comercializados, em média, por R\$ 0,43/kg. Se multiplicássemos esse valor pela quantidade de resíduos já enviados para a Recuperlixo, teríamos gerado um valor estimado de R\$ 5.848,00 em renda para os catadores. Além dos benefícios financeiros para a associação, a destinação dos resíduos para a reciclagem desafia os aterros sanitários e devolve o material para o ciclo produtivo evitando retirar matéria-prima da natureza para produção de mais insumos. Nos gráficos expostos podemos observar a quantidade total de resíduos recicláveis gerados em cada ano e a média mensal de resíduos gerados. Com isso, percebemos que em 2018 a média mensal foi 97% maior que o ano anterior, corroborando o crescimento do projeto e a conscientização dos colaboradores envolvidos. Proporcionar a reciclagem dos resíduos gerados é um dos objetivos do projeto, mas um papel fundamental também é conscientizar os colaboradores e parceiros da importância da coleta seletiva e dos catadores, mudando hábitos e criando uma cultura mais sustentável, para que os resultados também possam ser observados fora dos muros da instituição.

Quantidade anual de recicláveis gerados entre outubro de 2015 e abril de 2018



Quantidade média mensal de recicláveis gerados nos anos de 2015 a 2018



CONCLUSÃO

Mensalmente encaminhamos à reciclagem cerca de 530 kg de resíduos que iriam para aterros sanitários. O projeto nos possibilitou dar a melhor destinação possível a esses resíduos e apoiar catadores que tiram a sua renda desse trabalho, muitas vezes não reconhecido e valorizado. No entanto, os desafios são muitos. Nem todos aderem à proposta, nem todos fazem corretamente essa separação, mas é importante estar presen-

te, acompanhar esse processo, tirar as dúvidas logo que elas surjam e fazer a ponte entre os que geram e os que coletam, garantindo que o material enviado esteja adequado. Observamos melhorias desde o início do projeto, tanto na separação como na participação de forma geral. Os colaboradores do setor frequentemente propõem melhorias e ideias sustentáveis, mostrando que o projeto não só cumpre o seu papel de aumentar a reciclagem, mas também de conscientizar os colaboradores sobre as boas práticas de sustentabilidade.



APROVEITAMENTO DE ÁGUA CONDENSADA DE APARELHOS DE AR CONDICIONADO E CAPTAÇÃO DE ÁGUAS PLUVIAIS PARA USO EM ATIVIDADES QUE NÃO DEMANDAM NECESSIDADE DE ÁGUA POTÁVEL

📍 Hospital Rios D'Or

Autor: Aureliano Pereira

OBJETIVO DO PROJETO

Captação de água condensada de aparelhos de ar condicionado e águas pluviais para aproveitamento em atividades que não demandam uso de água potável, contribuindo para redução do consumo e uso racional da água.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Devido a fatores externos, como por exemplo, disponibilidade cada vez mais limitada deste recurso natural, crise hídrica vivenciada na região sudeste entre outros fatores, o Hospital Rios D'Or, atento a esta questão e consciente da importância do uso racional de água, criou um sistema para aproveitar a água condensada de aparelhos de ar condicionados e também captar águas de chuva, visando utilizá-las em atividades que não demandam a necessidade de água potável, como o caso de higienização dos contêineres de resíduos e irrigação dos jardins.

PRÁTICA IMPLANTADA

As atividades hospitalares apresentam uma variedade de aspectos ambientais, sendo um deles o consumo de água, elemento indispensável para a nossa prestação de serviços. Foi constatado que havia um grande uso de água potável para certas atividades que não tinham necessidade, como irrigação dos jardins e limpeza de contêineres. Inclusive, a irrigação dos jardins demonstrava certa ineficácia, pois por se tratar de um processo manual, em alguns pontos a rega não ocorria de maneira uniforme. Isso também evidenciou a necessidade de um sistema mais prático de distribuição de água.

Para a atividade de aproveitamento de água de reuso (chuva e condensada), a equipe de manutenção do hospital realizou algumas obras visando adequação da estrutura existente, onde uma canalização leva a água captada para um reservatório com capacidade de armazenamento de 30.000 litros (30 m³).

Aproveitamento de águas pluviais



Linha de água para reuso



Reservatórios de armazenamento de água condensada



Água utilizada na rega do jardim

O aproveitamento de água da chuva ocorre da seguinte maneira. A captação da água, tanto de condensação do ar condicionado, quanto de águas pluviais se dá por meio dos telhados e lajes dos estacionamentos. As águas captadas são direcionadas para os reservatórios que ficam localizados no subsolo dos prédios, com capacidade total de 30m³. As águas de condensação dos condicionadores de ar são descarregadas nos drenos das casas de máquinas, com destino final nos mesmos reservatórios localizados no subsolo. Essa água acumulada é usada para irrigação do jardim do hospital, com um volume de uso diário de 7m³ e de 2 m³ para lavagem dos carrinhos de transporte de resíduos do hospital. Também houve uma preocupação para redução do consumo. Dessa forma, a unidade implementou os redutores

de vazão e arejadores. Para torneira redutor de 1.8 l/min e para o chuveiro 8 l/min.

RESULTADOS OBTIDOS

O projeto foi iniciado em abril de 2016 e as instalações concluídas em janeiro de 2017. Essas instalações representaram um investimento de R\$ 52.848,90 em todo sistema de captação de água, tanto ar condicionado quanto de águas pluviais, e R\$ 180.122,60 para implantação do sistema automático de irrigação do jardim. A economia alcançada ao longo de 2017 foi de R\$ 45.830,00 e custo evitado em 2017 de R\$ 727.226,58 na conta de água.

Período de captação	Volume captado (m ³)	Economia (R\$)
Maio a dezembro/2016	149	R\$ 3.013
Janeiro a dezembro/2017	1.973	R\$ 45.830
Total	2.122	R\$ 48.843

Antes da implantação do projeto de captação de água de chuva e aproveitamento de água de condensação do ar condicionado, a média de

consumo em m³ por paciente dia era de 1,352 m³, e após a conclusão das instalações passou para 0,7008 m³.

Mapeamento do consumo antes de depois da implantação do projeto (consumo m³/pac dia)

Tabela de controle 2015

	Economia de Água (m ³)	Custo Evitado	Percentual de Economia	M ³ / pac dia realizado	Média Histórica - M ³ / pac dia realizado
Janeiro	728	R\$ 16.909,65	11,28%	1,199526846	1,352
Fevereiro	252	R\$ 8.510,45	4,79%	1,287246992	1,352
Março	813	R\$ 17.324,50	22,52%	1,047481701	1,352
Abril	1429	R\$ 29.941,05	30,23%	0,943233775	1,352
Maio	1203,73	R\$ 25.088,62	28,28%	0,9697	1,352
Junho	1722	R\$ 30.551,23	39,98%	0,811403273	1,352
Julho	1428	R\$ 30.551,23	33,11%	0,904303147	1,352
Agosto	1339	R\$ 30.524,67	34,44%	0,886341503	1,352
Setembro	1273	R\$ 29.361,20	31,51%	0,925951557	1,352
Outubro	1297	R\$ 30.695,82	30,55%	0,938937154	1,352
Novembro	747	R\$ 18.811,90	20,53%	1,07449298	1,352
Dezembro	769	R\$ 18.513,73	21,80%	1,057229068	1,352
Total	13000,57	R\$ 286.784,03			

Tabela de controle 2016

	Economia de Água (m³)	Custo Evitado	Percentual de Economia	M³ / pac dia realizado	Média Histórica - M³ / pac dia realizado
Janeiro	2434	R\$ 58.317,76	44,82%	0,746040013	1,352
Fevereiro	329	R\$ 14.722,77	5,90%	1,272264722	1,352
Março	1338	R\$ 30.706,49	34,07%	0,891387204	1,352
Abril	1683	R\$ 38.744,26	39,06%	0,823891626	1,352
Mai	1643,61	R\$ 37.422,32	40,92%	0,798736866	1,352
Junho	2213	R\$ 51.053,10	50,61%	0,667714555	1,352
Julho	1603	R\$ 36.883,50	40,38%	0,806031704	1,352
Agosto	1747	R\$ 41.798,13	42,26%	0,780586162	1,352
Setembro	1296	R\$ 29.534,96	35,73%	0,868980597	1,352
Outubro	1747	R\$ 45.038,06	41,69%	0,788321929	1,352
Novembro	1706	R\$ 43.584,67	42,50%	0,777343522	1,352
Dezembro	1420	R\$ 35.043,62	40,25%	0,807784912	1,352
Total	19159,98	R\$ 462.849,64			

Tabela de controle 2017

	Economia de Água (m³)	Custo Evitado	Percentual de Economia	M³ / pac dia realizado	Média Histórica - M³ / pac dia realizado
Janeiro	1376	R\$ 36.527,68	38,33%	0,833748873	1,352
Fevereiro	1114	R\$ 49.805,36	28,41%	0,967949275	1,352
Março	1938	R\$ 54.164,90	37,59%	0,843723079	1,352
Abril	2049	R\$ 54.819,84	43,11%	0,769109981	1,352
Mai	1961,11	R\$ 54.008,05	37,19%	0,849254159	1,352
Junho	1851	R\$ 49.694,73	40,36%	0,806382523	1,352
Julho	2171	R\$ 57.960,10	49,34%	0,684965107	1,352
Agosto	2235	R\$ 61.830,49	47,38%	0,711403439	1,352
Setembro	2262	R\$ 62.825,94	48,35%	0,698352604	1,352
Outubro	1695	R\$ 46.603,42	38,49%	0,831564308	1,352
Novembro	2395	R\$ 114.601,18	45,49%	0,736955352	1,352
Dezembro	1717	R\$ 84.384,90	37,75%	0,841602241	1,352
Total	22765,26	R\$ 727.226,58			

CONCLUSÃO

A irrigação manual ineficaz foi solucionada com a irrigação automática interligada no sistema de captação da água de reuso.

Essas instalações representaram um investimento de R\$ 232,971,50 e permitiu ao longo de 2017 uma economia de quase R\$ 50.000,00, além de redução, chamado de custo evitado, conforme a tabela de controle 2017, de R\$ 727.226,58 na conta de água.



EFICIÊNCIA ENERGÉTICA NA CENTRAL DE ÁGUA GELADA (CAG)

Hospital Rios D'Or

Autores: Aureliano Pereira e Carlos Eduardo M. Soares

OBJETIVO DO PROJETO

- Reduzir em 10% o consumo total em kWh do hospital;
- Garantir o bem-estar e conforto de pacientes, familiares e profissionais;
- Diminuir desgastes dos equipamentos;
- Melhorar a performance global e da manutenção, liberando horas da equipe para manutenções preventivas.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Os sistemas de climatização (ar condicionado) representam cerca de 50% do consumo de energia de um hospital moderno. As ineficiências desses sistemas resultam em despesas desnecessárias, desperdício de energia, entre outros fatores. Dessa forma, visando aprimorar essas questões na gestão e melhorar a performance ambiental do hospital, o Rios D'Or iniciou em dezembro de 2015 um projeto para implantação de automação focada em eficiência energética da Central de Água Gelada (CAG).

PRÁTICA IMPLANTADA

Existem diversas tecnologias de sistemas de climatização. Os mais comuns em prédios de grande porte, como os hospitais, utilizam uma central

de produção de água gelada (CAG) formada por vários resfriadores de líquido (conhecidos como "chillers"). Estes equipamentos resfriam a água, que é então bombeada por uma complexa rede de tubulações até os "fan&coils" (equipamentos instalados próximos aos ambientes climatizados como UTIs, Centros Cirúrgicos, Laboratórios, Quartos de Internação, CME, Farmácia etc). A automação na Central de Água Gelada (CAG) implementada pelo Rios D'Or foi visando garantir que todos esses equipamentos tivessem uma performance mais efetiva, proporcionando a utilização racional da energia elétrica e conseqüentemente com menos desperdício, diminuindo o consumo e reduzindo custos com energia.

Levando em conta os aspectos econômicos e ambientais, com a implantação do sistema de automação no Rios D'Or, o processo de gestão dos indicadores na área de manutenção passou a ser acompanhado em tempo real. Todos os históricos de consumo de energia do hospital passaram a ser vistos e analisados *on-line*, permitindo filtrar as informações por área, proceder análises relativas ao tempo de utilização de cada equipamento, qualidade da energia fornecida pela concessionária ou qualquer outra combinação de variáveis armazenadas no *big-data*. Essa informação em tempo real possibilitou aos gestores proceder os ajustes e correções com maior rapidez, alcançando resultados positivos para a assistência médica prestada ao paciente, para a produtividade do pessoal e o atendimento ao cliente interno.

RESULTADOS OBTIDOS

Os resultados foram alcançados com a implan-

tação desse projeto de automação. Além da economia de energia e do expressivo benefício ambiental, o projeto deu origem a outras eficiên-

cias muito importantes, tais como a redução de avarias das máquinas e incremento da vida útil dos equipamentos de ar condicionado.

