



SESCOOP/SP

Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo
no Estado de São Paulo

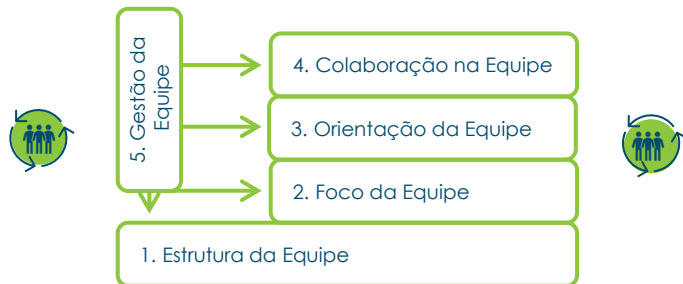
PALESTRA SEGURANÇA DO PACIENTE: PREVENÇÃO DA BRONCOASPIRAÇÃO

COORDENAÇÃO RELACIONAL

A **COORDENAÇÃO RELACIONAL** foi validada para ambientes de trabalho (assistenciais ou não) **que exigem interação eficiente entre as partes do sistema e os membros da equipe** e está associada à qualidade do atendimento e aos resultados dos usuários (Gittell et al., 2002 ; Gittell et al., 2008)



INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL



As lógicas organizacional e profissional costumam ser vistas como intrinsecamente conflitantes. As influências organizacionais invadem o trabalho profissional ou os profissionais resistem às mudanças e fogem das regras organizacionais.

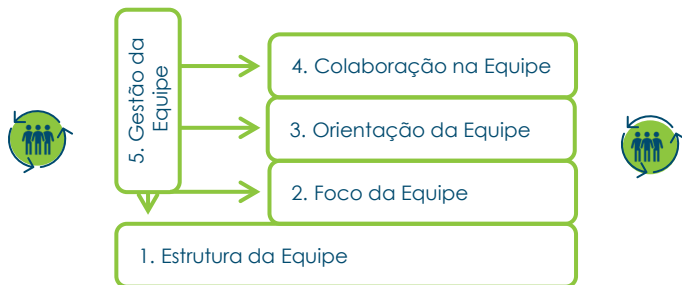
Trabalho de articulação para prestar e organizar o cuidado

Essa visão dualística é complementada com a **perspectiva do profissionalismo organizado**, que se concentra na relação negociada e recíproca entre as lógicas organizacional e profissional. Nessa perspectiva, os profissionais se engajam cada vez mais em novas questões organizacionais e as incorporam ao seu trabalho profissional.

INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL

Equipe Auto Gerenciada

Maior autonomia e responsabilidade sobre como eles trabalham juntos para alcançar resultados predeterminados.



As evidências sugerem que equipes superam os indivíduos

Uma das primeiras responsabilidades delegadas a equipe é gerar melhorias na qualidade e segurança.

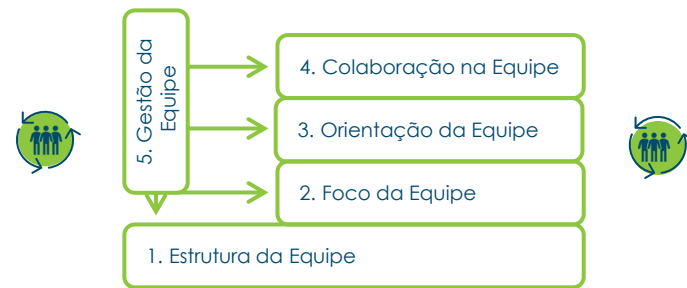
Como a tomada de decisões está próxima à fonte dos problemas operacionais e variações, uma rápida e eficaz resposta a condições incertas é possível.

Equipe Auto Gerenciada

Mesmo uma equipe autônoma em suas atividades e na tomada de decisões deve receber continuamente orientações de níveis superiores da organização.

Benefícios deste Modelo de Gestão:

- ✓ Menor burocracia;
- ✓ Autonomia do profissional do conhecimento;
- ✓ Rápida tomada de decisões;
- ✓ Aumento da motivação;
- ✓ Produtividade aumentada;
- ✓ Qualidade e segurança melhorada.
- ✓ Mais inovação.



PROTOCOLO CLÍNICO

“Tradução do conhecimento é definida como um processo dinâmico e interativo que inclui síntese, divulgação, troca e aplicação ética de conhecimentos para melhorar a saúde da população, proporcionando serviços e saúde mais efetiva, e fortalecendo o sistema de saúde.”

