



# GERENCIAMENTO DE LEITOS E PROTOCOLOS

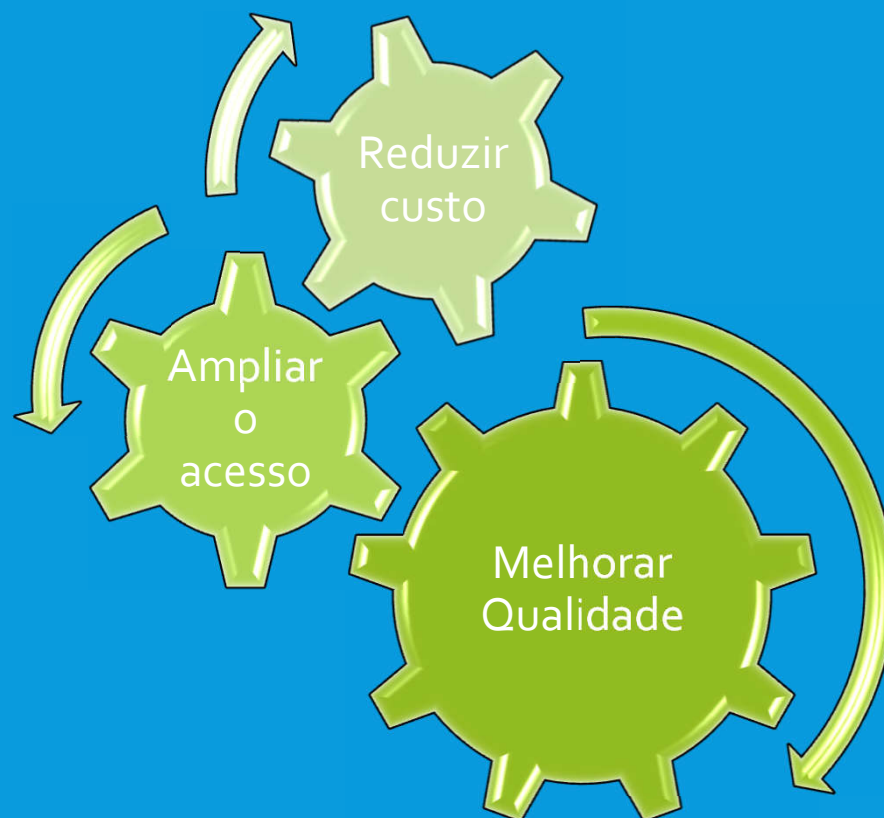
Luiz Soares



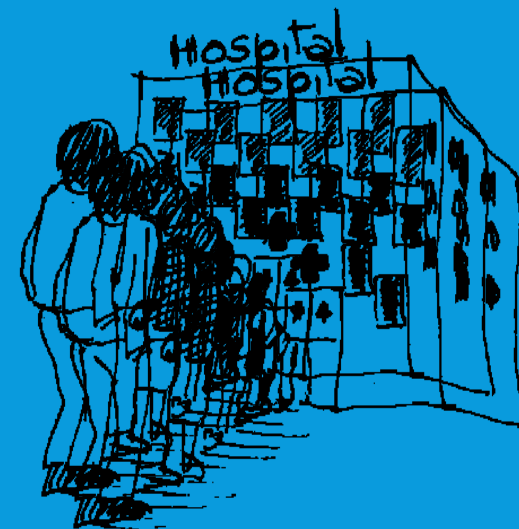
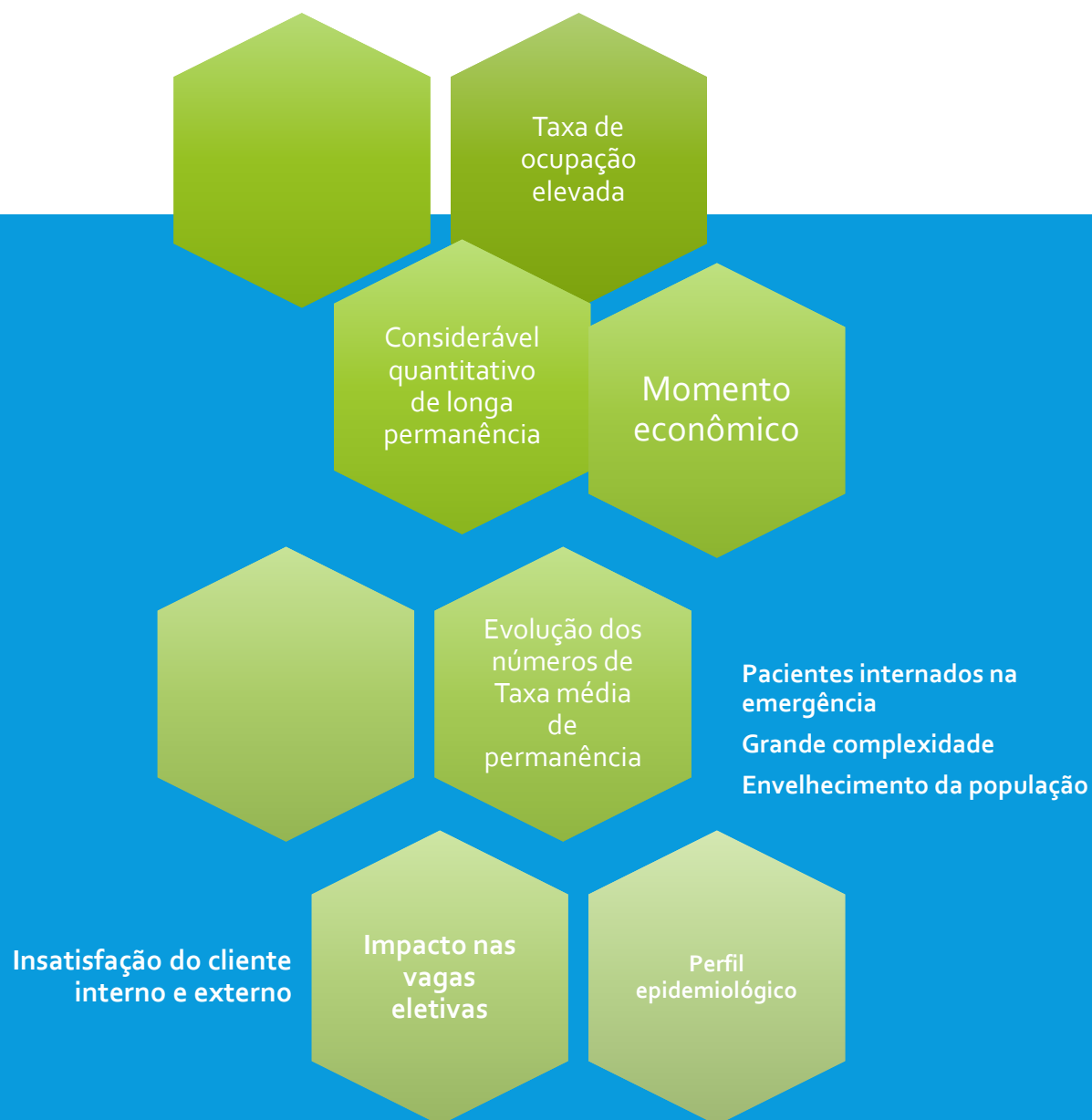
# GERENCIAMENTO DE LEITOS



*O maior desafio das instituições de saúde é gerir o aumento da demanda sem um aumento equivalente no orçamento, melhorando os padrões de qualidade e acesso*