Cenário antes da implantação do projeto

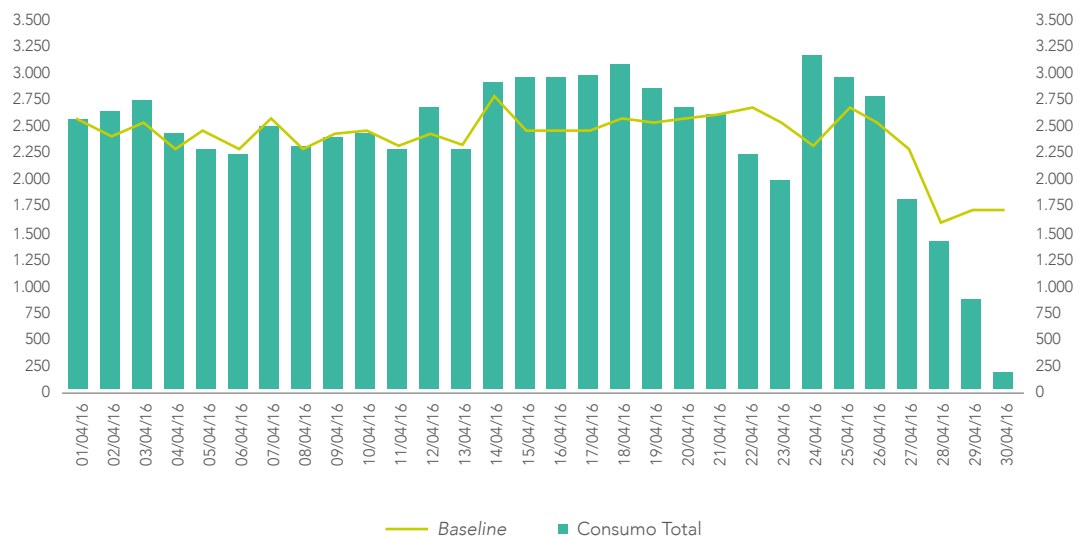
Indicação de medição em período sem o acompanhamento de Eficiência Energética Microblau. De 01/04/2016 até 30/04/2016.

Consumo de energia elétrica

Dados consolidados: 01/04/2016 a 30/04/2016

	Medido	Baseline	Variação: Medido - Baseline			Tarifas	
Total	71475 kWh	71407 kWh	0,1%	R\$ 153,48	68 kWh	Ponta R\$ 1,5039	Fora ponta R\$ 0,4530

Consumo diário x Baseline diário



Cenário após a implantação do projeto

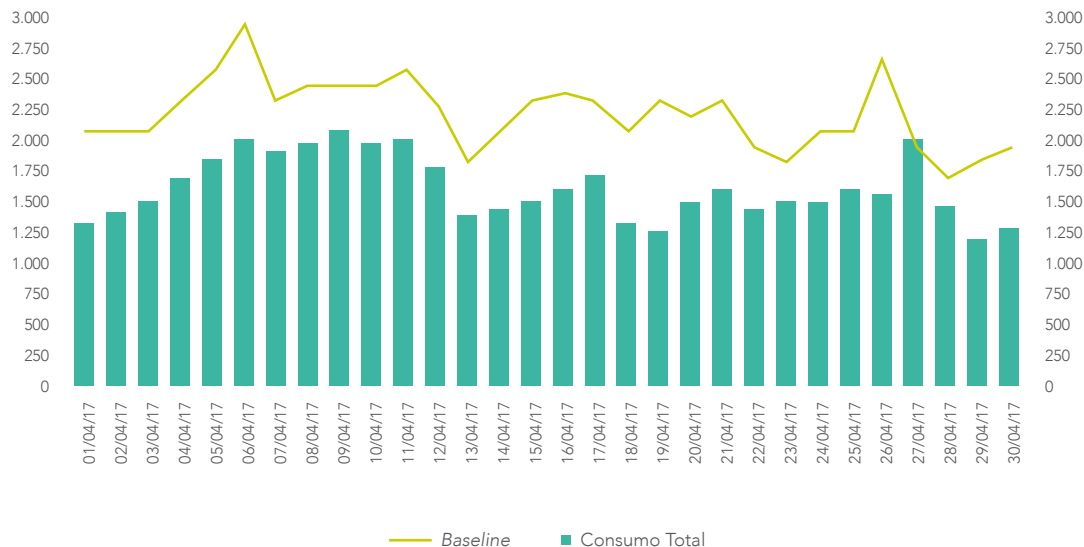
Resultado obtido em mês com acompanhamento de Eficiência Energética Microblau. Ganho de R\$14.243,02. De 01/04/2017 até 30/04/2017.

Consumo de energia elétrica

Dados consolidados: 01/04/2017 a 30/04/2017

	Medido	Baseline	Variação: Medido - Baseline			Tarifas	
Total	47666 kWh	65964 kWh	-27,7%	-R\$ 14.243,02	-18298 kWh	Ponta	Fora ponta
						R\$ 2,0936	R\$ 0,7826

Consumo diário x Baseline diário



CONCLUSÃO

O processo de automação da climatização trouxe benefícios e melhorias na rotina da área de manutenção, nos ambientes do hospital e na questão financeira. Houve redução no número de chamados ar condicionado e no seu tempo de atendimento,

pois as ações passaram a ser *on-line* via Oxyn G5. Com menos tempo de espera, mais eficiente e rápido, ocorre a resolução do problema, gerando um ambiente mais confortável para os pacientes, visitantes e colaboradores.

Além dos ganhos operacionais, o investimento de R\$ 450.000,00 gerou um retorno de R\$ 220.000,00 logo nos primeiros 12 meses, somente de energia.



SEGREGAÇÃO EM FOCO: TREINAMENTO PARA DESCARTE CORRETO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

📍 Hospital Português

Autores: Daniele Ramos Rosa Da Silva, Deneizuela Gonçalves Da Conceição Vigas Monção e Diego Costa Da Cunha Ferreira

OBJETIVO DO PROJETO

Proporcionar conhecimento e estimular o colaborador a realizar o descarte adequado dos resíduos de serviço de saúde nas lixeiras correspondentes a cada grupo de resíduos gerados na instituição.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Os desafios vivenciados pelo Hospital Português para promover a capacitação dos profissionais de saúde, quanto ao manejo de resíduos, ocorrem desde a implantação do PGRSS, em 2001. As equipes que atuam na assistência ao paciente, por não sentirem-se parte do processo, apresentam maior resistência quanto à adesão ao gerenciamento adequado dos resíduos, atendendo às legislações e à política ambiental interna (criada no ano de 2005) que norteia as ações voltadas para o controle e minimização da geração de resíduos hospitalares.

PRÁTICA IMPLANTADA

Os problemas associados ao descarte de resíduos, os riscos de acidente de trabalho e a necessidade de garantir uma segregação mais eficiente foram identificados a partir do diagnóstico realizado pela equipe de meio ambiente, cujo cenário encontrado, nas unidades geradoras, apontava para uma necessidade premente de

reavaliar a metodologia dos treinamentos. Idealizado pela analista de meio ambiente Deneizuela Vigas como ferramenta para sensibilizar o público interno da instituição, principalmente a equipe de nível superior e que atua diretamente na assistência, o treinamento de Segregação em Foco une a teoria à prática, levando a oportunidade do aprendizado às unidades geradoras de resíduos de serviço de saúde, respeitando as legislações aplicáveis, RDC nº 222/18 da ANVISA, resolução CONAMA nº 358/05 e da Política Nacional de Resíduos Sólidos, Lei 12.305/10. O treinamento é ministrado por uma analista de meio ambiente, do setor de hotelaria, com o apoio de uma técnica em meio ambiente e/ou enfermeira de hotelaria, utilizando uma metodologia teórico-prática, dividida em três etapas: 1) Expositiva: os colaboradores da instituição são orientados sobre as características intrínsecas (física, química, biológica) de cada resíduo apresentado no treinamento. 2) Prática: alguns resíduos de diferentes classificações são sorteados para que os funcionários realizem o descarte nas lixeiras corretas. 3) *Debriefing*: a analista dá o *feedback* quanto ao descarte realizado, fazendo esclarecimentos quanto à classificação do resíduo escolhido. Em caso de erro, procede um novo descarte no recipiente correspondente ao tipo de resíduo.

O primeiro Segregação em Foco aconteceu na I Semana de Sustentabilidade do Hospital Português da Bahia, em 2015, onde foram treinados quase 200 colaboradores. Posteriormente, este treinamento consolidou-se na instituição, sendo realizado in loco nas unidades geradoras. Desde a implantação mais de 15 áreas foram contempladas, entre estas se destacam as unidades de medicina crítica, laboratório de análises clínicas, emergências e áreas administrativas.

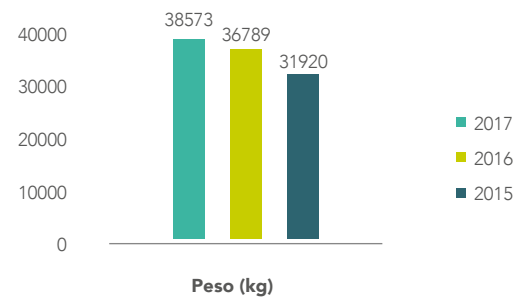
Para consolidar as informações apresentadas durante o treinamento foi elaborada, em 2015, uma cartilha de gerenciamento de resíduos que é distribuída ao final de cada turma, como documento de consulta do colaborador. A instituição também implantou, como projeto piloto, o uso de adesivos autoexplicativos contendo a descrição de cada grupo de resíduos, para auxiliar a segregação e o descarte correto nas lixeiras.

sobretudo aqueles gerados em maior volume como papel, papelão e plástico. Entre os anos de 2015 e 2017, o treinamento contemplou mais de 700 profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, auxiliares de higienização, psicólogos, etc.) e a abrangência do mesmo está apresentada no Gráfico 2.

RESULTADOS OBTIDOS

Esta medida simples de conscientização motivou o maior empenho das equipes assistenciais e administrativas, gerando uma redução expressiva no descarte de resíduos perfuro cortantes (6,3 toneladas), em 2017, quando comparado ao ano anterior. Ressalta-se o encaminhamento de 38,5 toneladas de resíduos sólidos para reciclagem,

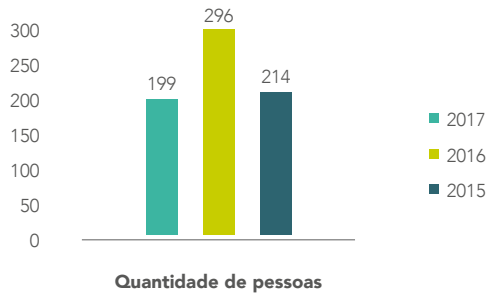
Gráfico 1 | Resíduos encaminhados para reciclagem



Fonte: Meio ambiente/Hospital Português



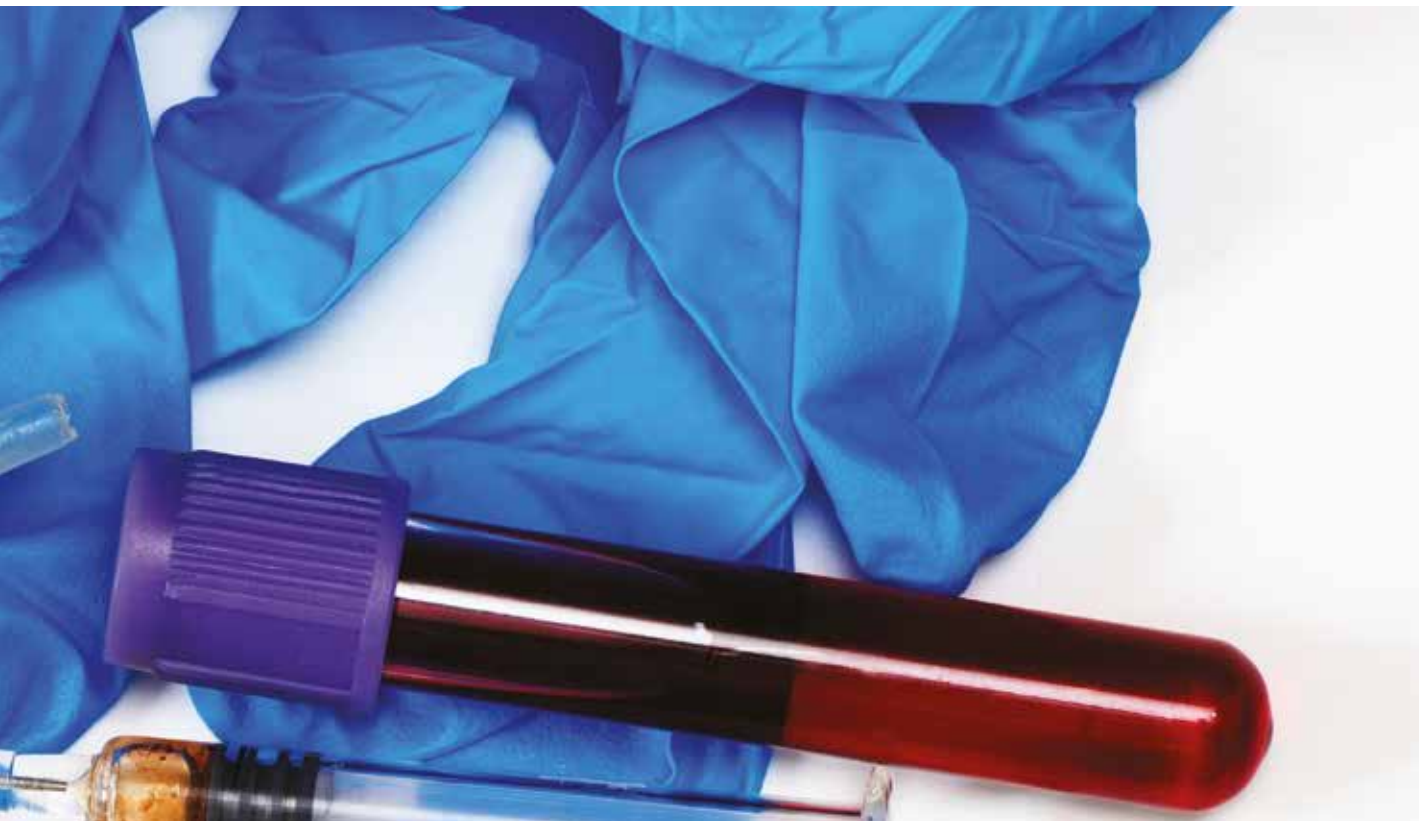
Gráfico 2 | Quantidade de profissionais que participaram do treinamento