Canadian Institutes of Health Research

Por que a Tradução do Conhecimento é necessária:

- ✔ 1/3 dos pacientes recebem tratamentos sem eficácia comprovada;
- ✔ 1/4 dos pacientes recebem cuidados que não são necessários ou potencialmente nocivos;
- ✔ 3/4 dos pacientes não recebem informações necessárias para a tomada de decisão;
- ✔ Até 1/2 dos médicos não conhecem as evidências necessárias para tomada de decisão.

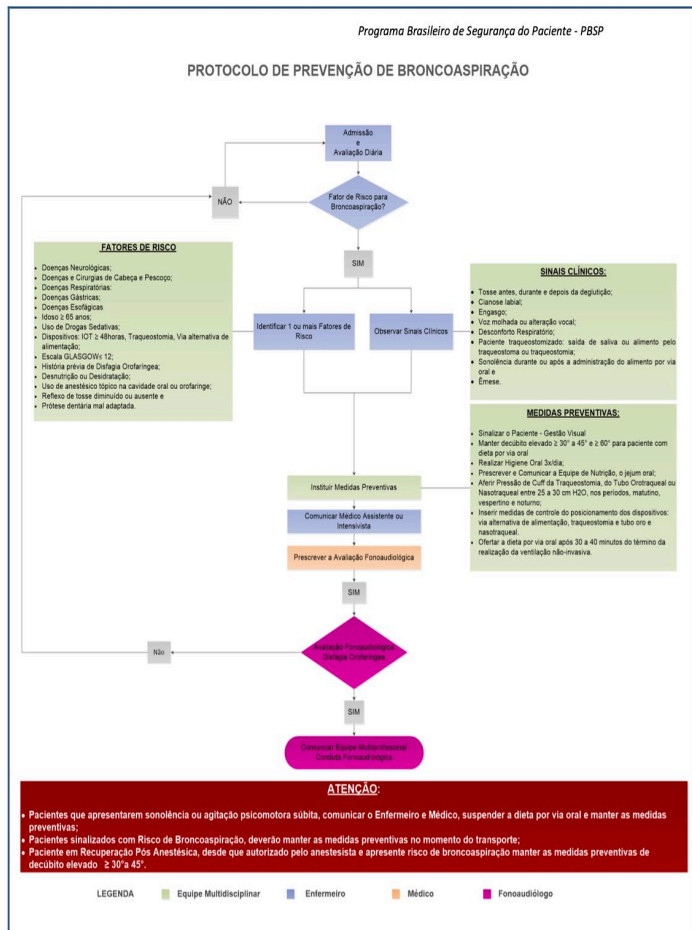
Canadian Institutes of Health Research

Práticas Recomendadas:

Para as melhores práticas, recomenda-se a **equipe multidisciplinar** que utilizem como **critérios de inclusão**: pacientes em ventilação mecânica por intubação Oro ou nasotraqueal ou traqueostomia, ventilação mecânica não invasiva, suporte de oxigênio e em ar ambiente.

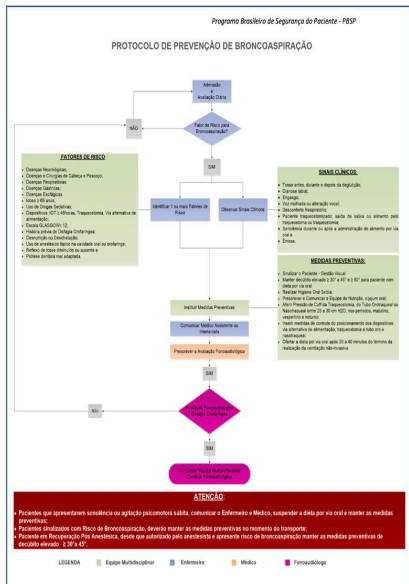
IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO:

1. Doenças Neurológicas;
2. Doenças e Cirurgias de Cabeça e Pescoço;
3. Doenças Respiratórias;
4. Doenças Gástricas;
5. Doenças Esofágicas;
6. Idoso ≥ 65 anos;
7. Uso de Drogas Sedativas;
8. Dispositivos: IOT ≥ 48 horas, TQT, Via Alternativa de Alimentação;
9. Escala GLASGOW ≤ 12 ;
10. História prévia de Disfagia Orofaringea;
11. Desnutrição ou Desidratação;
12. Uso de anestésico tópico na cavidade oral ou orofaringe e
13. Reflexo de tosse diminuído ou ausente
14. Prótese dentária mal adaptada.



Marcar pontos críticos e chaves no processo de decisão.

São pontos de vigilância constante.