# Desafios Atuais e Busca das Melhorias

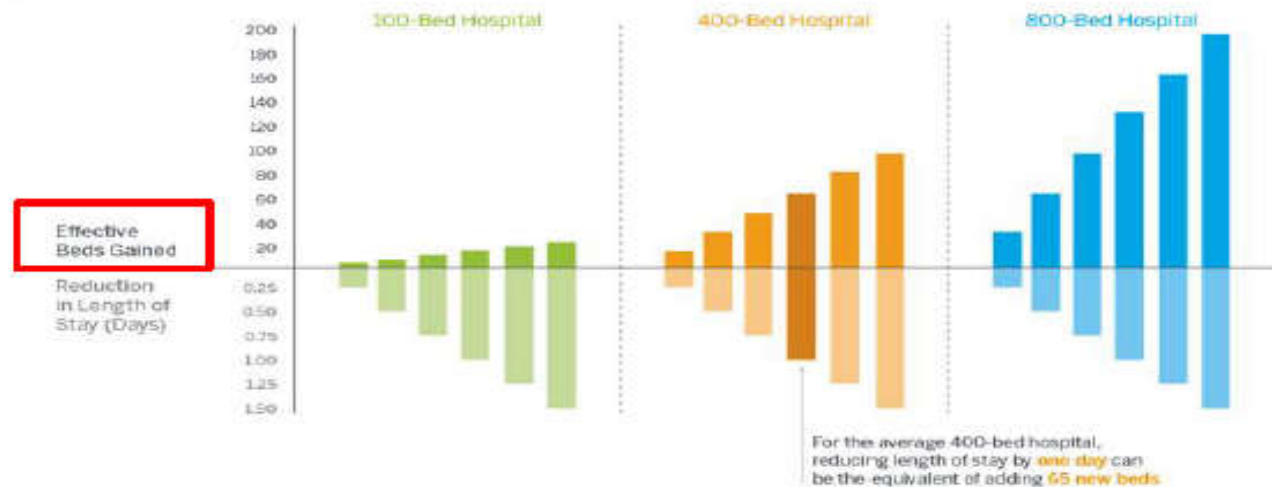




# Reduza o TMP e incremente leitos!

## Uncover your Hidden Potential

We've figured out how to build  
you a new hospital wing **for free**.



***Hospitals capazes de reduzir o tempo de permanência podem efetivamente adicionar leitos e melhorar sua capacidade de internação.***

Seeing Potential from Lower LOS

*"Effective" Beds Gained from Reducing Length of Stay<sup>1</sup>*

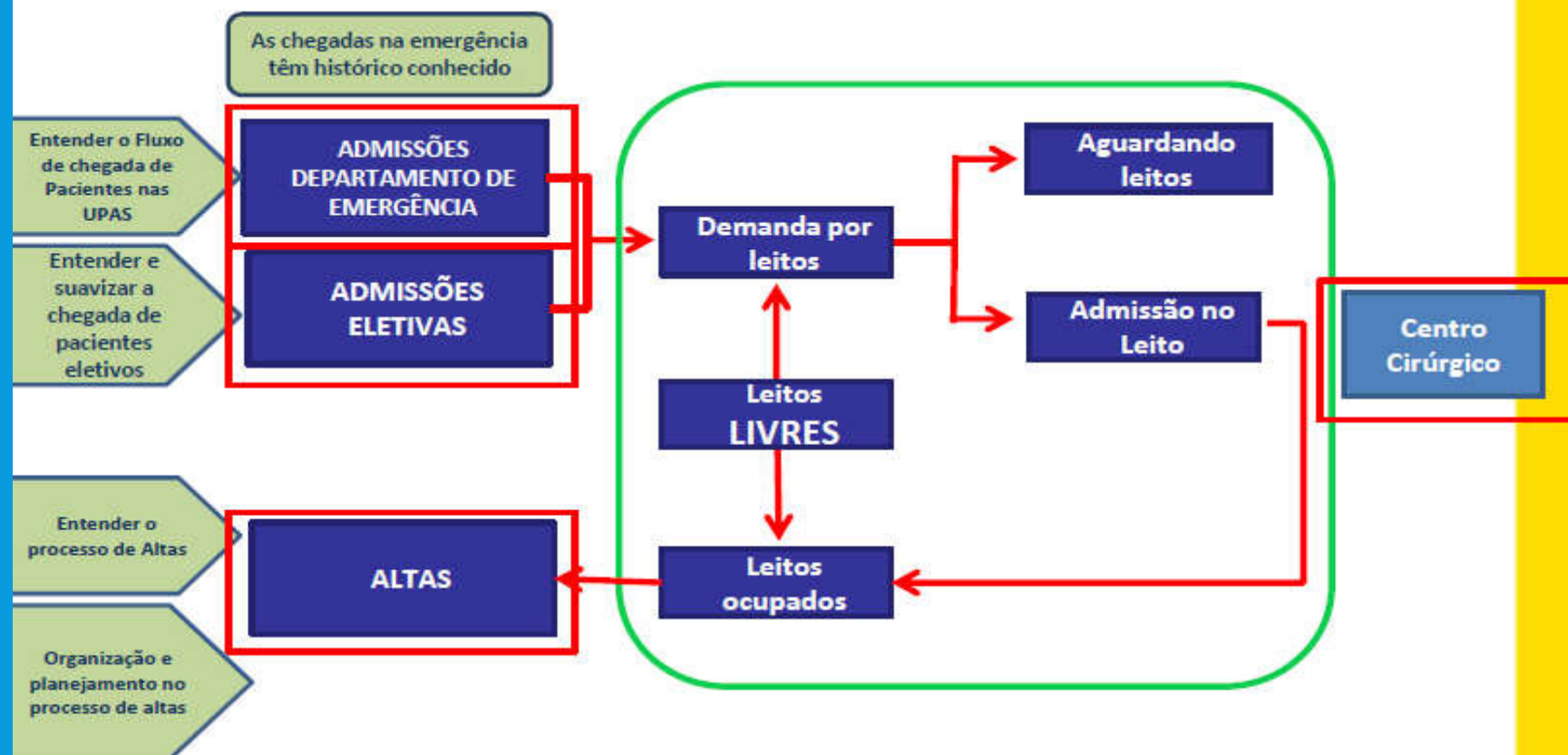
| Hospital Size<br>LOS Reduction |  200 beds |  300 beds |  400 beds |  500 beds |  600 beds |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>0.25 day</b>                | 8                                                                                          | 12                                                                                          | 16                                                                                           | 20                                                                                           | 25                                                                                           |
| <b>0.50 day</b>                | 16                                                                                         | 25                                                                                          | 33                                                                                           | 41                                                                                           | 49                                                                                           |
| <b>0.75 day</b>                | 25                                                                                         | 37                                                                                          | 49                                                                                           | 61                                                                                           | 74                                                                                           |
| <b>1.00 day</b>                | 33                                                                                         | 49                                                                                          | 65                                                                                           | 82                                                                                           | 98                                                                                           |
| <b>1.25 days</b>               | 41                                                                                         | 61                                                                                          | 82                                                                                           | 102                                                                                          | 123                                                                                          |
| <b>1.50 days</b>               | 49                                                                                         | 74                                                                                          | 98                                                                                           | 123                                                                                          | 147                                                                                          |

For the average 300-bed hospital, reducing LOS by one day can be the equivalent of adding 49 new beds to the facility

<sup>1</sup> Assumes 85 percent occupancy rate and 5.2 days ALOS.



## Link entre Gerenciamento dos Leitos e Fluxo do Paciente



Modificado de:

NHS – Institute for Innovation and Improvement -

[http://www.institute.nhs.uk/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools/patient\\_flow.html](http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/patient_flow.html)

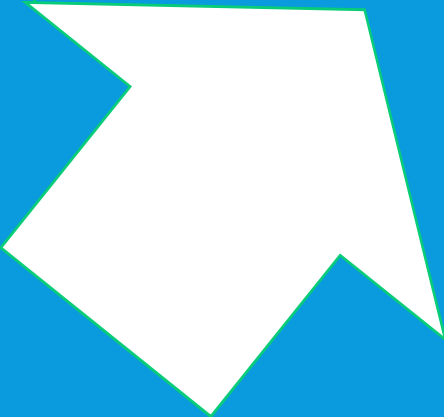


# CABINE DE CONTROLE





# Time de Gestão de Leitos e Desospitalização



**Desospitalização com  
Segurança:  
Qual a tendência?**

## Objetivos

Identificação precoce dos pacientes com possibilidade de internação por longa permanência

Iniciar no momento de admissão

## Diminuir o tempo de permanência hospitalar

Mitigar (Diminuir) a reinternação precoce  
( $< 72$  horas, 30 dias), Óbito pós alta

Redução de dano  
Evitar Alta não planejada

## Aumento do Giro de leito

Maior disponibilidade de vagas

Maior número de procedimentos

# TIME DE GESTÃO DE LEITOS E DESOSPITALIZAÇÃO

## **Objetivo**

Identificação precoce dos pacientes com possibilidade de internação por longa permanência, desde o momento de admissão e definir estratégias para a mais rápida desospitalização.