Fonte: Meio ambiente/Hospital Português

CONCLUSÃO

Apesar das dificuldades enfrentadas na adesão ao gerenciamento de resíduos pelos colaboradores, principalmente da equipe assistencial, o treinamento Segregação em Foco modificou esta perspectiva, sensibilizando, ao longo dos três últimos anos, mais de 700 profissionais, impactando assim na redução do descarte de alguns tipos específicos de resíduos (como o perfuro cortante) e na inclusão de novos resíduos para a reciclagem, a exemplo das embalagens plásticas, que anteriormente eram desprezados. Ademais, destaca-se o sucesso na consolidação do treinamento, culminando em resultados positivos para a instituição, no que tange a abordagem prática da política ambiental interna, assim desencadeando diversos outros projetos, a exemplo do uso de adesivos autoexplicativos para descarte adequado de resíduos nas lixeiras e a cartilha de gerenciamento de resíduos





GERENCIAMENTO DE ÁGUA NO ÂMBITO HOSPITALAR: MAPEAMENTO DO CONSUMO NAS UNIDADES COM FOCO NO CONTROLE, REDUÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE VAZAMENTOS

📍 Hospital Santa Izabel – Santa Casa da Bahia

Autores: Eduardo Lins Ferreira de Araújo Neto, Thiago Awad Prudente e Kátia Silene Belchior de Oliveira

OBJETIVO DO PROJETO

O Hospital Santa Izabel adota por iniciativa própria ações sustentáveis para minimizar e prevenir impactos socioambientais de sua operação. Assim, o objetivo principal deste projeto visa a redução do consumo de água da unidade hospitalar.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

O Hospital Santa Izabel é um complexo hospitalar com 124 anos. Devido a suas construções históricas, algumas tombadas pelo patrimônio, ainda existem tubulações subterrâneas para abastecimento de água potável não devidamente cadastradas.

Em 2015, a instituição iniciou a instalação de hidrômetros internos para setorização e monitoramento do consumo. A partir de então, verificou-se um consumo de água acima da média, quando comparado a hospitais do mesmo porte e indicadores bibliográficos. Neste cenário, tornou-se evidente a perda de água nos sistemas e nas redes hidráulicas.

PRÁTICA IMPLANTADA

O processo de gerenciamento de água teve início em 2014 a partir da implantação do sistema

de monitoramento diário dos reservatórios e entradas de água. Em 2015, foi elaborado um projeto de gestão, inicialmente dividido em cinco etapas principais, que são:

◦ **Setorização**

Diante da necessidade de gerenciar o consumo e definir estratégias de redução, o projeto teve início com a instalação de medidores internos para setorização dos prédios e unidades com alto consumo. Para controle dos níveis nos reservatórios, foi acoplado às boias de nível um sistema de alarme por telemetria, possibilitando a identificação de consumos noturnos elevados. Com isso, tornou-se mais simples a quantificação do uso e a identificação de vazamentos ao longo da rede. Os valores de consumo são lançados diariamente em planilhas, de forma a viabilizar a criação de indicadores de consumo e identificar eventuais anomalias. Além disso, a padronização das nomenclaturas de reservatórios e pontos de monitoramento foi fundamental para disseminar e unificar este conhecimento entre os usuários.

◦ **Diagnóstico do empreendimento**

Paralelo a instalação dos medidores, identificou-se a necessidade da realização de um cadastro e diagnóstico das redes hidráulicas de todos os reservatórios e das alimentações nas unidades. Assim, foi realizada uma análise documental e vistorias técnicas, com levantamento detalhado dos sistemas hidráulicos para o mapeamento e identificação de tubula-

ções para o controle do abastecimento. Todas as entradas e saídas de água dos reservatórios inferiores e superiores do empreendimento foram identificadas. Esta etapa foi fundamental para a elaboração de um plano padrão de identificação de vazamentos, utilizando tecnologias eficientes.

o **Detecção de vazamentos e plano de manutenção**

A partir deste gerenciamento implantado, conforme etapas descritas anteriormente, foi possível identificar as principais unidades consumidoras do hospital e acompanhar diariamente os eventuais desvios de consumo. Um programa de treinamentos voltado aos colaboradores da manutenção hidráulica foi aplicado, para expandir seu campo de visão no auxílio e identificação de perdas e disseminação do consumo consciente entre usuários. Foi implementado também a ronda diária dos plantonistas hidráulicos, com foco na identificação de vazamentos ocultos e em equipamentos. Assim, quando verificada a necessidade, são realizados testes práticos de vazão e pressão, bem como o geofonamento da área que apresenta anormalidade.

o **Produtos e tecnologias eficientes**

A catalogação de torneiras, chuveiros, descargas e vasos sanitários nas unidades foi mais

uma etapa complementar do processo para substituição por equipamentos verdes e instalação de redutores de vazão.

RESULTADOS OBTIDOS

A realização das ações possibilitou uma melhor avaliação do consumo de água em cada unidade, para assim parametrizar com dados bibliográficos, favorecendo a identificação de vazamentos. Além disso, a substituição de equipamentos convencionais por equipamentos verdes também favoreceu a redução de consumo no hospital.

Com isso, no ano de 2017, a instituição alcançou uma redução de 32% no consumo de água, em relação ao ano 2016, conforme demonstra a Figura 1. Esta redução, além de contribuir para promoção da cultura sustentável, gerou uma redução de custos superior a R\$ 700.000,00.

As ações aplicadas no HSI, também impactaram positivamente nos indicadores Anahp, voltados para o consumo de água hospitalar. Ou seja, conforme a Figura 2, o indicador de consumo por leito operacional, em 2017 em relação à 2015, obteve redução de 56%. Já o indicador de consumo por saída hospitalar (Figura 3), reduziu em 68% no mesmo período.

Figura 1 | Histórico de consumo mensal do Hospital Santa Izabel

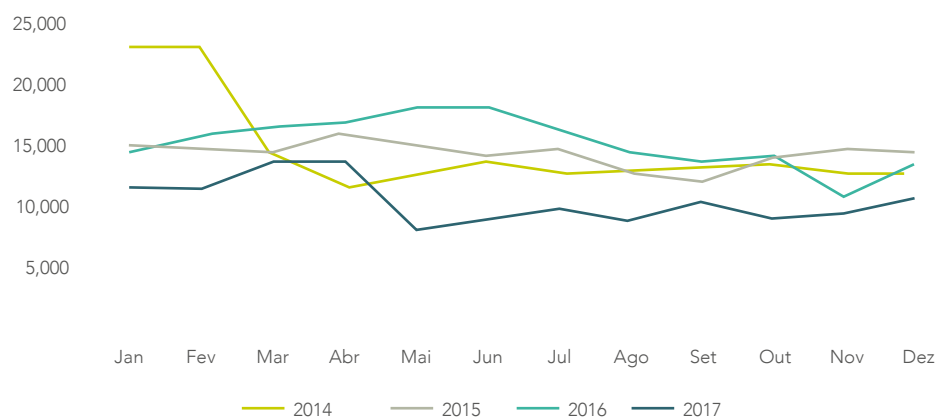


Figura 2 | Redução dos indicadores Anahp – Consumo de água por leito operacional

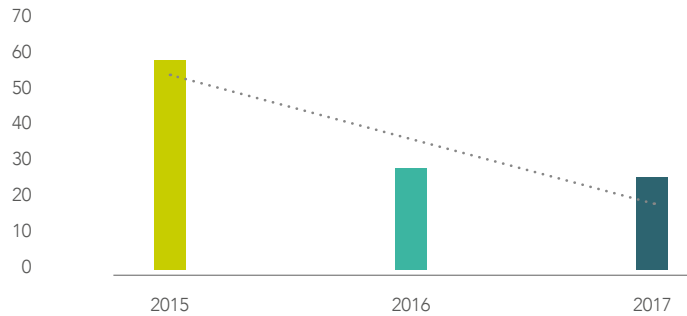
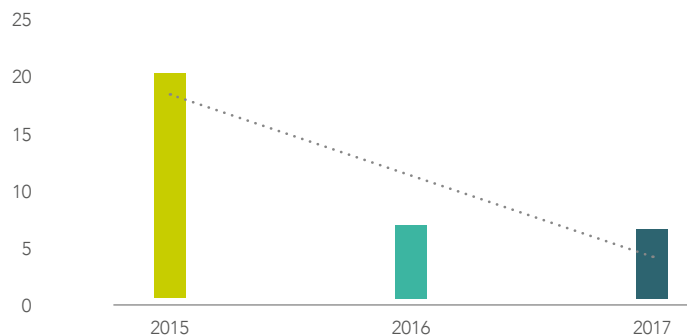


Figura 3 | Redução dos indicadores Anahp – Consumo de água por saída hospitalar



CONCLUSÃO

As ações adotadas permitiram o gerenciamento contínuo da demanda hídrica por unidade. O monitoramento diário, de forma manual, proporcionou a verificação de picos de consumo excedentes à média global, no qual os setores são informados para verificação primária. Caso apresente alguma anormalidade, é enviada uma equipe ao local para diagnóstico e correção. Porém, muitos desafios foram enfrentados, principalmente por tratar-se de construções

históricas, com redes hidráulicas antigas e sem projetos de cadastro.

A redução do consumo proporcionou outros ganhos indiretos à instituição, tais como: economia no consumo de energia elétrica e outros insumos; incentivo ao desenvolvimento de novas tecnologias; redução de custos relacionados ao tratamento de efluentes pela concessionária; e preservação de mananciais. Sendo assim, estes resultados, frutos de ações não complexas, demonstram que é possível adotar padrões de consumo sustentáveis para preservação dos recursos naturais.



DIMINUIÇÃO DO CONSUMO DE ÁGUA ATRAVÉS DE SISTEMA DE CAPTAÇÃO, TRATAMENTO E REUSO

📍 Hospital Leforte Liberdade

Autores: Elaine Ferreira Marques, Marcos Aurélio Uema e Cláudio Barban

OBJETIVO DO PROJETO

- Garantir o uso responsável da água;
- Reduzir o volume de descarte de água residual;
- Reduzir os custos com água e esgoto.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Expandir as instalações e os serviços oferecidos pelo hospital, diminuir os custos com o consumo de água e esgoto e promover, ao mesmo tempo, a preservação de recursos naturais, estabelecendo uma relação entre a disponibilidade de água e a busca por alternativas que tornem possível a gestão sustentável desse recurso. Promover a conscientização ambiental de todos os colaboradores, pacientes, familiares e acompanhantes sobre a importância do uso racional dos recursos hídricos.

PRÁTICA IMPLANTADA

Em 2010, durante a obra de expansão de sua capacidade instalada, o hospital investiu em um sistema de água de reuso (água cinza), que tem como princípio básico tratar a água proveniente dos chuveiros e dos lavatórios dos banheiros. O hospital capta e trata mensalmente, em média, 400 m³ (400.000 litros) de água, gerando economia e reduzindo o uso de água potável. A partir da compreensão de que para impulsionar

o desenvolvimento educacional, ambiental e social e, assim, atuar como empresa sustentável, o hospital deveria partir da exemplaridade, foi adotada a prática de buscar viabilidade para a implementação das tecnologias ecoeficientes em todas as aquisições e ampliações da unidade.

Diante disso, durante a construção executada para a ampliação da capacidade instalada, realizada em 2009, foi adotado o sistema de captação, tratamento e reuso de água cinza como uma das formas de traduzir nosso compromisso com a sustentabilidade do planeta.

A tecnologia implantada permite a captação da água residual proveniente dos chuveiros e lavatórios dos banheiros, que após passar por um processo de tratamento, recebe coloração azul para ser distinguida da água potável, sendo armazenada e reutilizada exclusivamente em bacias sanitárias, lavagem de calçadas e jardins.

A engenharia do hospital também definiu algumas medidas que diminuíssem a vazão de água como: adaptação das torneiras com redutores, bacias acopladas e ligação do Bloco B antigo ao Bloco A novo no sistema de água de reuso.

