QUALIHOSP – 2019 - CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE – FGVSAÚDE

O IMPACTO DE UMA EQUIPE DE GESTÃO DO CUIDADO MULTI, NA QUALIDADE ASSISTENCIAL DO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DA VILA MARIA BAIXA.

Carlos Frederico Dantas Anjos*, Mariane Rodrigues Cândido*, Juliana de Souza Severino*, Wellington Pagamonha dos Santos*, Nacime Salomão Mansur**.

* Pronto Socorro Municipal da Vila Maria Baixa

** Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

Introdução

Vivemos num cenário de crescentes gastos em saúde, grande demanda e limitações na oferta de serviços. A Organização Mundial da Saúde (OMS-PATH-2007), introduziu um sistema de avaliação de desempenho e análise de resultados visando a melhoria de qualidade dos serviços, com envolvimento da equipe de saúde, otimização de recursos, análise das informações, segurança do paciente, satisfação do usuário e gerenciamento do cuidado com base nas necessidades dos pacientes, eficiência e redução de riscos. No SUS, os serviços de urgências/emergências compõem a rede de atenção às urgências (Portaria MS Nº 1.600-2011), cujas diretrizes buscam ampliar o acesso, garantir a universalidade, equidade e integralidade, com atuação profissional e gestora em busca de qualidade. O Pronto Socorro Municipal da Vila Maria Baixa (PSMVB) é uma Unidade Pronto Atendimento, de complexidade intermediária, administrado pela Organização Social, Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). É capacitado para prestar atendimento resolutivo aos pacientes com quadros clínicos agudos ou agudizados e o primeiro atendimento nos casos cirúrgicos e/ou trauma, encaminhando os pacientes, após estabilização, para os serviços hospitalares de maior complexidade. Focando na gestão dos processos internos de trabalho, cuidado e da clínica, fluxos e regulação, foram implantadas tecnologias simples de micro gestão, como NIR, indicadores hospitalares, protocolos de regulação e o Time de Gestão do Cuidado Multiprofissional (TGC-Multi), possibilitando arranjos, pactuações e a co-responsabilização terapêutica e social, possíveis para o local.

Métodos

Para controle de gravidade, foi utilizado o MEWS (*Modified Early Warning Score*), escala de alerta que identifica precocemente sinais de deterioração clínica, baseado em dados vitais. No controle do tempo de permanência, foi utilizado o *Kanban*, com tempos de permanência de 6 horas (K-I), 12 horas (K-II) e 24 horas (K-III). Para controle dos tempos de espera na porta é utilizado a marcação diária, a cada 2 horas, com sinalização em placas de cores branca (até 30 minutos), cinza (de 30-60 minutos) e preta (acima de 60 minutos) nos atendimentos clínicos, pediátricos e medicações. Nos leitos de observação utilizamos os indicadores de taxas de ocupação, giro de leitos e média de permanência. Com a criação do NIR (Núcleo Interno de Regulação), foram implantados os protocolos de regulação de entrada e saída e realizado treinamentos em todas as UBS/AMAs/AME/CAPS da RASTS-VMVG. Organizado o NIR e criados os protocolos de regulação, pleiteamos junto ao Fórum de Saúde da Região Norte o acesso a Plataforma CROSS, passando a ser o primeiro PS isolado do Município de São Paulo a ter acesso a esta ferramenta fundamental de regulação do Estado de São Paulo. Em seguida, foi criado o Time de Gestão do Cuidado Multiprofissional (TGC-Multi), composto de um médico hospitalista, enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, assistente social e o plantonista administrativo do NIR, com *rounds* diários nos leitos de observação, para gestão da clínica e do cuidado, organização dos projetos terapêuticos singulares (PTS) e linhas de cuidados (LC) dos pacientes.

Resultados

Os resultados aqui apresentados refletem o perfil dos pacientes avaliados nas reuniões diárias do TGC-Multi. Destaca-se que 70% dos pacientes entram nos leitos de observação durante o dia, sendo 49% pela manhã-Figura 3. Por grupo de causas diagnósticas, predominam as doenças crônicas (52%), dentre elas as cardiovasculares (30%), sobre as doenças agudas (42%) - **Figura 4**. Pela necessidade de desenvolver a LC de Urgências/Emergências no PSMVB, foi implantado o protocolo e parceria entre a SMS-PMSP-Beneficência Portuguesa (BP) na LC-IAM-CSST, com regulação para a BP, após a trombolise no PS, com o objetivo de realizar a angioplastia secundária e quando possível a angioplastia primária - **Figuras 5-10**. O perfil de gravidade, por faixa do *MEWS*, e o perfil do *Kanban*, estão respectivamente nas **Figuras 11 e 12**, destacando-se que 18% dos pacientes tem *MEWS* superior a 3, comparado com 12% em 2016 e 15% em 2017. No *Kanban*, 58% com *Kanban II* e *III*, comparado com 37% no período de 2016/2017. Na **Figura 13** vemos que 48% não tem assegurado um apoio social adequado. Gravidade, tempo de espera e permanência e o apoio social são indicadores da necessidade de vigilância para se evitar superlotação. Quando vemos o perfil de pendências dos pacientes avaliados, bem como o PTS no início e final das visitas do TGC-Multi, destaca-se que 42% e 48% dos pacientes aguardam resultados de exames laboratoriais (**Figura 14, 15 e 16**), hoje o principal componente assistencial a impactar os tempos de permanência no PSMVB.