## Equipe multidisciplinar

Diretoria Médica  
Coordenações de Enfermagem  
Coordenação de Hotelaria  
Coordenação da Emergência  
Serviço Social  
Ouvidoria  
Gerencia Comercial  
TI

# PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR

## Razões para atraso da Alta Hospitalar



Fatores chave para o atraso do paciente

- Falta de conhecimento sobre as etapas e tempos programados para alta.
- Falta de transporte.
- Falta de cuidador.

## Agenda / Programação

Your Estimated Discharge Day: 4/21  
Your Estimated Time: 5:00 pm



### Detalhes da Estratégia

- Define o tempo estimado de permanência e a data da alta, o mais cedo possível.
- Permite a coordenação com a equipe multidisciplinar, família e paciente.
- Metas claras para a conclusão de cuidados.

# PREMISSAS DA DESOSPITALIZAÇÃO



# AÇÕES PARA DESOSPITALIZAÇÃO

Antever as necessidades do paciente antes da alta

Fazer parceria com a fonte pagadora (entender que isto beneficia a todos e ao sistema)

Viabilizar a saída do paciente

Preparar a família quanto a importância da alta hospitalar e de participar do cuidado

Planejamento para desospitalização multi profissional – plano terapêutico desde a admissão



# CRITÉRIOS DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES COM POSSÍVEL LONGA PERMANÊNCIA

## Emergência

Fratura complexa (colo de fêmur, bacia, coluna)

Cirurgia oncológica  
(pancratectomia, jejunostomia, colectomia, outras cirurgias extensas)

Politrauma

Pacientes renais

Neurológicos (AVC, tumor sistema nervoso central, TCE).

DPOC

## Eletivo

Pacientes SUS regulados para UTI

Cirurgias complexas

Reinternações frequentes

Reinternação nos últimos 30 dias

Origem de Home Care

## Após Internação

CCIH Informar pacientes com indicação de antibiótico prolongado

Monitorados a partir do quinto dia de internação

Coordenadores de especialidades recebem lista dos pacientes com TMI > 5 dias

# Paciente com perfil para Home Care

Serviço Social  
interage com  
médico e  
família

Médico  
elabora  
relatório  
conforme o  
plano  
terapêutico

Time interage  
com  
assistência  
domiciliar e  
verificação de  
pendências

# O QUE PRECISAMOS SABER?



# INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR

- Taxa de ocupação  
(número de pacientes-dia/ número de leitos-dia)
- Média de permanência  
(número de pacientes-dia/ número de saídas)
- Índice de rotatividade  
(número de saídas/número de leitos operacionais)
- Intervalo de substituição  
(taxa de desocupação x média de permanência/ taxa de ocupação)
- Taxa de mortalidade institucional  
(número de óbitos  $\geq 24$ hs/número de saídas)

# DEFINIÇÕES

Norma  
312 MS  
04/2002

- Leitos planejados
- Leitos operacionais
- Leitos extras
- Saídas – Altas + Óbitos + Transferências externas
- UTI diferente de outras unidades hospitalares – movimento = altas + óbitos + transferências internas de saída + transferências externas
- UTI deve ser analisada separada da Semi
- Hospital-dia e leitos de observação – não são leitos operacionais

# FERRAMENTAS DE APÓIO

Pessoas

# PAINEL DE GERENCIAMENTO DE LEITOS

Painel de Gerenciamento de Leitos

Unidade de Internação

☒ HSR
 ☐ H2J

Leitos

☒ Rouparia
 ☒ Manutenção
 ☒ Higienização
 ☒ Vago
 ☒ Reforma
 ☒ Reservado

☒ Ag. Rouparia
 ☒ Ag. Manutenção
 ☒ Ag. Limpeza
 ☒ Ocupado
 ☒ Isolamento

Pacientes Reservados

|                                |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |
|--------------------------------|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|
| HDIA 2B INDIVIDUAL             | 201B   | M | 203B   | A | 205B   | M | 207B   | M |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |
| HDIA 3B INDIVIDUAL             | 328B   | F | 329B   | F | 333B   | A | 334B   | F |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |
| HDIA UI 2B HOSPITAL DIA ENFERM | 211B   | M | 212B   | A | 213B   | A | 214B   | A | 215B   | A | 216B   | A | 217B   | A | 218B   | A | 219B   | A |
|                                | 220B   | A |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |
| PEDIATRIA TERREO               | 001T   | F | 002T   | A | 003T   | F | 004T   | A | 005T   | A | 006T   | M | 007T   | M | 009T   | M | 010T   | A |
|                                | 011T   | M | 012T   | A | 013T   | M | 014T   | M | 015T   | M | 016T   | M | 017T   | A | 018T   | F | 019T   | A |
|                                | 020T   | M | 021T   | M | 022T   | F | 023T   | M | 024T   | A | 025T   | F | 026T   | A | 027T   | A | 028T   | M |
|                                | 029T   | A |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |        |   |
| UEP UNID EMERGENCIA PEDIATRICA | 001UEP | A | 002UEP | A | 003UEP | A | 004UEP | A | 005UEP | A | 006UEP | A | 007UEP | A | 008UEP | A | 009UEP | A |
|                                | 010UEP | A | 011UEP | A | 012UEP | A | 013UEP | A | 014UEP | A | 015UEP | A | 016UEP | A |        |   |        |   |
| UI 1A                          | 101A   | R | 103A   | M | 105A   | M | 107A   | F | 109A   | F | 111A   | A | 113A   | F | 115A   | A | 117A   | M |
|                                | 119A   | F | 121A   | F | 122A   | F | 123A   | A | 125A   | F | 127A   | A | 129A   | F | 131A   | M | 133A   | M |
| UI 1C                          | 101C   | M | 103C   | F | 105C   | F | 107C   | R | 109C   | F | 111C   | M | 113C   | M | 115C   | M | 117C   | M |
|                                | 119C   | M | 121C   | A | 123C   | F | 125C   | F | 126C   | A | 127C   | F |        |   |        |   |        |   |
| UI 2A                          | 201A   | M | 202A   | A | 203A   | M | 204A   | A | 205A   | M | 206A   | A | 207A   | M | 208A   | A | 209A   | R |
|                                | 210A   | A | 211A   | A | 212A   | A | 213A   | F | 214A   | A | 215A   | M | 216A   | A | 217A   | F | 218A   | A |
|                                | 219A   | A | 220A   | A | 221A   | A | 222A   | A | 223A   | A | 224A   | A | 225A   | A | 226A   | A | 227A   | A |
|                                | 228A   | A | 229A   | A | 230A   | A | 231A   | A | 232A   | A | 233A   | M | 234A   | A |        |   |        |   |