Foram realizadas também ações para os colaboradores, pacientes e familiares como: *banners* explicativos, informativos e intranet com campanhas do uso racional da água e exemplos do dia a dia.

Fizemos também pesquisa de mercado no que tange aos produtos químicos de higiene hospitalar e colocamos em uso produtos que não precisam de enxague, economizando assim muitos m³ de água potável.

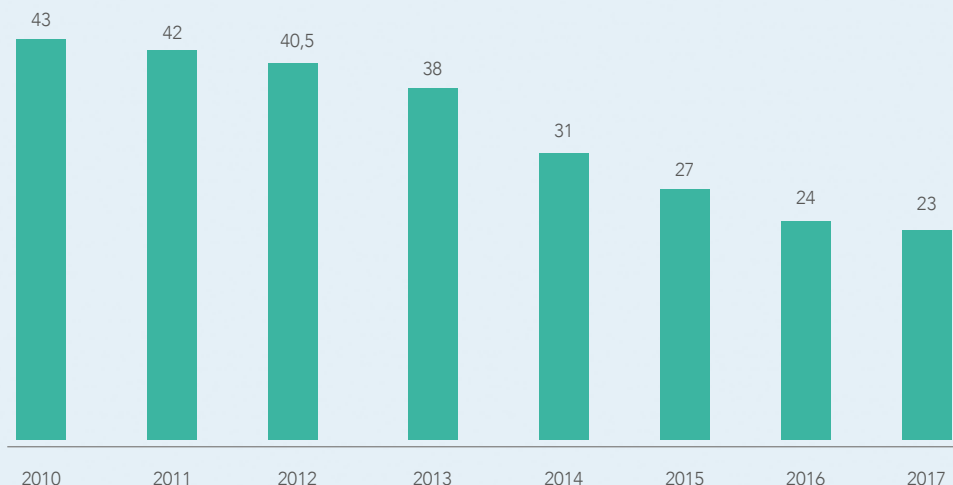


RESULTADOS OBTIDOS

Com a inauguração do novo Bloco A do Hospital

Leforte Liberdade, em 2010, e o início do funcionamento do sistema, o consumo de água foi reduzido, conforme mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 1 | Consumo anual de água (em mil m³)



Fonte: Sabesp

Isso se deveu à incorporação da relação entre a disponibilidade de água potável e a busca por alternativas que promovessem a gestão sustentável deste recurso, como parte da política de meio ambiente da instituição. Desde então, outras ações voltadas ao tema são permanentemente discutidas e implantadas. Entre elas destacamos o investimento realizado na Central de Esterilização de Materiais (CME) para a implantação de autoclaves ecoeficientes (que reduzem o consumo de água no processo de esterilização de materiais cirúrgicos), a instalação de redutores de vazão, torneiras com temporizadores e a utilização de produtos na higienização do hospital que não precisam de enxague, entre outros.

CONCLUSÃO

Com o agravamento da crise hídrica, que acarretou na redução do volume de água disponibilizado ao hospital, além da elevação dos custos no

fornecimento, observados a partir de 2014, ficou evidente que o papel do hospital em relação à conservação e uso responsável da água deveria ir além dos investimentos em infraestrutura, uma vez que mensalmente recebemos milhares de pessoas entre colaboradores, pacientes e seus familiares e acompanhantes. Entendemos que cabia a nós desenvolver mecanismos voltados à disseminação da cultura de sustentabilidade, conscientizando e estimulando práticas sustentáveis que promovam a relação equilibrada do hospital com as pessoas e com o meio ambiente, buscando o crescimento vital para a comunidade do negócio e a manutenção da excelência em qualidade.

O maior desafio é comportamental, além das alterações de estrutura, precisamos da colaboração de todos os envolvidos para que o projeto se torne viável e tenha a redução que tanto buscamos para preservação de nossos recursos hídricos e diminuição do custo da unidade.

Nesse contexto, já realizamos inúmeras campanhas através de nossos canais de comunicação interna, além das redes sociais.



O DESPERDÍCIO DO RESÍDUO E A VIABILIDADE FINANCEIRA DA RECICLAGEM E COMPOSTAGEM

📍 Hospital Sírio-Libanês

Autores: Gizelma de Azevedo Simões Rodrigues e Víctor Kenzo Horie

OBJETIVO DO PROJETO

Reduzir a quantidade de resíduos gerados no hospital para aterro sanitário e os recursos gastos nesta operação.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

A grande geração de resíduo sempre foi uma das preocupações do Hospital Sírio-Libanês.

PRÁTICA IMPLANTADA

O hospital possui diversas frentes de atuação para evitar o desperdício do resíduo e aproveitamento como matéria-prima em outros processos. A reciclagem geral já vem sendo trabalhada na instituição desde 1998 e a compostagem iniciou em 2010. No total, são realizados 18 processos de reciclagem, que evitam o encaminhamento do resíduo para aterro sanitário. Segue abaixo alguns dos processos:

- **Papelão:** é fornecido para catadores de papelão por meio de uma parceria em que eles encaminham o material e realizam a venda, garantindo a renda, e se comprometem com o acompanhamento médico, odontológico, psicológico e social em unidade básica de saúde (UBS Humaitá). Além disso, eles recebem equipamentos de proteção individual e uniforme (camisetas, calças e bonés) do

hospital. Com o projeto, a média de papelão coletado é de 14,23 toneladas em 2017 e 15,61 toneladas em 2018, evitando que toda esta quantidade seja desperdiçada em aterro sanitário e proporcionando uma renda de, aproximadamente, R\$ 1.400,00 para cada catador mensalmente.

- **Plástico mole e triturado:** o plástico mole e triturado é encaminhado para uma indústria plástica que aproveita o material como matéria-prima para a confecção de sacos de lixo.
- **Manta TNT:** este material é transformado em um processo de aproveitamento do plástico para a confecção de suporte de galão de água e vasos de plantas.
- **Chapas de raios-x:** apesar do hospital já utilizar de equipamentos que realizam a revelação digital do filme radiológico, ainda acontece o recebimento das chapas, em torno de 500 quilos por ano, que são encaminhadas para uma empresa que realiza a extração da prata, que pode ser comercializada, e a chapa de acetato pode ser aproveitada para artesanato.
- **Lâmpadas:** as lâmpadas são encaminhadas para empresa especializada que realiza a descontaminação e reciclagem dos elementos da lâmpada.
- **Pilhas e baterias:** este material é reciclado em empresa especializada, sendo quase 900 quilos encaminhados em 2017.
- **Resíduo eletrônico:** o resíduo eletrônico é encaminhado para uma fundação que aproveita as peças e equipamentos para inclusão digital de crianças e idosos.

- Coprocessamento do resíduo químico: realizado em parte do resíduo químico líquido gerado na instituição, mediante análise de compatibilidade com o processo produtivo que demanda um alto poder calorífico, o uso do resíduo substitui o uso de combustíveis fósseis. Em 2017, foram encaminhadas mais de 16 toneladas para este processo.
- Compostagem do resíduo orgânico: o projeto foi desenvolvido pela equipe da Hospedagem, em parceria com a equipe da Nutrição e uma empresa de reciclagem. As equipes do hospital atuaram por meio de orientação aos colaboradores para a segregação correta dos restos de alimentos e para o armazenamento do resíduo em carros de coleta na câmara fria. Com a empresa de reciclagem, foi planejada

a logística de coleta e a destinação em local externo específico para a compostagem. Este projeto está sendo acompanhado por meio dos indicadores e orientação junto aos colaboradores buscando sempre a diminuição dos desperdícios e redução do resíduo orgânico. Com este projeto, foram encaminhadas cerca de 780 toneladas por ano para compostagem, ao invés de aterro sanitário.

RESULTADOS OBTIDOS

Em 2017, é possível observar a viabilidade financeira da compostagem em conjunto com a reciclagem geral, conforme comparativo de cenários:



CENÁRIOS	DESTINOS DOS RESÍDUOS	2017	
		QUANTIDADE (ton.)	CUSTO
Cenário sem reciclagem	Resíduo para aterro	2398,24 toneladas	R\$ 551.595,20
Cenário com reciclagem	Resíduo para aterro	1202,91 toneladas	R\$ 276.669,30
	Resíduo para reciclagem	408,64 toneladas	R\$ 16.011,80
	Resíduo para compostagem	786,69 toneladas	R\$ 259.607,70

Com a reciclagem, o HSL evita o envio de quase 1.200.000 quilos de resíduo por ano para aterro sanitário, reduzindo quase 6% do custo.

CONCLUSÃO

A reciclagem é um processo trabalhoso para o engajamento da instituição e que possui altos custos pela logística para a destinação do resíduo orgânico para compostagem. Porém, associado à reciclagem geral, é possível verificar que é viável financeiramente.





IMPLANTAÇÃO DE CLOCHES PERMANENTES NO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

Hospital Santa Catarina de Blumenau

Autores: Veronica A. Suringar e Débora B. E. Corsi

OBJETIVO DO PROJETO

Substituir o uso de tampas de sopeiras e cloches (tampas para pratos de refeição) descartáveis por permanentes na montagem das refeições aos pacientes reduzindo custos e impacto ambiental minimizando a geração de resíduos plásticos.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

O Serviço de Nutrição do Hospital Santa Catarina de Blumenau utilizou tampas de sopeiras descartáveis no período de dezembro/2012 a setembro/2017 e cloches descartáveis no período de dezembro/2012 a abril/2017 para montagem das refeições aos pacientes. Neste período foram gerados aproximadamente sete toneladas de resíduos plásticos e um custo de R\$ 309.000,00 para a instituição.

PRÁTICA IMPLANTADA

Acompanhando mensalmente o impacto ambiental e os gastos com descartáveis, o Serviço de Nutrição do HSC buscou alternativas para reduzir os custos e a geração de resíduos. A partir do 2º semestre de 2016, iniciou-se a migração para cloches permanentes e a partir do 2º semestre de 2017 a utilização de filme plástico em substituição às tampas de sopeiras.

RESULTADOS OBTIDOS

Com as iniciativas foi possível demonstrar dados comparativos significativos relacionados à redução no custo e na quantidade produzida de resíduos. A implantação do filme plástico resultou em uma economia de R\$ 28.076,90 e redução de 345,77 kg de resíduos no período analisado. Conforma planilha abaixo:

COMPARATIVO CUSTO E IMPACTO AMBIENTAL APÓS SUBSTITUIÇÃO TAMPAS SOPEIRA DESCARTÁVEIS X FILME PLÁSTICO						
Descrição	Quant. Consumida (und.)	Custo no período	Peso (Kg) resíduo	Total meses	Custo mês	Gasto em 12 meses
Filme Plástico Bobina Set/17 a Maio/18	36	R\$ 1.329,12	72	9	R\$ 147,68	R\$ 1.772,16
Tampa sopeira Dez/16 a Ago/17	67600	R\$ 29.406,02	417,768	9	R\$ 3.267,34	R\$ 39.208,03

Com implantação dos cloches permanentes houve uma economia de R\$ 58.334,56 e redução

de 2.551,61 kg de resíduos no período analisado. Conforme tabela abaixo:

COMPARATIVO CUSTO E IMPACTO AMBIENTAL APÓS SUBSTITUIÇÃO DESCARTÁVEIS X PERMANENTES						
Descrição	Quant. Consumida (und.)	Custo no período	Peso (Kg) resíduo	Total meses	Custo mês	Gasto em 12 meses
Cloches Descartáveis Dez/14 a Ago/16	117.325	R\$ 93.014,56	2639,81	21	R\$ 4.429,26	R\$ 53.151,18
Cloches Permanentes Set/16 a Maio/18	700	R\$ 34.680,00	88,2	21	R\$ 1.651,43	R\$ 19.817,14



Os valores demonstram que no período de nove meses houve uma redução de aproximadamente três toneladas de plástico e economia de R\$ 86.411,46. As implantações das ações se mostraram bastante efetivas sendo evidenciadas por resultados positivos.

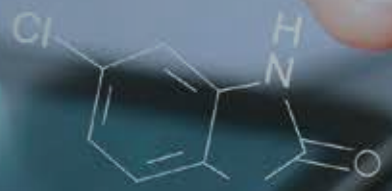
CONCLUSÃO

Concluimos que as práticas e implementações de novas ações para diminuição de custo e impacto ambiental estão longe de serem cessadas. As ações implementadas não comprometeram a qualidade do serviço, dessa forma reduzimos custos e geramos cada vez mais resultados positivos para a instituição e meio ambiente.





TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO NA SAÚDE





USO DE BIG DATA NA VALIDAÇÃO DE PONTO DE CORTE PARA DETERIORAÇÃO CLÍNICA – MEWS

📍 Rede Mater Dei de Saúde

Autores: André Soares, Daniela Pagliari, Luiza Romano e Marcia Salvador Géo

OBJETIVO DO PROJETO

Encontrar o melhor ponto de corte para um sistema de deterioração clínica – *Modified Early Warning Signs* (MEWS) no intuito de desencadear ações específicas, como acionamento de códigos de emergência, transferência para terapia intensiva, reavaliação precoce pelo internista em pacientes admitidos no pronto-socorro e na unidade de internação.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

O uso de um método sistematizado de avaliação de deterioração clínica é quase imperativo nos hospitais modernos. Várias revisões sistemáticas já mostraram a excelente capacidade de prever desfechos desfavoráveis bem como o impacto em reduzir admissões inesperadas em terapia intensiva e eventos adversos graves. Diferentes escores estão disponíveis e não há clara superioridade de um em relação ao outro, portanto a escolha do método não é o ponto central para a melhoria do cuidado, mas sim sua estratégia de implementação e ações de melhorias geradas a partir do monitoramento de dados.