MARCADORES

Taxa de Adesão a manutenção da cabeceira entre 30° e 45° e para a dieta por via oral $\geq 60^\circ$;

Taxa de Adesão à Higiene Oral 3x/dia;

Taxa de Adesão para a verificação diária da indicação de permanência da via alternativa de alimentação;

Porcentagem de pacientes com Avaliação Clínica da Deglutição em até 24 horas.

Indicador de Segurança do Paciente

Y.E.Emond, J.J. Stienen, H.C. Wollersheim, G.J. Bloo,
J. Damen G.P. Westert, M.A. Boormeester, M.A.
Pols,

Grau de Risco dos Pacientes



```
graph TD; A[Grau de Risco dos Pacientes] --> B[Identificar precocemente aqueles pacientes de risco elevado para determinados desfechos.]; B --> C[Ajuste de indicadores de desfechos pelo risco prévio do paciente];
```

Identificar precocemente aqueles pacientes de risco elevado para determinados desfechos.

Ajuste de indicadores de desfechos pelo risco prévio do paciente

Permitindo a melhoria da qualidade e da segurança

Os desfechos da prática assistencial devem ser ajustados pela gravidade do caso ou por condições próprias do paciente – **ajuste por risco.**

Definições Importantes

Desfecho = Σ (fatores de risco intrínsecos ao paciente, efetividade do tratamento, qualidade da assistência e o acaso.

Grau de Risco – características clínicas e outras que refletem a probabilidade do paciente vir a sofrer o desfecho do estudo.

Score de Risco – Fatores de risco específicos de cada condição existente na internação.

Efetividade da Prevenção

É curioso constatar como a ciência contemporânea se nega a chancelar como legítima qualquer forma de pensamento que não permita algum tipo de cálculo numérico comparado com um padrão.

Taxa de Efetividade

$$\frac{\text{Número de pacientes com risco / sem evento}}{\text{Número de pacientes com risco}} \times 100$$

Taxa de Prevalência

$$\frac{\text{Número de pacientes com risco}}{\text{Número total de pacientes}} \times 100$$

Tolerância ao Desfecho

Inaceitável

Eventos que acontecem em pacientes com baixa ou nenhum prevalência para o risco.
A ciência tem definido boas práticas para a prevenção.
Deve ser tratado como um evento sentinela.

Tolerável

Eventos que acontecem em pacientes com alta prevalência para o risco.
A ciência pode ou não ter definido boas práticas para a prevenção.
Deve ser analisado o evento e definido uma ação de mitigação.

PRINCÍPIOS DE UMA IMPLEMENTAÇÃO BEM-SUCEDIDA

Os “3Ps” da mudança que representa uma melhoria que agrega valor

Ovretveit 1999, 2003, 2004a, 2005a,b,c,d, 2007, 2009a,b,c.

Pessoas

Princípios

Processos

Pessoas

Envolve as pessoas certas do jeito certo em um processo estruturado de Implementação.

Princípios

Estabeleça objetivos gerais, objetivos intermediários e resultados.

Objetivo Geral : reduzir infecções relacionadas à assistência à saúde;

Objetivo intermediário: álcool gel para a higienização das mãos disponíveis à beira de cada leito;

Resultados: culturas positivas em doentes com baixo risco, medido mensalmente; taxa de pacientes com infecção associada à assistência à saúde abaixo da meta definida.

PRINCÍPIOS DE UMA IMPLEMENTAÇÃO BEM-SUCEDIDA

Princípios

Definir ações: defina ações para atingir cada um dos objetivos intermediários e combine quem faz o quê e quando (ações, responsabilidades e cronograma). Identifique fatores que ajudam ou dificultam a ação.