Vago

Ocupado

Alta Médica

Aguard. Limpeza

Em Limpeza

Limpeza | Aguard. Manutenção

Manutenção | Limpeza

Aguard. Manutenção

Manutenção

Manutenção | Aguard. Limpeza

Aguardando Rouparia

Rouparia

Rouparia | Aguard. Manutenção

A Ambos os Sexos

F Sexo Feminino

M Sexo Masculino

R Reservado

Reforma

Acompanhante

Isolamento

Detalhes da Internação / Reserva

Atendimento

Paciente

Idade

Internação

Prev. Alta

Dias

Alta Médica

Ramal

Convênio

Plano

Prestador



Unidade de Internação

UI 4C



Consultar

Legenda

Atualização em:  
00:04:36

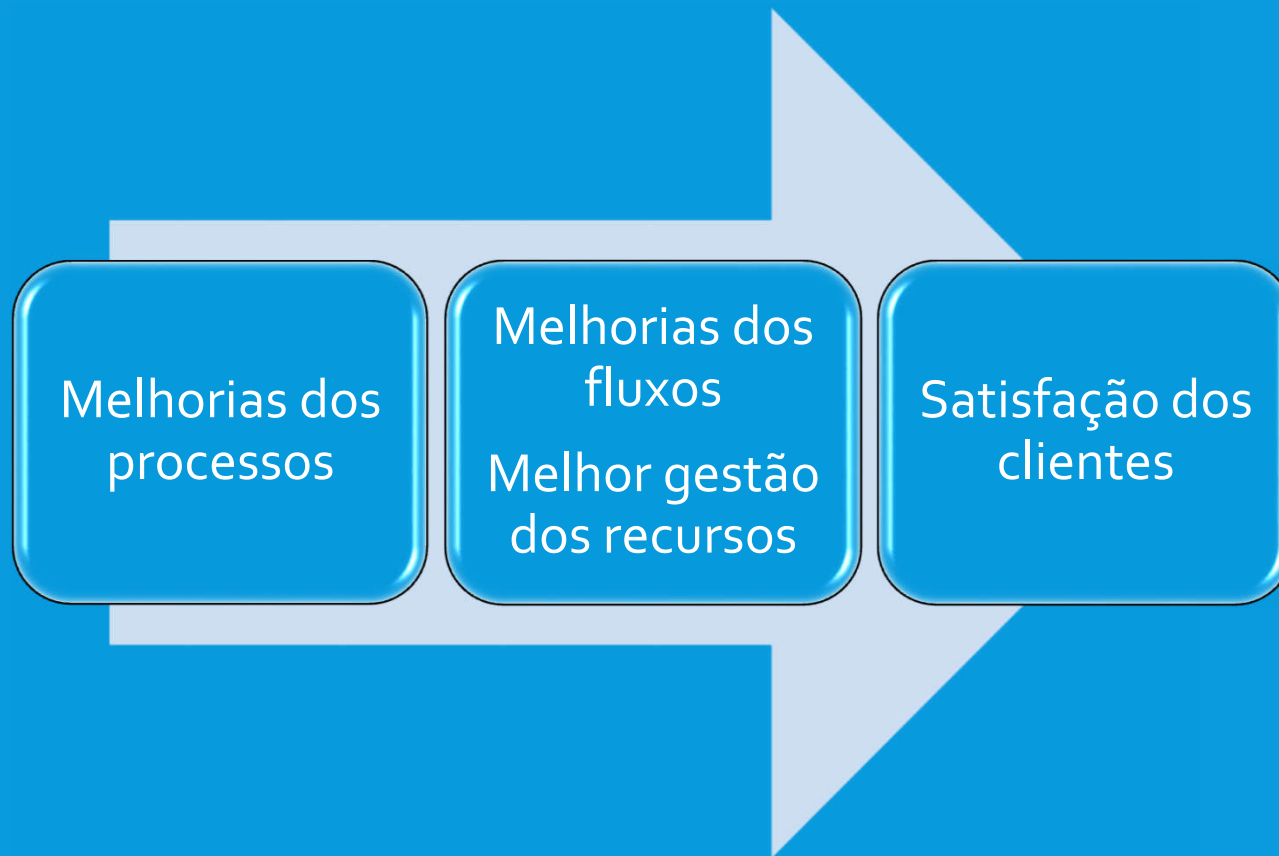
| Leito | Atend.  | Paciente | Médico               | Convênio | Prev. Alta | Dias | CC | EDA | EVM | EE | PM | PRA | APZ | PXH   | SCE | CCIH | ALG | IMA | DEV | LEI | ALT |
|-------|---------|----------|----------------------|----------|------------|------|----|-----|-----|----|----|-----|-----|-------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 401C  | 7334496 | RCJDS    | JOSILDO MARINS       | PETRO... | 25/07/2015 | 2    |    |     |     |    |    |     |     | 14:00 | PCM |      |     |     |     |     |     |
| 403C  | 7335432 | EOL      | EULER AZARO          | PROME... | 23/07/2015 | 1    |    |     |     |    |    |     |     |       |     |      |     |     |     |     |     |
| 407C  | 7335639 | FLP      | BRENO DAUSTER        | UNIME... |            | 1    |    |     |     |    |    |     |     | 18:00 |     |      |     |     |     |     |     |
| 409C  | 7337533 | ETG      | ANTONIO FERRACINI    | BRADE... | 23/07/2015 | 0    |    |     |     |    |    |     |     |       |     |      |     |     |     |     |     |
| 411C  | 7335633 | PP       | FREDERICO MASCARENHA | SUL A... | 21/07/2015 | 1    |    |     |     |    |    |     |     | 18:00 | PCI |      |     |     |     |     |     |
| 413C  | 7335702 | SAPFF    | EULER AZARO          | CASSE... | 21/07/2015 | 0    |    |     |     |    |    |     |     |       |     |      |     |     |     |     |     |
| 415C  | 7335815 | FADA     | EULER AZARO          | CASSI... | 21/07/2015 | 0    |    |     |     |    |    |     |     |       |     |      |     |     |     |     |     |
| 417C  | 7335779 | OYK      | EULER AZARO          | BRADE... | 21/07/2015 | 0    |    |     |     |    |    |     |     |       |     |      |     |     |     |     |     |
| 419C  | 7336286 | RCLB     | EULER AZARO          | CASSI... | 21/07/2015 | 0    |    |     |     |    |    |     |     |       |     |      |     |     |     |     |     |
| 421C  | 7335756 | JMDA     | WILSON FILHO         | FACHE... | 21/07/2015 | 0    |    |     |     |    |    |     |     | 14:00 |     |      |     |     |     |     |     |
| 423C  | 7335701 | LCRS     | JOSE ALENCAR FILHO   | CASSI... | 21/07/2015 | 0    |    |     |     |    |    |     |     | 14:00 |     |      |     |     |     |     |     |
| 427C  | 7337758 | ESB      | LEANDRO LEITE        | CNU-C... | 21/07/2015 | 0    |    |     |     |    |    |     |     |       |     |      |     |     |     |     |     |