PRÁTICA IMPLANTADA

Um sistema de painéis eletrônicos em tempo real de gestão da segurança assistencial foi desen-

volvido e implementado em 2017 (descrito em outro trabalho). Parte do painel é utilizada para monitorar os pacientes que aguardam internação através do pronto-socorro. Outra tela monitora os pacientes na unidade de internação e, por meio de cores, aponta os pacientes com escore elevado e os que têm piora deste durante a internação. Os painéis sinalizam os pacientes que têm risco de deterioração clínica utilizando uma versão adaptada do MEWS.

Para encontrar os melhores valores de corte do escore (MEWS) da nossa população, incluímos todos os pacientes admitidos via pronto-socorro em um intervalo de quatro anos nos dois hospitais da Rede Mater Dei de Saúde em um sistema de análise de *big data*. Foi desenhado um sistema de análise que permite selecionar os fatores de exposição e relacioná-los com desfechos de interesse. Os fatores de exposição e desfechos podem ser tanto dados estruturados quanto campos de texto livre nos documentos de prontuário que são analisados por algoritmo pré-definido.

O escore de MEWS foi usado como fator de exposição para predição do seguinte desfecho combinado: (1) óbito, (2) transferência (não esperada) para terapia intensiva da unidade de internação, (3) permanência em terapia intensiva por mais de 24 horas.

Foram gerados infográficos informativos com os resultados com o objetivo de dar um *feedback* para a equipe assistencial. Este método permite constante revisão pelo corpo clínico da eficácia da prática implementada e gera ciclos de melhoria que aprimoram o direcionamento e o fluxo do cuidado, favorecendo que os pacientes sejam tratados no lugar correto, na hora correta e com os recursos corretos.

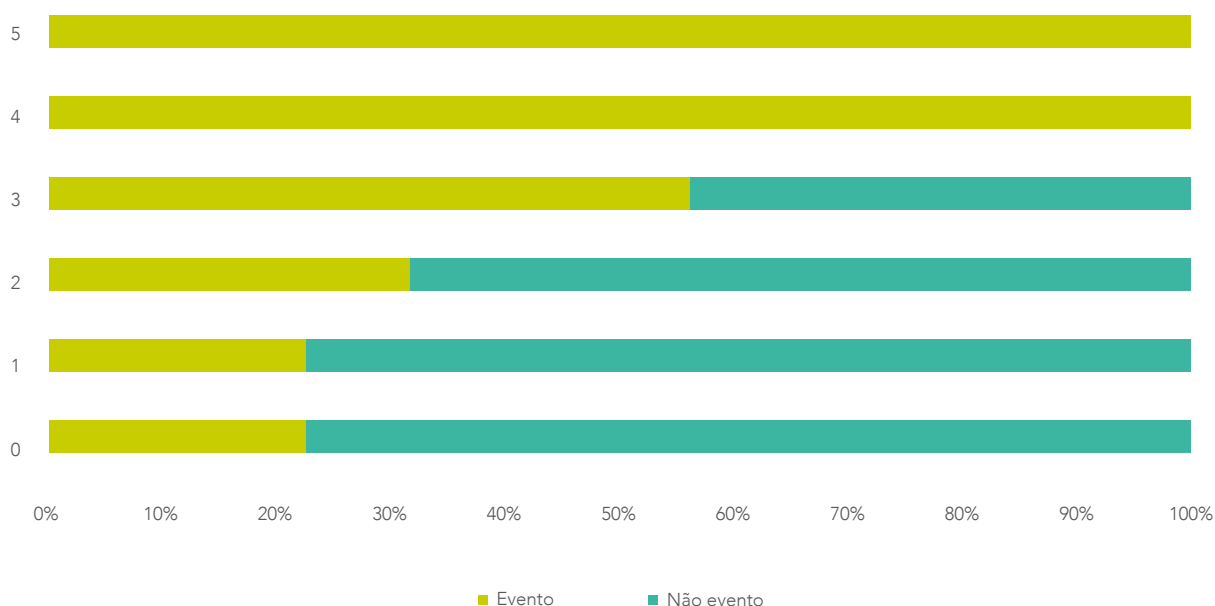
RESULTADOS

Os infográficos foram capazes de fornecer informações práticas e utilizáveis na beira do leito (figura abaixo) para auxiliar a equipe médica e de enfermagem na tomada de decisões relacionadas ao fluxo assistencial. A revisão constante do limiar de corte com incorporação de novos pacientes permite calibração em tempo real da ferramenta fazendo com que o corpo clínico te-

na informação atualizada e possa personalizar o cuidado dos pacientes de acordo com o risco de cada um.

Na primeira amostra um valor de MEWS maior ou igual a quatro foi 100% específico para prever a ocorrência de um desfecho ruim. A equipe assistencial e a gestão de leitos passam a monitorar ativamente pacientes com MEWS maior ou igual a quatro para garantir que não sejam enviados para unidade de internação, sem criteriosa reavaliação médica e de enfermagem.

Risco de evento (CTI ou óbito) por ponto de corte do MEWS



CONCLUSÃO

O uso de *big data* de forma sistematizada com informações clínicas relevantes pode validar e calibrar ferramentas já implementadas para a gestão segura do fluxo assistencial. Neste caso, a alimentação constante de novos pacientes em

uma ferramenta de predição de risco, a utilização de painéis de monitoramento e alertas em tempo real geram atualização contínua do limiar mais seguro para a tomada de decisões clínicas. Este processo também favoreceu o empoderamento da equipe assistencial e a governança clínica.





AUMENTO DE CAPACIDADE, PRODUTIVIDADE E SATISFAÇÃO NO SERVIÇO DE ECG

📍 Hospital do Coração - HCor

Autores: Cícero de Lima e Costa Neto, Dennis Eduardo de Paiva, Edgard Ferreira dos Santos Jr. e Valtemir Ribeiro do Vale

OBJETIVO DO PROJETO

Reduzir o tempo para liberação dos pacientes após a realização, elevar o índice de satisfação dos clientes e ampliar a capacidade instalada do serviço de ECG.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Os exames de ECG, por padrão, exigem que após sua realização o resultado seja avaliado por um médico, que libera ou não o paciente. Em nossa unidade, esse serviço era realizado por uma única equipe, disponível apenas até às 16h e com *lead time* de 30 minutos para avaliar o traçado e liberar o paciente e depois disso nossa equipe administrativa encaminhava o traçado para que fosse laudado com prazo de três dias úteis. Essa situação causava insatisfação dos clientes e limitava a capacidade de realização de exames.

PRÁTICA IMPLANTADA

Diante desta dor, reunimos as lideranças administrativas e de enfermagem para um *brainstorming*, de onde surgiu a ideia de utilizarmos a Telemedicina, estrutura já presente na instituição para emissão de laudos expressos em todas as ambulâncias do SAMU. Dessa forma, envolvemos as equipes de TI e pronto-socorro (responsável pela Telemedicina) para acertarmos os detalhes de

implantação e infraestrutura necessária para início do novo processo.

E assim, em março/17, comunicamos todos os envolvidos e solicitamos a ampliação imediata das agendas para início da operação.

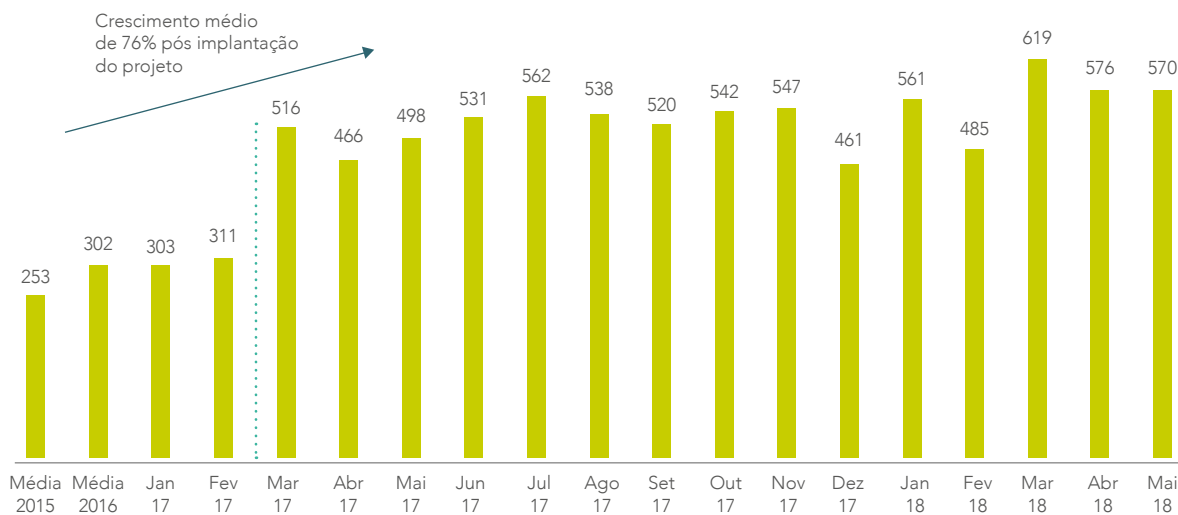
O novo processo possibilitou a liberação do paciente em menos de 5 minutos já com o laudo em mãos, o que anteriormente acontecia em três dias úteis. E ainda, eliminou a dependência de uma única equipe médica para liberar o paciente, já que a estrutura da Telemedicina funciona 24h/dia, 7 dias por semana e entrega o laudo em menos de 5 minutos.

Com isso, obtivemos importantes ganhos na fidelização e satisfação de nossos clientes, além do retorno financeiro com a ampliação da capacidade e do ganho de produtividade, pois passamos a produzir mais com os mesmos recursos.

RESULTADOS OBTIDOS

Os resultados surgiram já no primeiro mês de operação e se mantêm há mais de um ano. Saímos de um patamar de 300 exames/mês para mais de 530 exames, em média, com pico de 619 exames em março/18, como mostra o gráfico a seguir.

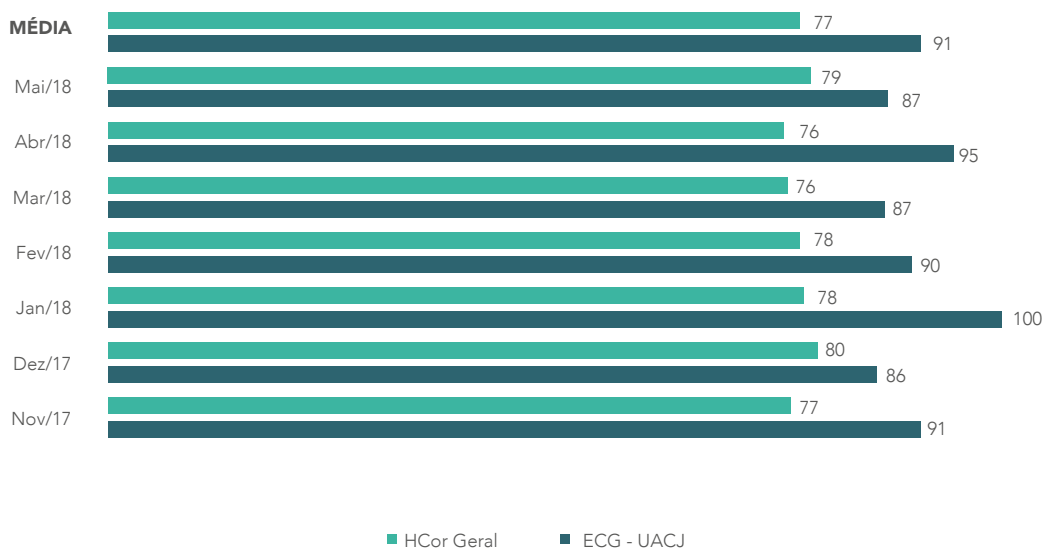
Exames de ECG realizados na UACJ - 2015 a 2018



Além disso, o índice de fidelização se mantém em um nível muito maior que o índice geral do hospital, o que denota a qualidade do serviço e

aceitação de nossos clientes. Nosso índice de fidelização é em média 91, contra 77 de média geral do HCor:

NPS HCor Geral x ECG UACJ



(Não foi possível comparar com índice anterior, pois temos dados a partir de nov/17)

CONCLUSÃO

Este trabalho nos trouxe alto ganho na qualidade assistencial, pois permitiu um atendimento mais ágil e confortável ao paciente e como consequência

trouxe altos índices de satisfação e fidelização. Além disso, nos mostrou o quão importante é revisitar-mos os processos e otimizarmos o uso de serviços e ferramentas já disponíveis na instituição sempre em busca de maior produtividade e eficiência.