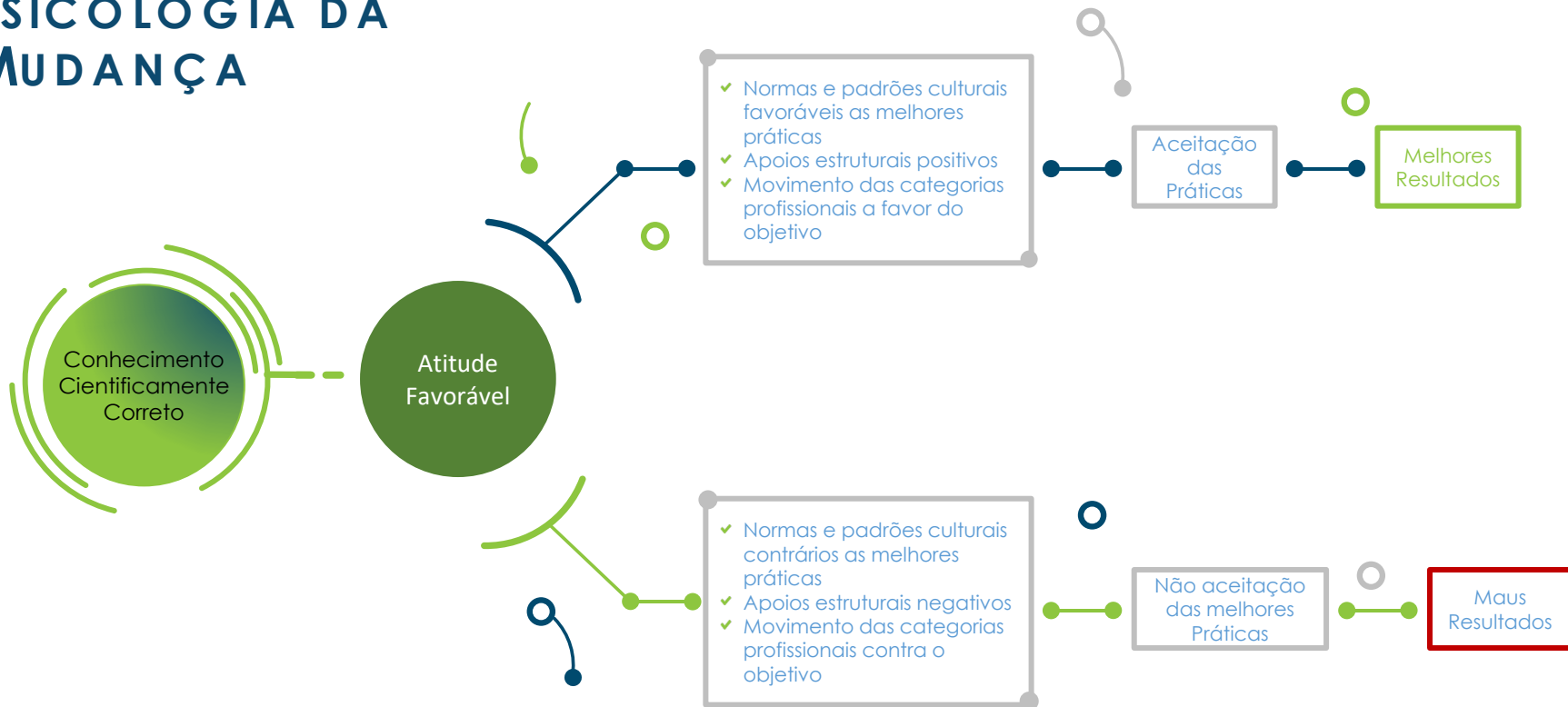
Começar em pequena escala, testar e disseminar.

Rever e ajustar: periodicamente, o gestor clínico deve rever e registrar as ações e o progresso em relação aos objetivos intermediários, comparando-os ao planejado anteriormente.

Processo

Essa etapa garante que a equipe planeje e execute a mudança de forma sistemática, obtenha retroalimentação acerca do progresso e das mudanças de contexto e utilize essas informações para fazer os ajustes necessários.

PSICOLOGIA DA MUDANÇA



Peter Block, "Cada pessoa é responsável pelos resultados e pela situação atual ... os resultados e a qualidade da cooperação ... são responsabilidade de todos".

PROTOS GERENCIADOS

A **Gestão da Clínica** pode ser conceituada como um conjunto de tecnologias de micro gestão da clínica, construído com base em evidências científicas e destinado a **prover uma atenção à saúde de qualidade**: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada (MENDES, 2011).

Como os profissionais foram treinados para a atividade?

Como os profissionais sabem que o resultado foi positivo?

Qual sistema de feedback estão implementados para guiar os profissionais?

O que os profissionais podem fazer com este conhecimento?

O que os profissionais podem mudar com este conhecimento?

O profissional pode identificar variações antes do protocolo ser executado?

Qual a motivação para executar o protocolo ou executá-lo bem?

Quanto conhecimento está disponível para o profissional realizar os protocolos?
É suficiente?

Depois de mais de 20 anos trabalhando a gestão de qualidade, reconhecemos que as barreiras à ousadia e velocidade são menos sobre os limites técnicos e mais sobre coisas como:

mentalidades em relação ao que é possível;

o que as pessoas estão dispostas a fazer;

o grau em que políticas implícitas ou explícitas retardam as coisas;

e cadeias de comando burocráticas.