# TEMPO DE LIBERAÇÃO DO LEITO ALTA MÉDICA ATÉ NOVA OCUPAÇÃO

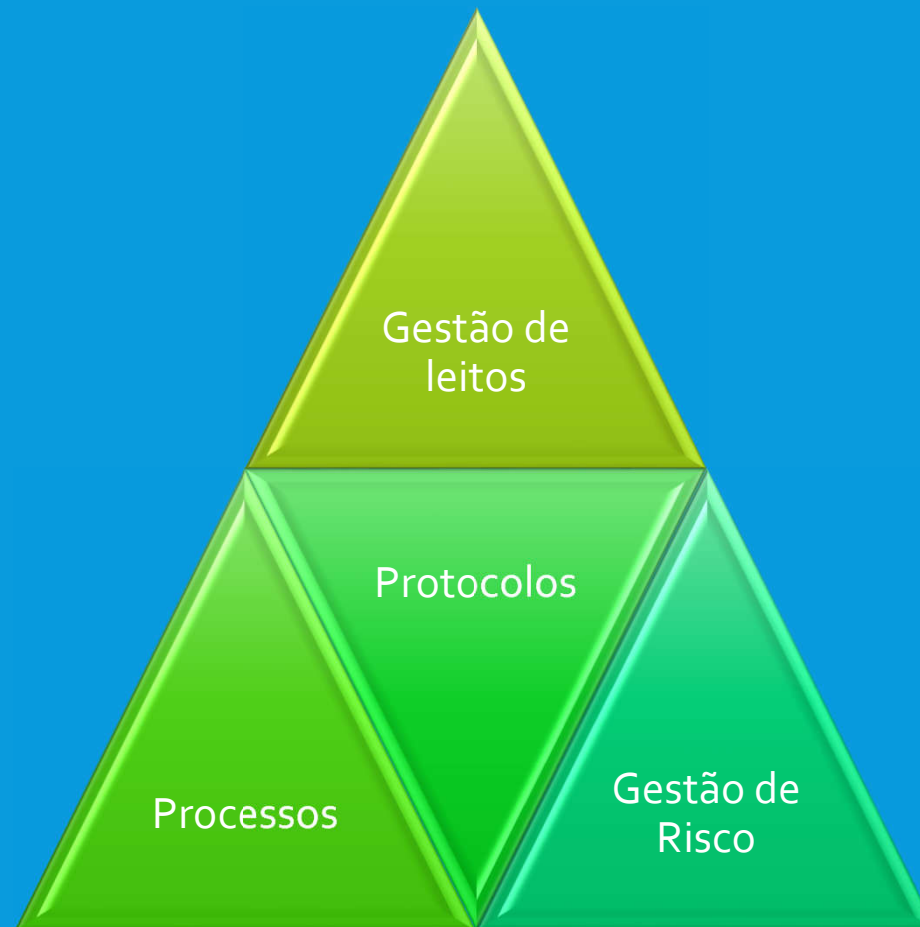
UNIDADE ABERTAS

| Unidade de Internação | Tempo Leito Livre |         |         |         |         |         |         |
|-----------------------|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
|                       | Jan               | Fev     | Mar     | Abr     | Mai     | Jun     | Média   |
| PEDIATRIA TERREO      | 4:04:30           | 3:52:19 | 3:28:20 | 3:34:14 | 3:59:21 | 4:07:10 | 3:50:59 |
| UI 1A                 | 5:06:04           | 5:05:46 | 5:21:56 | 5:31:48 | 6:19:48 | 6:47:36 | 5:42:10 |
| UI 1C                 | 5:01:30           | 5:00:04 | 5:07:16 | 5:22:06 | 5:35:48 | 5:02:50 | 5:11:36 |
| UI 2A                 | 4:24:40           | 4:52:06 | 4:55:52 | 4:33:24 | 5:08:24 | 5:12:48 | 4:51:12 |
| UI 2C                 | 3:49:05           | 4:41:49 | 5:03:12 | 4:31:23 | 4:27:37 | 4:20:57 | 4:29:00 |
| UI 2D                 | 4:21:48           | 4:13:24 | 4:42:01 | 4:28:06 | 5:08:51 | 5:00:49 | 4:39:10 |
| UI 3A                 | 4:33:32           | 4:40:59 | 4:25:43 | 4:33:04 | 4:40:10 | 5:22:47 | 4:42:43 |
| UI 3B                 | 4:41:58           | 4:40:47 | 4:41:10 | 4:31:04 | 4:46:33 | 5:47:20 | 4:51:29 |
| UI 3C                 | 5:11:51           | 5:13:48 | 5:21:56 | 5:29:52 | 5:30:40 | 5:22:36 | 5:21:47 |
| UI 4B                 | 4:35:43           | 3:48:12 | 4:33:49 | 4:26:10 | 4:51:10 | 5:03:03 | 4:33:01 |
| UI 4C                 | 4:24:55           | 4:00:45 | 4:43:25 | 4:47:17 | 5:08:05 | 5:13:02 | 4:42:55 |
| Média                 | 4:34:09           | 4:33:38 | 4:45:53 | 4:42:35 | 5:03:19 | 5:12:49 | 4:48:44 |

# CONQUISTAS



# ALTA CERTA





# PROTOCOLOS SEGURANÇA DA ASSISTÊNCIA

# PROTOCOLOS

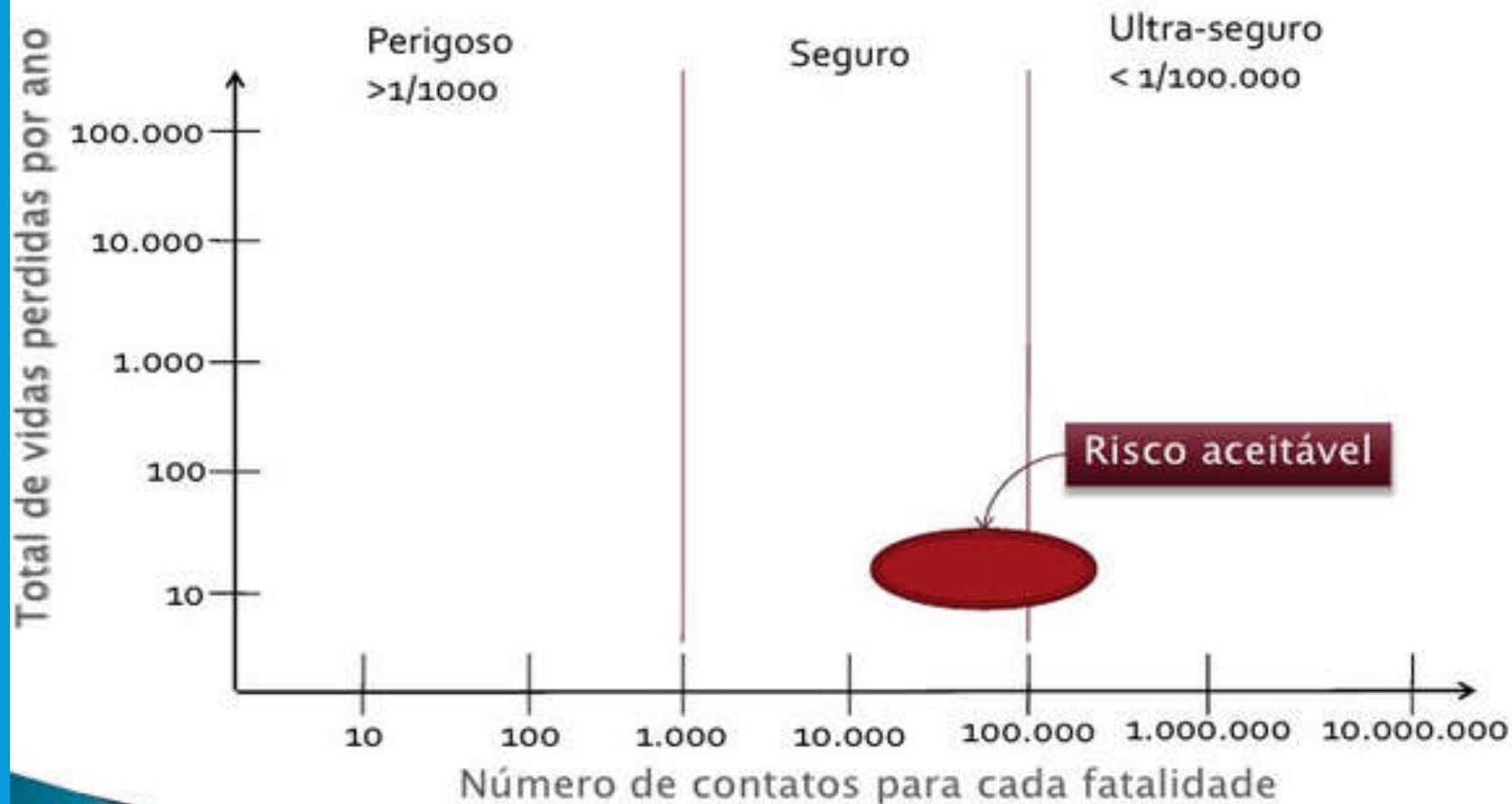
- Conceito
- Critérios para escolha dos protocolos que serão OU NÃO gerenciados
- Como definir os protocolos que são necessários para uma área
- Escolha dos indicadores de protocolos
- Gerenciamento

# PROTOCOLOS

PARA QUE FAZER?



# ATIVIDADES DE RISCO (CANADÁ)





# ATIVIDADES DE RISCO (CANADÁ)



# Em 4 anos, número de processos por erro médico cresce 140% no STJ

Entre 2010 e 2014, recursos saltaram de 260 para 626, mostra levantamento obtido com exclusividade pelo 'Estado'; no mesmo período, 18 profissionais tiveram registros cassados por conselho

16/07/2015 - 09h15

## Erro de técnica em enfermagem pode ter matado idosa no Ceará

AB AGENCIA ESTADO

Tweet 15

Recomendar

Seja o primeiro a comentar isso

COMENTAR

Fortaleza - A Polícia do Ceará abriu inquérito para apurar se a aposentada Maria Carmelit Lauretino, de 75 anos, morreu depois de receber glicerina em vez de soro. O caso ocorreu no último dia 20, no Hospital Geral de Missão Velha, cidade do Ceará cearense. A técnica de enfermagem suspeita de ter cometido o erro foi afastada, segundo informou o prefeito da Washington Fachine. O nome dela não foi divulgado.

A troca foi percebida quando a aposentada, que tinha problemas respiratórios, procurou a no hospital da cidade vizinha, o São Vicente, em Barbilha. O médico foi quem notou algo de errado. Viana providenciou a medicação correta algumas horas após ter dado entrada no hospital.

Viana acredita que alguém no hospital de Missão Velha possa ter usado a glicerina, que é usada (aplicada de forma retal) para realizar exames de sangue. Ele disse que se aplicada na veia a glicerina pode provocar embolia.