TECNOLOGIA A FAVOR: IMPACTO COM USO DE RECURSOS PARA REDUÇÃO DO INDICADOR LESÃO POR PRESSÃO X REDUÇÃO DE CUSTOS NA PREVENÇÃO

🏠 Hospital Moinhos de Vento

Autores: Elisandra Leites Pinheiro, Silvania Martins Almeida e Daniela Tenroller de Oliveira

OBJETIVO DO PROJETO

Reduzir a densidade e a prevalência de lesão por pressão no ambiente hospitalar, evitando o dano na vida dos pacientes, proporcionando a ele a melhor experiência através das melhores práticas e a redução nos desperdícios nos custos do tratamento.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Lesões de estágio III quando adquiridas causam maior tempo de hospitalização, aumento dos custos sendo considerado um evento adverso. A lesão por pressão e a sua prevenção são consideradas metas de segurança do paciente e responsabilidade da equipe multidisciplinar em todos os níveis de saúde. As práticas assistenciais através de educação continuada, a fim de reduzir a prevalência e a densidade de novos casos de lesão por pressão. Comparando nosso indicador de densidade de lesão por pressão adquiridas nas unidades de internação adulto no ano de 2016 com 1,14 e 2017 com 0,61% casos.

PRÁTICA IMPLEMENTADA

As lesões por pressão podem ser consideradas inevitáveis quando todas as medidas de prevenção foram utilizadas e, mesmo assim, a lesão ocorreu. Hoje nos Estados Unidos o custo no tratamento de úlceras de pressão é alto, de US\$ 9,1 a US\$

11,6 bilhões por ano. No Brasil ainda não temos estes dados e infelizmente existe uma grande quantidade de subnotificação de lesões adquiridas nos hospitais do país. A realização de cuidados preventivos completos pode reduzir de 50 a 60% o aparecimento de lesão por pressão e o custo-efetivo é menor do que qualquer outro tratamento. Desde 1994, na Instituição Hospitalar Moinhos de Vento atua o Grupo de Referência em Estomatoterapia (GREST) em todas as áreas, composto por uma equipe transdisciplinar, com o foco na prevenção e tratamento de lesões de pele, orientações aos pacientes estomizados, prevenção e tratamento de dermatite associada à incontinência urinária e fecal, reabilitação dos pacientes para o autocuidado e com plano educacional para a alta. Em 2017 foram adquiridos 80 colchões de fluxo de ar nas unidades de internação adulto e implementado no nosso protocolo o uso de cobertura de múltiplas camadas em região sacra. Através de um gatilho gerado pela tecnologia da informação via e-mail ao GREST, diariamente, de todos os pacientes internados na instituição, mensuramos pacientes com Braden $<$ ou \leq a 12, ou seja, a densidade de pacientes internados classificados com alto risco para desenvolver lesão por pressão, com isso, analisamos o percentual de pacientes que estão recebendo o cuidado preventivo apropriado e aqueles que desenvolveram lesão estágio III. Ao receber esse dado é averiguado se o protocolo de prevenção de lesão por pressão foi prescrito e instalado. É reforçado o protocolo com as equipes de enfermagem envolvendo pacientes, familiares e cuidadores nessa prática diária. Estudos mostram que medidas preventivas como uso tecnologia para prevenção, reduzem o número de lesões como, por exemplo: Uso de cobertura de múltiplas camadas em região sacra, calcâneos e uso do colchão de fluxo de ar que alivia a pressão e estimula

os tecidos inativos, promovendo circulação vital da pele. Acerca das tecnologias assistenciais, pode-se dizer que estas incluem a formulação de um saber técnico-científico resultante de investigações, aplicações de teorias e da experiência cotidiana dos profissionais, constituindo-se, portanto, num conjunto de ações sistematizadas para a prestação de uma assistência qualificada ao ser humano em todas as suas dimensões. Coberturas para prevenção de lesões por pressão devem ser usadas somente depois da avaliação da pele e do risco identificado. A avaliação dos riscos deve ser estruturada, ocorrer o mais rápido possível no prazo máximo de oito horas após a internação. Estudos indicam que alguns tipos de coberturas podem reduzir a ocorrência de lesões por pressão em pacientes com cenários de cuidados agudos e imobilidade.

risco, melhor qualidade nos atendimentos e nos desfechos clínicos, realizando a inspeção diária dos pacientes com alto risco para desenvolver lesão por pressão, comparamos nos três primeiros meses do ano de 2018 a densidade de pacientes internados classificados com alto risco. Em janeiro foi de 177,60 pacientes, em fevereiro 253,09 e em março 160,40. Com isso, observamos que o percentual de pacientes de alto risco recebendo o cuidado preventivo apropriado no mês de janeiro foi de 75%, fevereiro 76,2% março 80,1%, em um total de 1000 pacientes/dia. Evidenciou-se a eficácia na redução de densidade nas unidades de internação após a implementação do uso do colchão de fluxo de ar e cobertura de multicamadas nos pacientes com alto risco para desenvolver lesão por pressão, no mês de janeiro a densidade foi de 0 %, fevereiro 0,59, março 0,75%. Podemos analisar através de um estudo de Coorte mensal onde a prevenção custa R\$ 446,91 por mês e o tratamento para lesão de estágio III custa R\$ 769,19 por mês. Nos três meses economizamos R\$ 187.745,00 realizando apenas o cuidado centrado no paciente com foco na prevenção, a educação da equipe, família e cuidadores.

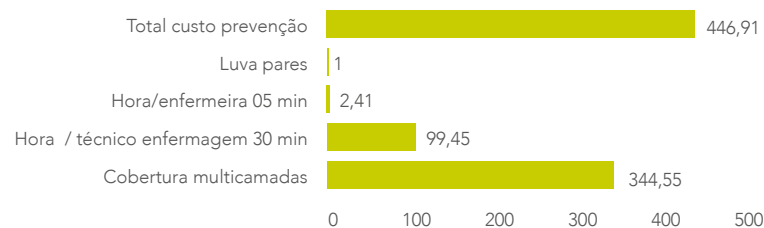
RESULTADOS OBTIDOS

Com a mudança da prática nas avaliações de

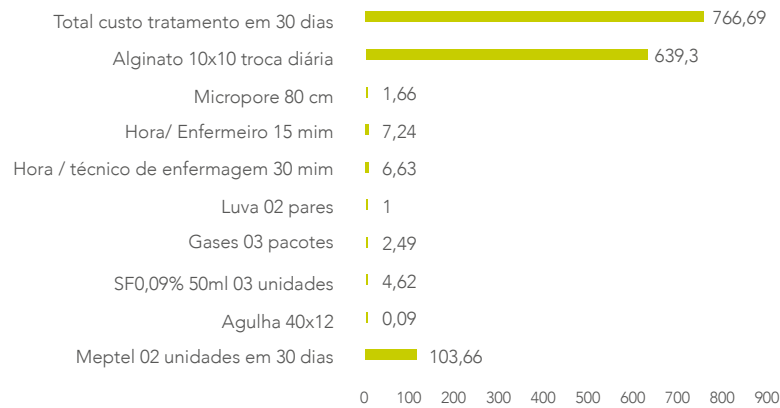
Redução com custo com a prevenção de janeiro a março 2018

Prevenção	30 dias	Lesões desenvolvidas	Total (R\$)
Janeiro/2018	177,60	0	57.222,72
Fevereiro/2018	253,09	3	80.570,00
Março/2018	160,04	5	49.953,40
Redução de custo			187.745,00

Custo de prevenção de lesão por pressão em 30 dias



Custo de tratamento de lesão por pressão (estágio III) em 30 dias



CONCLUSÃO

Desse modo, a enfermagem encontra-se hoje, com um conjunto de tecnologias que podem cada vez mais ser desenvolvidas e especializadas por todos aqueles profissionais motivados para uma melhoria do cuidado à saúde do ser humano. Contudo, as implementações de novas tecnologias para prevenção de desenvolver lesões por pressão, assim como

a educação continuada da equipe de enfermagem e dos cuidadores, irão possibilitar uma melhoria na qualidade de vida do paciente, permitindo otimizar os cuidados com a pele do indivíduo, racionalizar os custos e não prolongar sua internação. Através dessa medida padronizada e aplicada no cuidado à prevenção, estamos minimizando os possíveis danos na vida dos pacientes com o desenvolvimento de uma lesão por pressão, sendo assim, tornamos os cuidados mais seguros e com qualidade.



OTIMIZAÇÃO DO SERVIÇO DE TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES ATRAVÉS DA CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA UTILIZANDO DISPOSITIVOS MÓVEIS (APP)

📍 Santa Casa de Misericórdia de Maceió

Autores: Marcus Aurélio Barbosa Costa, Maurício Vilela da Silva e Joseildo Matos dos Santos

OBJETIVO DO PROJETO

Otimizar o transporte de pacientes dentro da instituição informatizando a central de maqueiros, através da criação de um app para atender a demanda dos setores pelo serviço, de maneira gerenciada, promovendo a integração *on-line* entre os setores, central e padioleiros.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Eram constantes as reclamações relatadas pelos solicitantes de maqueiros para transporte de pacientes, porque antes os chamados eram efetuados pelo telefone e atrelados aos critérios de prioridades que não eram seguidos, causando insatisfações e falhas no processo. Com agravante maior quando se tratava de chamados de urgência, aumentando o risco de ocorrências de eventos adversos. O tempo médio de chegada do padioleiro ao solicitante era de 20 minutos e o gerenciamento da produtividade dos mesmos não era eficiente. Devido também a falhas na comunicação, pelo solicitante do equipamento correto para o transporte, havia retrabalho em mais de 30% dos chamados.

PRÁTICA IMPLANTADA

Foi realizada uma análise detalhada dos motivos de atrasos no atendimento das solicitações e

identificou-se que a quantidade de padioleiros era suficiente para atender com qualidade todas as solicitações do hospital, pois a quantidade de horas de trabalho da equipe era superior à quantidade de horas necessárias para atender aos chamados. O que realmente estava precisando era um melhor gerenciamento do processo e uma comunicação mais eficaz com os solicitantes. A central de maqueiros ainda realizava as atividades sem os devidos registros e controles. Na prática, o colaborador recebia o comunicado por telefone, registrava a solicitação numa planilha e acionava o maqueiro via rádio. Nesse meio tempo o setor solicitante ficava às escuras à espera do maqueiro, que por vezes demorava muito, e este também não tinha como informar sua localização e em que fase estava o atendimento, refletindo negativamente em diversas situações para a instituição e muitas vezes aumentando o risco para o paciente. A solução foi desenvolver e implantar um sistema web disponibilizado em todos os setores (solicitantes) da instituição, para que pudessem não só registrar o chamado, mas também, acompanhar o status através de um monitoramento em tempo real onde mostrasse o status das diversas etapas do atendimento pelo padioleiro. Do outro lado, essas etapas são registradas através de um aplicativo instalado no Smartphone de posse do maqueiro, onde são registrados todos os passos desde o início até a finalização do chamado (entrega do paciente no destino). De início, houve receios e até profissionais relutantes em utilizar a nova solução implantada, mas em pouco tempo foram convencidos ao perceberem toda a praticidade de manuseio e os ganhos obtidos por conta nova da tecnologia adotada. Foram desenvolvidos os seguintes módulos:

Módulo Web – utilizado pela central de maqueiros e pelos clientes (setores solicitantes) onde são registrados todos os chamados e é realizada a gestão e monitoramento dos chamados por todos os envolvidos no processo. Quando é feita a solicitação, esta aparece automaticamente nos celulares de posse dos maqueiros por ordem de prioridade definida no

sistema.

Módulo Mobile/APP – utilizado pelos padioleiros para atender os chamados, registrando todas as etapas do fluxo do atendimento (atender chamado, chegada no setor, saída do setor, chegada no destino, finalização do atendimento).



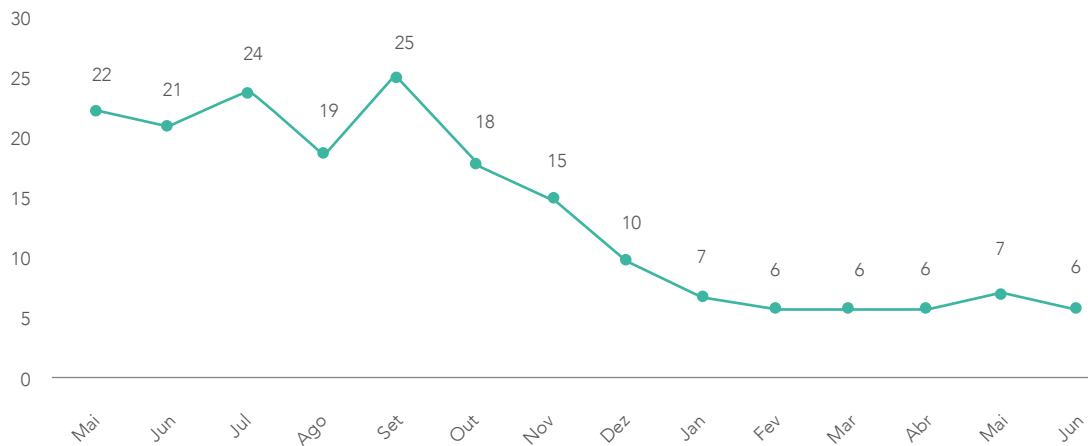
RESULTADOS OBTIDOS

Os principais resultados do projeto estão relacionados ao ganho de produtividade do serviço e que se reflete diretamente no nível de satisfação dos pa-

cientes. Entre eles podemos destacar os seguintes:

- Redução do tempo médio de atendimento em 69%, aumentando a satisfação de todos os envolvidos no processo (corpo assistencial, médicos e pacientes);

Tempo médio (minutos) de chegada do padioleiro ao setor solicitante



- Gerenciamento efetivo do tempo de trabalho da equipe de padioleiros, pois o sistema mede o tempo de ociosidade (espera entre um atendimento e outro) de cada profissional;
- Aumento no grau de segurança do paciente, em função da priorização automática (feita pelo sistema) dos chamados de emergência;
- Redução do retrabalho, evitando o retorno do padioleiro para pegar os equipamentos necessários, pois estes já são informados no sistema na hora da solicitação.