As **Figuras 15 e 16** mostram o avanço do percentual de altas do PTS inicial e final de 15% para 71%, sendo o mesmo nas altas estruturadas (referenciadas/agentadas) que crescem de 12% para 26%, mostrando a importância da atuação do TGC-Multi durante todo o plantão diurno. Dos pacientes transferidos, 22% são para hospitais de referência, destacadamente o Vermelhinho (HVMJS). Na **Figura 17**, vemos o perfil do tempo de permanência, por faixa de horas, destacando-se que 68% ficam menos de 6 horas e 95% até 12 horas. Nas **Figuras 18, 19, 20 e 21** os resultados de alguns indicadores hospitalares, destacando-se a diminuição importante dos tempos de espera, óbitos intra-PS (hospitalar) e média de aprovação de 98%. Nas **Figuras 22 a 25** avaliamos as transferências e recusas de pacientes das UBS/AMAs na RASTS-VMVG, dos leitos de observação e das remoções, com aumento das transferências e diminuição de recusas, crescimento dos pacientes em leitos de observação no PSMVB e diminuição das remoções para o Vermelhinho.

Conclusão

Na RASTS VMVG, o conjunto de serviços e equipamentos de saúde funcionam razoavelmente integrado, visando garantir a complexidade e integralidade do cuidado. A implantação de instrumentos de regulação e transferência de cuidado entre as unidades, nos diferentes níveis de atenção, tem permitido a continuidade do cuidado, o maior envolvimento dos profissionais, regulação e altas estruturadas, com avanços importantes no referenciamento e agendamentos na pós-alta.

Nesse período, tivemos resultados quantitativos e qualitativos importantes, fruto do trabalho em equipe multiprofissional integrado em rede. Numa unidade de urgências e emergências, a organização de fluxos e processos de trabalho considerando os componentes de entradas dos pacientes, processamento interno da gestão da clínica, gestão do trabalho e a regulação de saída, é fundamental para assegurar a qualidade do cuidado, a segurança do paciente, a resolutividade operacional e o controle da superlotação.

No PSMVB, houve uma mudança importante do perfil demográfico, de morbidade e gravidade dos pacientes atendidos, com pacientes idosos, com doenças crônicas agudizadas, convivendo, em situações de urgências/emergências, com pacientes adultos jovens, com patologias agudas, intoxicações exógenas e infecciosas. Essa mudança tornou necessária a introdução de ferramentas de gestão da clínica e do cuidado como o *MEWS* e o *Kanban*, a organização de protocolos de regulação de entrada (SAMU/UBS/AMAs/CAPS) e saída dos pacientes (HVMJS-Vermelhinho), a implantação do NIR, o acesso a plataforma CROSS, baseados em complexidade do cuidado, criticidade e disponibilidade de recursos. De forma articulada e integrada, organizou-se o atendimento de urgências/emergências na região, com melhorias significativas nos indicadores hospitalares de tempos de esperas, taxa de ocupação, média de permanência e mortalidade intra-PS, destacando-se o desenvolvimento da LC-RUE-IAM-CSST, uma parceria exitosa entre a SMS/PSMVB/BP. Estas mudanças foram fundamentais para organizar o serviço, possibilitando tempos de espera mínimos, fluxos suaves, qualidade assistencial e satisfação dos usuários.

Ficha do Resumo de Alta Estruturada

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL VILA MARIA BAIXA

RESUMO DE ALTA DOS PACIENTES EM LEITOS DE OBSERVAÇÃO NO PSMVB

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Unidade de destino: _____ Data da internação: _____ Data da alta: _____

Tempo de Permanência (Kanban): ☐ I (6h) ☐ II (12h) ☐ III (24h) ☐

NO: _____ CID Princ: _____

Condições: 1) _____ 2) _____ 3) _____

CIDSec: _____ CIDTer: _____

Motivo da internação (Resumo breve da história): _____

Evolução no PS (Resumo): _____

Orientação de alta (PTS): _____

Médico Hospitalista (CRM/Carimbo): _____