Depois de detectar o erro, a direção do hospital São Vicente registrou o caso. De acordo com o delegado responsável pelo caso, testemunhas ouvidas disseram ter visto a técnica de enfermagem aplicar o medicamento, acreditando tratar-se de soro.

De acordo com o delegado responsável pelo caso, testemunhas ouvidas disseram ter visto a técnica de enfermagem aplicar o medicamento, acreditando tratar-se de soro.



### Punição

De acordo com o delegado responsável pelo caso, testemunhas ouvidas disseram ter visto a técnica de enfermagem aplicar o medicamento, acreditando tratar-se de soro.

01/07/2011 - 09h03

## Após fraturar perna, idosa recebe raio-x errado e morre depois de cirurgia tardia

Elis Lina

Do UOL Notícias, em São José do Rio Preto (SP)

Tweet 11

Recomendar

Seja o primeiro a comentar isso

COMENTAR

Uma idosa morreu na cidade de São José do Rio Preto (440 km de São Paulo) depois de um erro médico. Aures Conceição Facini, 73, que morava em um asilo, sofreu uma queda no último dia 9 e fraturou a perna esquerda. Ela recebeu atendimento médico no próprio asilo e, após três dias, foi levada ao Hospital Upar (Instituto Capinza Nogueira I Ar), onde foi feito um raio-x na perna errada. A fratura não foi constatada e Facini foi então liberada.



16/11/20

## Polícia indícia auxiliar de enfermagem suspeita de injetar leite na veia de bebê

Débora Melo

Do UOL Notícias, em São Paulo

Tweet 0

Recomendar

Seja o primeiro a comentar isso

COMENTAR

4 pessoas recomendaram isso

## REPORTAGEM ESPECIAL bactéria em hospitais



Medicamentos e procedimentos médicos são alvo de fiscalização rigorosa. No entanto, a falta de controle adequado pode levar a erros graves, como o uso de glicerina em vez de soro, que pode causar embolia.

De acordo com o delegado responsável pelo caso, testemunhas ouvidas disseram ter visto a técnica de enfermagem aplicar o medicamento, acreditando tratar-se de soro.

## Se tem e lipospiração



De acordo com o delegado responsável pelo caso, testemunhas ouvidas disseram ter visto a técnica de enfermagem aplicar o medicamento, acreditando tratar-se de soro.

De acordo com o delegado responsável pelo caso, testemunhas ouvidas disseram ter visto a técnica de enfermagem aplicar o medicamento, acreditando tratar-se de soro.

# SEGURANÇA DO PACIENTE

**The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review.**

de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA

.Qual Saf Health Care. 2008 Jun;17(3):216-23

REVISÃO DA Cochrane and Medline - ENCONTROU  
08 ESTUDOS – 74485 PACIENTES

INCIDÊNCIA GLOBAL DE  
9,2% DE EVENTOS  
ADVERSOS

COM MÉDIA DE 43,5%  
(3000) DE EVENTOS  
EVITÁVEIS E 7,4% (500)  
FORAM LETAIS

RELACIONADA  
CIRURGIA 39,6%  
E MEDICAÇÃO 15,1%

1 EVENTO PARA CADA  
10 INTERNAÇÕES  
HOSPITALARES

# PROTOCOLOS

## Definições

# PROTÓCOLOS DE SEGURANÇA

- Normaliza **padrões de atendimento** a determinada patologia ou condição, identificando ações de prevenção, diagnóstico, cura/cuidado em um ponto de atenção.
- Estratégias *destinadas à melhoria da segurança do paciente* devem assegurar a “[...] consolidação de sistemas capazes de **prevenir ou identificar os erros**, em vez de criar funcionários individualmente à prova de equívocos”.

(Mendes 2002)

# PROTOCOLOS CLÍNICOS DE SEGURANÇA

## – Desenvolve ações para:

Integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

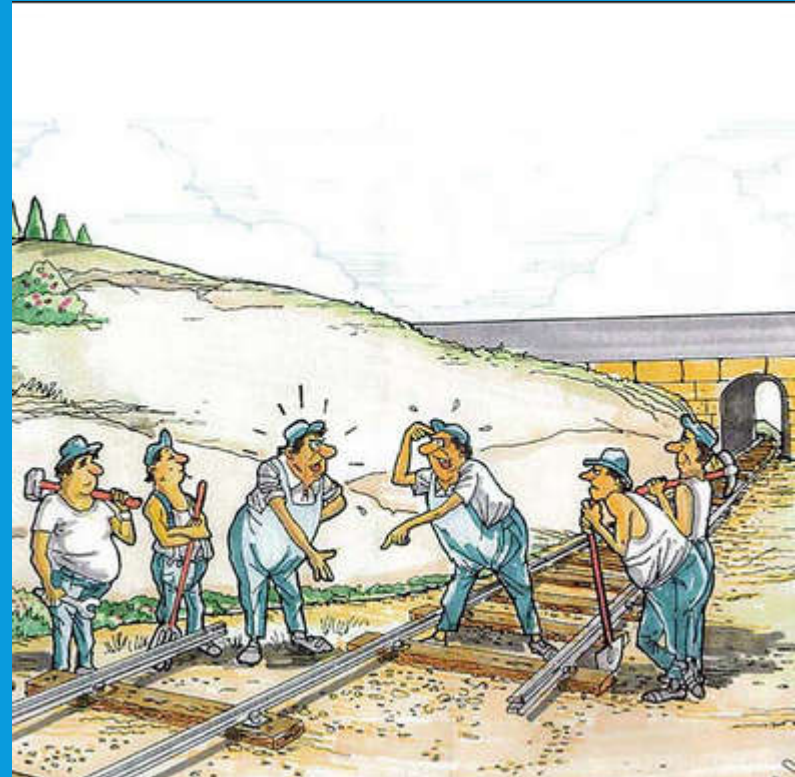
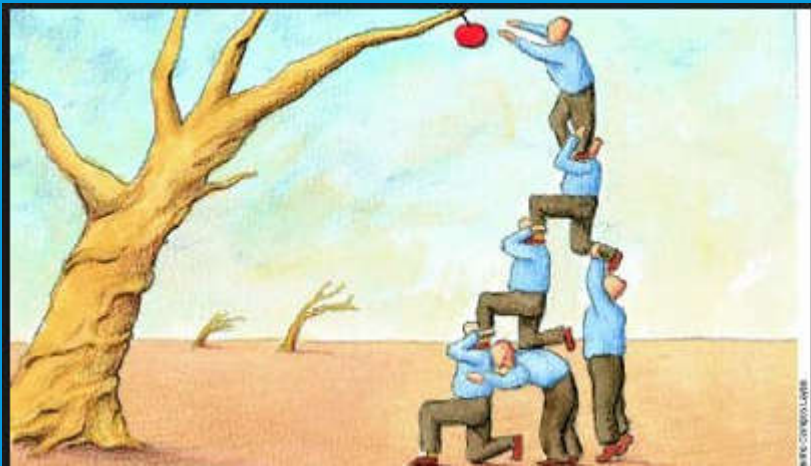
Implantar sistematizações com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde a respeito de decisões apropriadas;

Normalizam padrões de atendimento para determinada situação e ou patologia;

Legitimar o exercício de cada profissional junto à equipe interdisciplinar



# Construção Coletiva



PROTOCOLOS  
DE  
SEGURANÇA

- Melhor Prática
- Recomendações sistematizadas

**X**

PROTOCOLOS  
DE PESQUISA  
CLÍNICA

- Testar hipóteses
- Gerar novos conhecimentos



- Papel da Governança  
Alta direção

# GOVERNANÇA E PROTOCOLOS

- Estabelecer no Planejamento Estratégico

## Apoiar:

- Pessoal
- Estrutura física e administrativa
- Financeiro
- Recursos diversos

Novo Modelo de Governança Corporativa e Governança Clínica

$$V = P * \frac{(QT + QS)}{\text{DESPERDÍCIO}}$$

V = Assistência perfeita

P = Protocolos, evidências científicas

QT = Qualidade técnica

QS = Qualidade dos serviços

# PROTOCOLOS IMPLANTAÇÃO EM 10 PASSOS

- 1º PASSO: Escolha do Protocolo
- 2º PASSO: Estratificação do Protocolo – abrangência: institucional, setorial
- 3º PASSO: Planejamento do Protocolo
- 4º PASSO: Elaboração do Protocolo
- 5º PASSO: Estabelecer Metas
- 6º PASSO: Estabelecer Modelo de Monitoramento das Metas do Protocolo
- 7º PASSO: Validação e Tramitação do Protocolo
- 8º PASSO: Implantação
- 9º PASSO: Auditoria
- 10º PASSO: Revisão: PDCA