CONCLUSÃO

Através da informatização e integração entre as partes interessadas, atrelados às práticas adotadas nas atividades do padioleiro, assim como uma boa qualidade no sincronismo dos aplicativos, foi possível constatar que os resultados pretendidos foram alcançados de forma satisfatória, tanto pelos ganhos obtidos pelo gestor como pelo lado dos clientes e maqueiros que ganharam praticidade e agilidade com o uso da nova ferramenta desenvolvida. Um dos desafios questionáveis seria a adesão por parte dos profissionais usuários, mas o resultado deste aspecto foi bastante positivo. Contudo, avaliamos que o sucesso só foi possível graças ao comprometimento de todos envolvidos no projeto, focados principalmente na qualidade do atendimento.



OTIMIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO DA LINHA DE CUIDADO CIRÚRGICA ATRAVÉS DO DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE CIRURGIAS PELA INTERNET

📍 Santa Casa de Misericórdia de Maceió

Autores: Marcus Aurélio Barbosa Costa, Nair Barbosa de Gusmão e Filipe Soares Lopes

OBJETIVO DO PROJETO

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA

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

PRÁTICA IMPLANTADA

Foi feita uma análise detalhada de todos os motivos de cancelamentos, suspensões e atrasos

de intervenções cirúrgicas realizadas nas três unidades do complexo hospitalar durante o ano de 2016 e foi constatado que boa parte destes problemas poderiam ser evitados se todas as áreas envolvidas tivessem acesso *on-line* a todos os detalhes referentes ao procedimento desde o momento que o médico no consultório decidiu pelo tratamento cirúrgico. No momento do agendamento o cirurgião verifica no sistema se existem leitos disponíveis para a sua especialidade e informa na ferramenta todos os recursos necessários (equipamentos, instrumentais, necessidade de UTI, hemoderivados, etc) para a realização da cirurgia, além de registrar também os aspectos relacionados à segurança do paciente (lateralidade, identificação segura, etc). A partir daí, a ferramenta então disponibiliza para todos os setores envolvidos (inclusive através de celulares e tablets) as informações necessárias para o planejamento prévio do procedimento. Com a evolução do sistema os gestores foram aprimorando a ferramenta e melhorando o controle dos centros cirúrgicos.

RESULTADOS OBTIDOS

Os resultados foram bastante satisfatórios, dentre eles destacamos os seguintes:

- Redução da equipe de planejamento de cirurgias em 50%;
- Diminuição da ociosidade de instrumentais e equipamentos em 30%;

- Redução de atrasos e suspensões de procedimentos cirúrgicos em 60%;
- Diminuição da insatisfação do corpo clínico, por conta do gerenciamento dos leitos destinados ao grupo que cada médico pertence;
- Integração da linha de cuidado (CEOP, CME, farmácia, enfermagem, UTI, serviços de diagnóstico, serviço de anestesia), através da ferramenta permitindo que todas as áreas envolvidas possam antecipar as ações necessárias para realização segura das cirurgias.

CONCLUSÃO

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







PALM REESTRUTURA PROCESSO E AMPLIA RECEITA NO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

📍 Hospital Santa Catarina de Blumenau

Autores: Veronica A. Suringar e Débora B. E. Corsi

OBJETIVO DO PROJETO

- Minimizar perdas financeiras por falha e/ou falta de lançamentos e extravio de comandas que não eram encaminhadas para o Setor de Faturamento;
- Controle mais efetivo dos lançamentos em conta;
- Extinguir o processo de coleta de assinatura dos acompanhantes oferecendo maior conforto ao cliente;
- Otimizar o tempo no processo de execução do lançamento pela copeira.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

No Hospital Santa Catarina de Blumenau (HSC) a cobrança de refeições de acompanhantes ocorria por meio manual, eram entregues comandas em papel para que o acompanhante assinasse o recebimento da refeição e posterior lançamento dos valores na conta do paciente. Este processo demandava tempo e era passível de falhas, perdas financeiras devido extravio de comandas, ausência de lançamentos e atraso no encaminhamento das comandas ao Setor de Faturamento. Desta forma, o Serviço de Nutrição do HSC em parceria com os setores de Tecnologia de Informação, Internação e Faturamento, buscou na tecnologia uma forma de otimizar o processo através da informatização da cobrança de refeições.

PRÁTICA IMPLANTADA

Para a prática ser implantada foi informatizado o processo de cobranças de refeições por meio de aquisição de PDAs (*palm*), tornando o serviço mais ágil, proporcionando economia de tempo e reduzindo a atividade manual da copeira no preenchimento de comandas, blocos de convênios e lançamentos de notas na conta do paciente. Com isso foram realizados ajustes no sistema de cobrança, entrada única do paciente (cadastro dos acompanhantes), criação de relatórios e regras de cobrança dos convênios no sistema Tasy.

RESULTADOS OBTIDOS

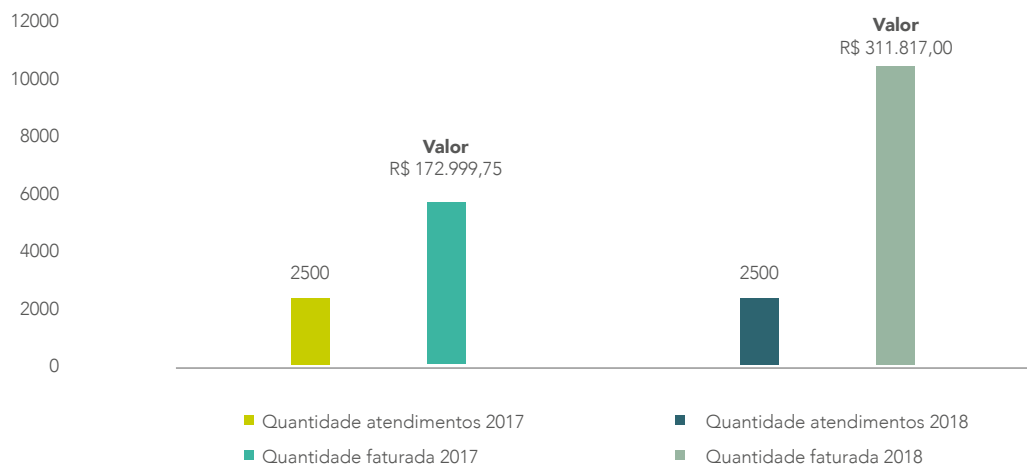
- Cobrança efetiva da refeição direta na conta do paciente evitando falhas de lançamento e perdas financeiras;
- Agilidade no processo de cobrança (menos burocracia e otimização do tempo);
- Validação do convênio garantindo a efetividade do processo;
- Comprovação registrada em sistema do consumo de refeições realizadas pelo cliente;
- Resultado sustentável: redução de resíduos (blocos e comandas);
- Satisfação do cliente: maior conforto e confiança no processo de cobrança;

- Satisfação da equipe: praticidade e efetividade do processo.

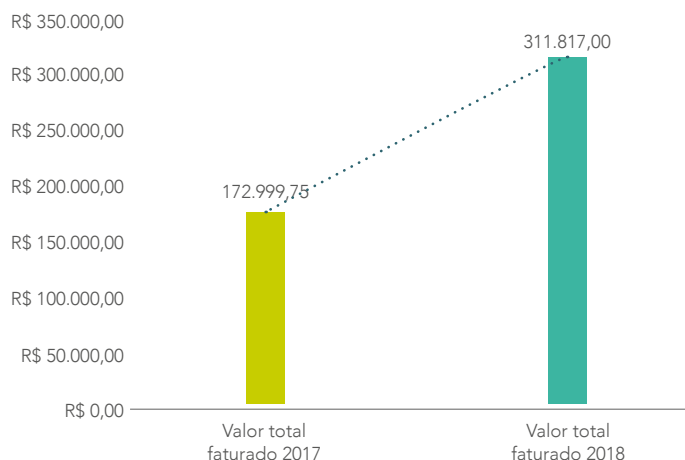
Período atendimentos 2017: Sem a implantação do sistema 01/01 a 24/05/2017	
Taxas refeição faturadas 2017	
Quantidade atendimentos	2500
Quantidade faturada	5719
Valor total faturado	R\$ 172.999,75
Valor unitário taxa	R\$ 30,25

Período atendimentos 2018: Com a implantação do sistema 01/01 a 21/05/2018	
Taxas refeição faturadas 2018	
Quantidade atendimentos	2500
Quantidade faturada	10308
Valor total faturado	R\$ 311.817,00
Valor unitário taxa	R\$ 30,25

Comparação quantidade e valores taxa de refeição faturadas 2017 x 2018



Comparação valores faturados taxa de refeição 2017 x 2018



CONCLUSÃO

Com a implantação do sistema houve aumento significativo no faturamento das refeições, redução de resíduos com o fim da impressão de comandas e blocos, além de maior agilidade no processo de cobrança. Abaixo alguns relatos sobre o novo processo.

“A implantação do sistema foi espetacular. Com o novo equipamento, alinhado à tecnologia, é possível realizar cobranças do serviço da Nutrição com agilidade, trazendo aos nossos clientes, conforto e segurança do serviço prestado”.

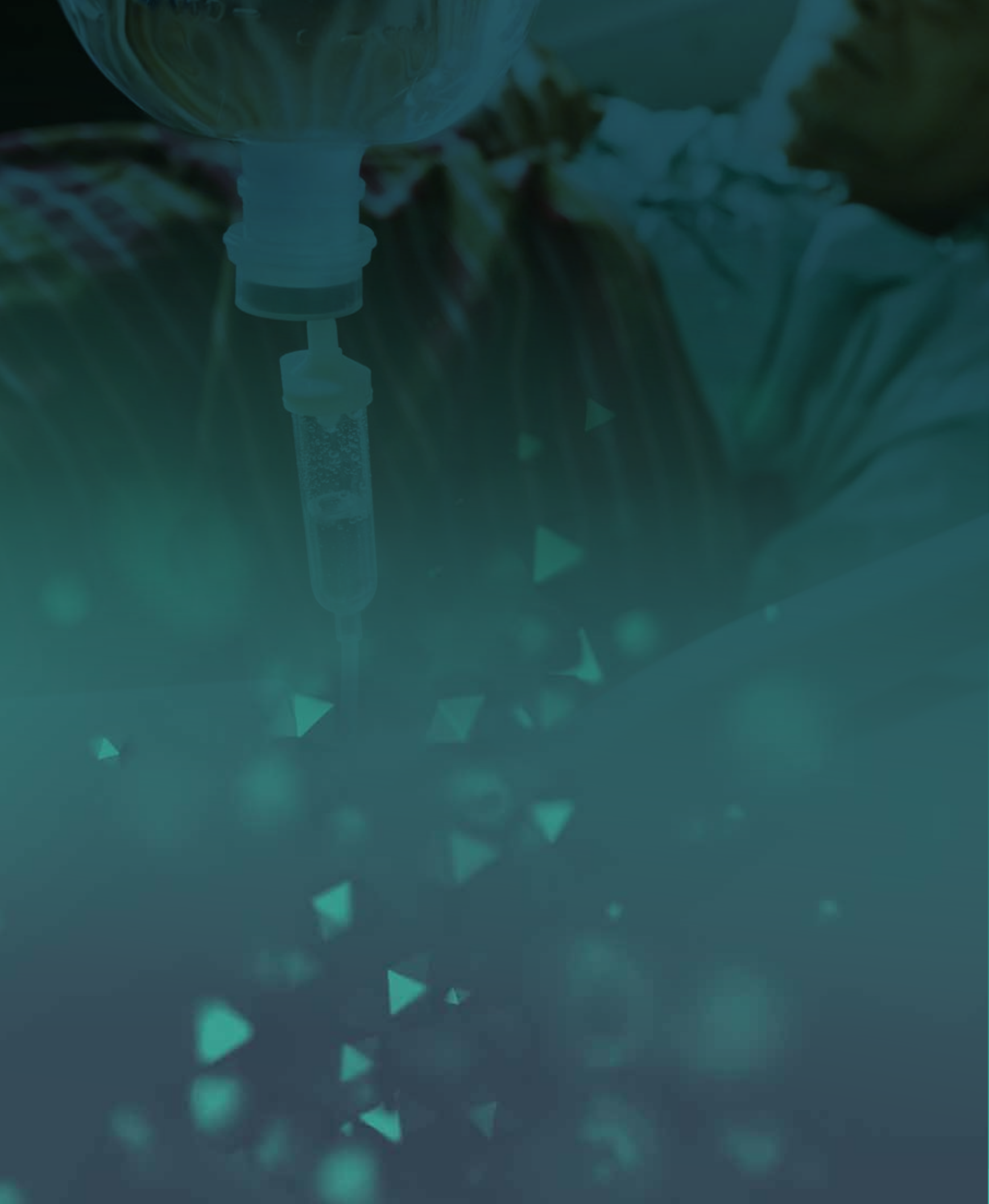
Vanessa Amaral - Copeira

“Para o setor de Nutrição, este novo formato de cobrança tem facilitado de forma significativa, otimizando o tempo da equipe, trazendo segurança e maior conforto para o paciente/acompanhante”.