# A ESCOLHA DE IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS





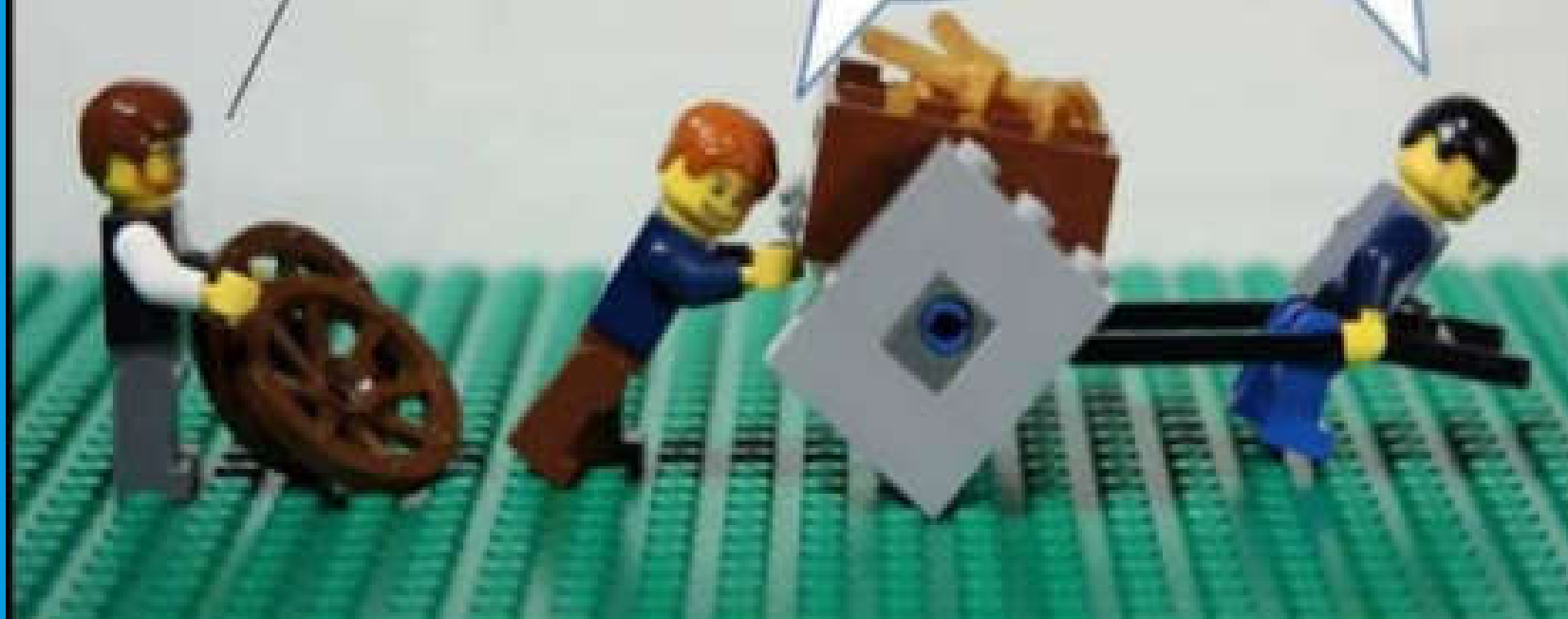
# GERAM DIRETRIZES CLÍNICAS



**PODEMOS MELHORAR  
ESSE PROCESSO.**

**NÃO PODEMOS  
FALAR AGORA.**

**ESTAMOS MUITO  
OCUPADOS!**







# PROTOCOLOS PARA OS RISCOS



# RISCOS NÃO CLÍNICOS

- Equipamentos
- Ar condicionado
- Riscos elétricos
- Gases Medicinais
- Insumos
- Segurança ocupacional
- Gerenciamento de resíduos

# SEGURANÇA DO PACIENTE

- 1 Identificar corretamente o paciente.
- 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
- 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

**Melhorar sua vida, nosso compromisso.**



Ministério da Saúde  
O tempo da saúde.



## **Atualmente 36 Indicadores incluindo:**

- **Infarto Agudo**
- **Insuficiência Cardíaca**
- **AVC**
- **Pneumonia**
- **Tromboembolismo Venoso**
- **Melhoria em cuidados cirúrgicos**
- **Cuidado Perinatal**
- **Cuidados de Enfermagem**
- **Cuidado com Asma em crianças**

# IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE DO PROTOCOLO

Como conduzir?

# ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE E TOMADAS DE DECISÃO

## Método Reativo

- Responde a acontecimentos ocorridos
- Eventos, queixas, glosas...

## Método Preventivo

- Busca ativamente riscos potenciais
- Pode usar como referencia a epidemiologia

Protocolos de  
"Boas Práticas"  
"Mínimos de Segurança"

Passagem de sonda  
Rede Venosa

Queda  
Úlcera de Pressão  
MEWS/PEWS  
TRR

Protocolos "Clínicos"

AVC  
TEV  
Sepse

Politrauma  
Broncoaspiração

# ABRANGÊNCIA DO PROTOCOLO

- Setoriais:
- Centro cirúrgico – encaminhamento e alta ao CRPA
- Emergência – Classificação de risco
- UTI – Prevenção de PAV
- Institucionais que permeiam todo o hospital:
- Sepses
- Dor Torácica
- Queda
- Transporte
- Broncoaspiração



# ALERTAS

## OS PROTOCOLOS NÃO PODEM:

- Desacelerar o ritmo da equipe
- Aumentar o tempo de trabalho
- Impedir tomada de decisão
- Conter informações cores em excesso
- Ter implantação impositiva



# OS PROTOCOLOS DEVEM

## **Apresentar o Protocolo Assistencial**

- pactuá-lo com o conjunto de profissionais envolvidos
- com o parecer das diversas categorias / equipes
- CONSENSO

## **Estar em consonância**

- com os princípios e diretrizes
- Experiência local

## **Favorecer a adesão**

- Texto objetivo
- Metas bem definidas

## Algoritmo para avaliação da necessidade de profilaxia de TEV em pacientes clínicos hospitalizados(D).

**Todos os pacientes clínicos devem ser rotineiramente avaliados**

**Idade  $\geq 40$  anos\*  
e  
Mobilidade reduzida<sup>§</sup>**

Não

**Deambulação e reavaliar em 2 dias**

**Algum fator de risco?**

AVCI†  
Câncer  
Cateteres centrais e Swan-Ganz  
Doença inflamatória intestinal  
Doença respiratória grave  
Doença reumatológica aguda  
Gravidez e pós-parto  
História prévia de TEV  
IAM  
ICC classe III ou IV  
Idade  $\geq 55$  anos

Infecção (exceto torácica)  
Insuficiência arterial  
Internação em UTI  
Obesidade  
Paresia/paralisia MMII  
Químio/Hormonioterapia  
Reposição hormonal/Contraceptivos  
Síndrome nefrótica  
Trombofilia  
Varizes/Insuficiência venosa crônica

Não

Sim

**Contra-indicação?**

Sangramento ativo  
Úlcera péptica ativa  
HAS não controlada ( $> 180 \times 110$  mm Hg)  
Coagulopatia (plaquetopenia ou INR  $> 1,5$ )  
Alergia ou plaquetopenia por heparina  
Insuficiência renal (clearance  $< 30$  mL/min)  
Cirurgia craniana ou ocular  $< 2$  sem  
Coleta de líquido cefalorraquidiano  $< 24$  h

Sim

**Métodos mecânicos  
(CPI e/ou MEEG e reavaliar em 2 dias)**

Não

**Profilaxia indicada**

**HBPM SC 1 vez ao dia**

Enoxaparina 40 mg, ou dalteparina 5.000 UI  
ou nadroparina<sup>‡</sup> 3.800 UI ( $< 70$  kg) ou  
5.700 UI ( $> 70$  kg)

ou

**HNF 5.000 UI SC 8/8 h**

**Manter por  $10 \pm 4$  dias  
ou enquanto persistir o risco**

\* Pacientes com menos de 40 anos, mas com fatores de risco adicionais, podem se beneficiar de profilaxia.

§ Pelo menos metade do dia deitado ou sentado à beira do leito (excluído período de sono).

† AVCI – excluir hemorragia com TC ou RM.  
AVCH – considerar profilaxia a partir do 10º dia, após confirmação de estabilidade clínica e tomográfica.

‡ Houve aumento na mortalidade no grupo que recebeu nadroparina, comparado com HNF

Na presença de insuficiência renal, é aconselhável a correção das doses de HBPM a partir da dosagem da atividade anti-Xa, sempre que disponível. Uma alternativa é utilizar HNF ao invés do HBPM, controlando o TTPa e garantindo que não ultrapasse 1,5 vez o valor controle.

# METAS ASSISTENCIAIS

Gestão

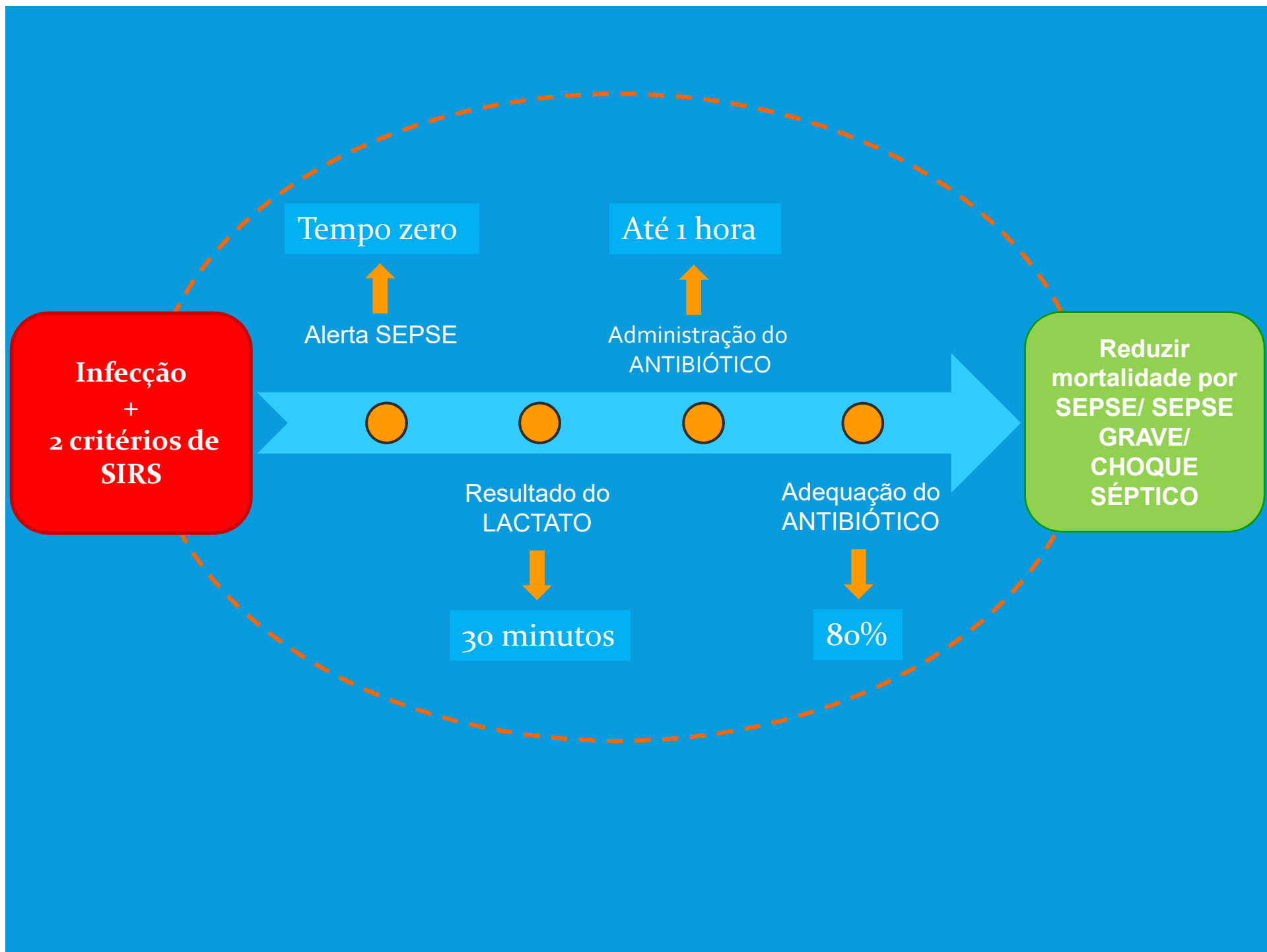
Toda meta deve ter:

Objetivo Gerencial + Valor a ser atingido + Prazo para realização

Se a meta não dispõe das 3 informações de forma clara, ela é tudo, menos uma meta.



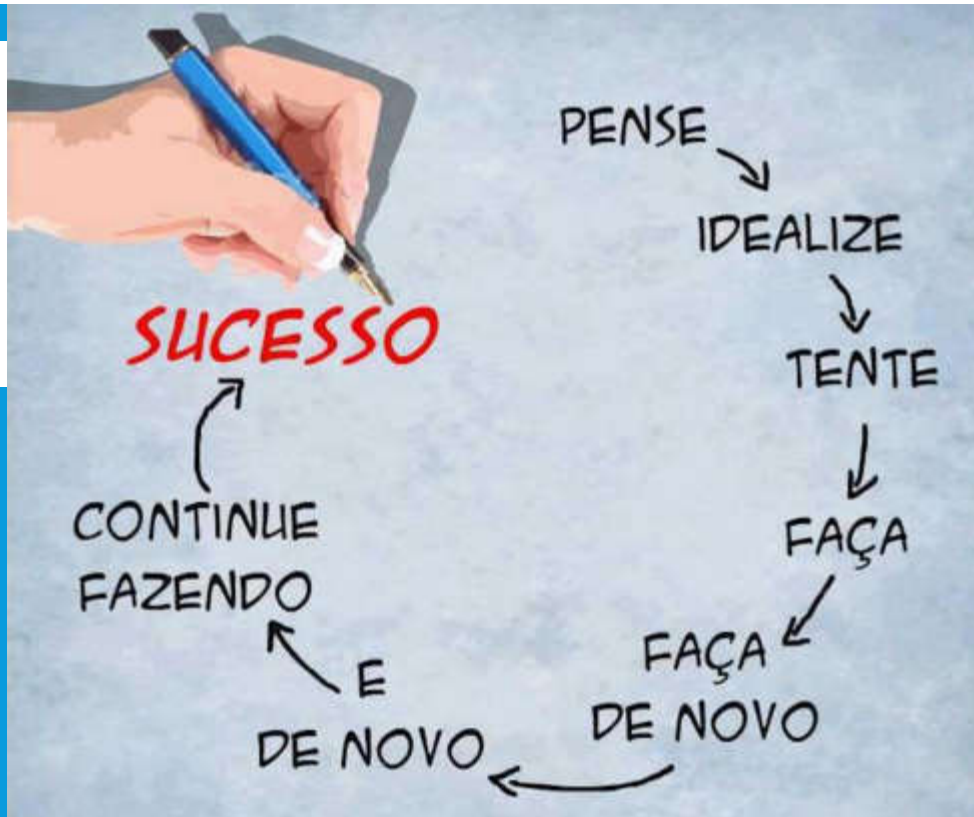
**Focalize metas e resultados a alcançar e não apenas os métodos de trabalho: quais os objetivos a atingir e como atingi-los da melhor maneira.**



# REDE DE ATENÇÃO







**OBRIGADO!**

Luiz Soares

[luiz.j.soares@gmail.com](mailto:luiz.j.soares@gmail.com)

[luiz.soares@hsr.com.br](mailto:luiz.soares@hsr.com.br)

(71) 98843-8725