Joziane Thurow - Nutricionista Clínica

“A informatização no sistema de cobranças do serviço de Nutrição trouxe praticidade e segurança ao processo evitando perdas, garantindo as informações, agilizando o serviço dos nossos colaboradores e refletindo na melhoria do atendimento aos nossos clientes”.

Débora B.E. Corsi- Nutricionista Distribuição



A TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COMO ALIADA NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM SEPSE

📍 Hospital BP

Autores: Viviane Cordeiro Veiga, Salomón Soriano Ordinola Rojas e Lilian Quintal Hoffmann

OBJETIVO DO PROJETO

O objetivo do projeto é a utilização da tecnologia da informação para otimizar o processo relacionado à detecção, condução e gestão do paciente com diagnóstico de sepse, em hospital de grande porte.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

A sepse é uma condição de alta mortalidade em que a detecção precoce e a conduta assertiva estão relacionadas aos melhores desfechos. Além disso, é fundamental a gestão de todo o processo relacionado ao perfil microbiológico, através da coleta de hemoculturas e do uso racional de antibióticos.

Para isso, foram avaliados os indicadores de administração de antibiótico de amplo espectro em até 60 minutos; coleta de hemoculturas antes do início do antibiótico e mortalidade em 30 dias, em que foi evidenciada necessidade de ferramentas no prontuário eletrônico, que possibilitassem que a equipe assistencial conduzisse esse complexo processo com mais facilidade.

PRÁTICA IMPLANTADA

Diante da importância desta condição clínica e sua prevalência, desde 2010, a instituição dispõe de um protocolo gerenciado de sepse. No entanto, em 2017 houve a implantação de prontuário eletrônico, possibilitando a reavaliação de todo o processo relacionado ao protocolo, com identificação de oportunidades de se ter um modelo assistencial mais eficiente, sustentado por ferramen-

tas informatizadas. Foi implementado um time de sepse, com um líder médico e composto por médicos intensivistas, infectologistas e gestores; enfermeiros; farmacêuticos; representantes do laboratório clínico; do departamento de tecnologia da informação e da qualidade.

Este grupo foi responsável por realizar análise de indicadores, reuniões de *benchmarking* e condução de auditorias clínicas para avaliação das necessidades e acompanhamento das práticas implantadas.

Após análise do grupo e identificação de oportunidades de melhoria, as ações realizadas foram:

- Inclusão do “kit sepse”, em que com apenas uma ação no sistema, eram solicitados todos os exames laboratoriais do protocolo de sepse, incluindo as duas amostras de hemocultura – conforme recomendação de *guidelines* internacionais, o que permite otimização do tempo de prescrição médica, além da garantia da solicitação das duas amostras de hemocultura e de todos os exames necessários para condução do paciente séptico;
- Identificação no laboratório em “tempo real” da necessidade de coleta em pacientes com suspeita clínica de sepse, que objetiva reduzir o tempo entre a prescrição médica e a coleta, visto que o processo anterior era via telefone;
- Inclusão do protocolo de antibioticoterapia empírica, com inclusão das doses preconizadas da primeira dose do antibiótico, no sistema de prontuário eletrônico. Este processo foi validado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e realizada a inserção do protocolo no sistema,

com intuito de redução do tempo de prescrição médica e a utilização da dose inicial adequada;

- Utilização de uma ferramenta de apoio à decisão clínica, em que deflagradores no prontuário eletrônico, em tempo real, de alterações de sinais vitais e exames laboratoriais geram alerta à equipe assistencial, que diante de um processo infeccioso suspeito ou confirmado, inicia o protocolo assistencial. Além disso, foram inclusos no sistema, que pelos deflagradores identificados, haverá sugestão da classificação da sepse (infecção sem disfunção, sepse ou choque séptico), reduzindo erros diagnósticos;
- Relatórios estruturados pelo sistema, que garantam melhores devolutivas às áreas, em tempo menor, possibilitando melhor gestão do processo.

As ações foram realizadas no pronto-socorro, unidades de internação e unidades de terapia intensiva, com envolvimento de toda equipe multiprofissional. Tutoriais foram desenvolvidos pela equipe de tecnologia da informação para facilitar a utilização pelos usuários. Além disso, foram disponibilizados boletins mensais de sepse ao corpo clínico, reuniões clínicas, ações *in loco* com casos reais da unidade, para que se garanta o conhecimento das novas práticas e seus objetivos e resultados.

RESULTADOS OBTIDOS

A partir das ações implementadas, houve melhorias importantes em todos os indicadores do protocolo gerenciado, com aumento da taxa de administração do antibiótico em uma hora; da coleta das hemoculturas antes do antibiótico e da adesão ao pacote de seis horas da sepse. O indicador de administração do antibiótico de forma precoce teve média de 79% no ano de 2017, com incremento de 11% no ano de 2018, além da redução de prescrições em que se identifica prescrição de doses subótimas de antibiótico. Com a padronização do kit sepse, houve aumento de aproximadamente 12% do indicador de coleta de hemoculturas, em que o maior problema identificado era a dificuldade e o tempo gasto para prescrição deste exame.

Além disso, houve redução do tempo gasto pelo médico em todas as etapas do processo da identificação e condução da sepse, em que inclui a solicitação dos exames laboratoriais, da prescrição dos antibióticos e dos demais itens que compõem o pacote de seis horas da sepse. Todos os indicadores mantêm-se sustentáveis ao longo do ano de 2018, com melhora significativa em relação à 2017 e redução de 8% da mortalidade.

Gráfico 1 | Taxa de administração do antibiótico em até 1 hora

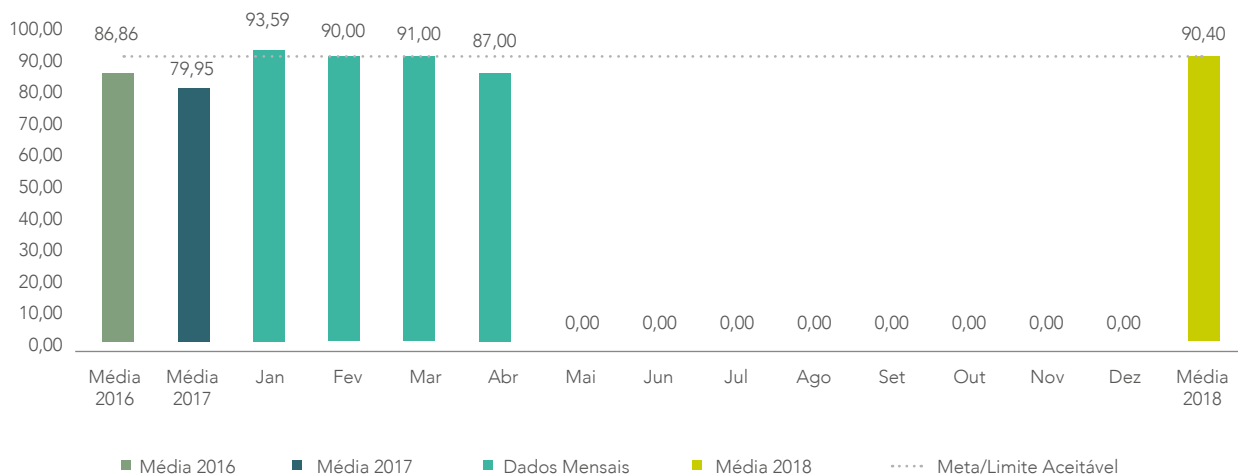


Gráfico 2 | Taxa de coleta das hemoculturas antes da administração do antibiótico

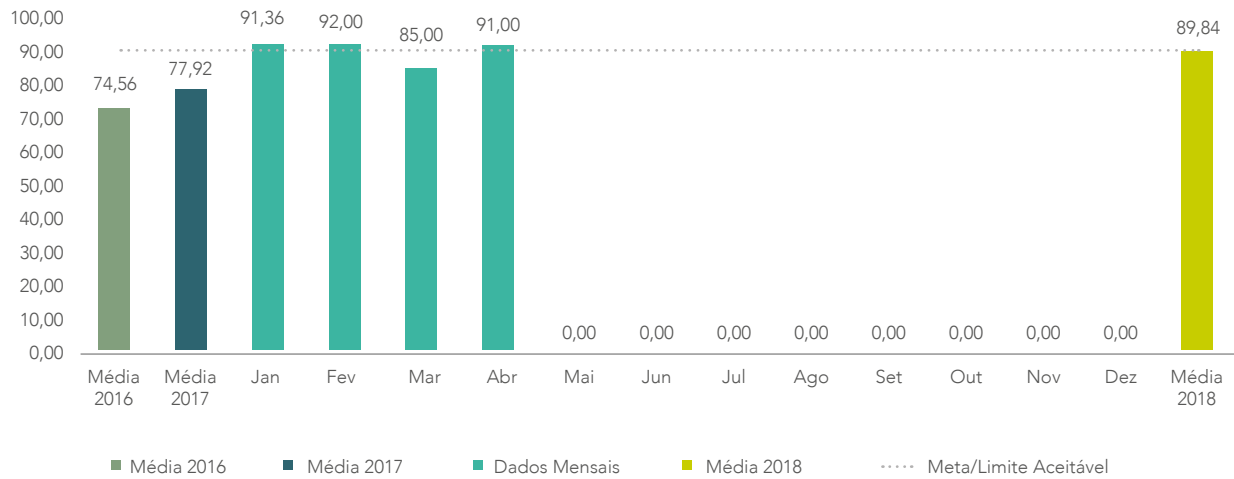
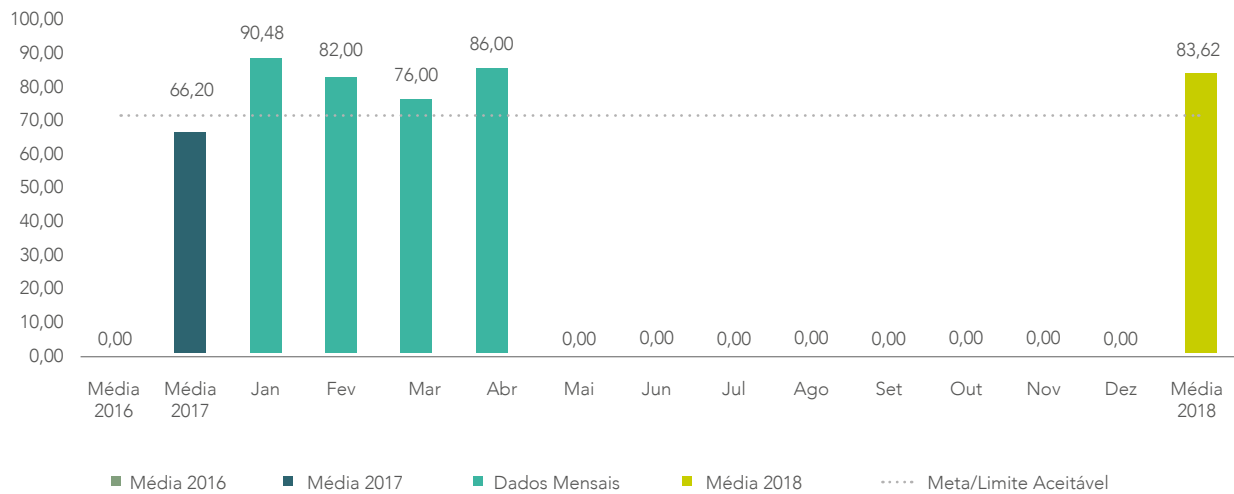


Gráfico 3 | Taxa de adesão ao pacote de seis horas da sepse



CONCLUSÃO

A utilização da tecnologia da informação como aliada no paciente com sepse possibilitou uma melhora nesta complexa condição clínica, garantindo maior assertividade na solicitação dos exames, redução do tempo entre o início da sepse e a administração do antibiótico, ganhos em

todas as etapas do pacote de seis horas, além de redução do tempo gasto pelo médico em todas as etapas do processo.

Permanece como desafio a comunicação efetiva com o corpo clínico, que garanta o conhecimento das ferramentas possíveis de utilização. No entanto, a formação de um time, com visões distintas do processo, garantiu agilidade no processo de implementação das práticas.



anahp
associação nacional
de hospitais privados

www.anahp.com.br