

28^a

Semana de Enfermagem

10 e 11 de
Maio de
2017

Hospital de
Clínicas de
Porto Alegre

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Escola de Enfermagem da UFRGS

Enfermagem e suas dimensões:

*A gestão do cuidado e
o impacto na saúde*

Anais



Fundação Médica
do Rio Grande do Sul



**GRUPO DE ENFERMAGEM DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS**

*Enfermagem e suas dimensões:
A gestão do cuidado e o impacto na saúde*

10 e 11 de maio de 2017

Local

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Anfiteatro Carlos César de Albuquerque
Porto Alegre – RS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Presidente

Professora Nadine Oliveira Clausell

Vice-Presidente Médico

Professor Milton Berger

Vice-Presidente Administrativo

Jorge Bajerski

Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Professora Patrícia Ashton Prolla

Coordenadora do Grupo de Enfermagem

Professora Ninon Girardon da Rosa

Coordenador do Grupo de Ensino

Professor José Geraldo Lopes Ramos

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor

Professor Rui Vicente Oppermann

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS

Diretora

Professora Gisela Maria Schebella Souto de Moura

Projeto gráfico, ilustração e diagramação

Gleci Beatriz Luz Toledo

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

S471e Semana de Enfermagem (28. : 2017 : Porto Alegre, RS)

Enfermagem e suas dimensões: a gestão do cuidado e o impacto na saúde; [anais] [recurso eletrônico] / 28. Semana de Enfermagem ; promoção e realização Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; coordenador: Marcio Wagner Camatta. – Porto Alegre : HCPA, UFRGS, Escola de Enfermagem, 2017.

Ebook

Evento realizado 10 e 11 de maio de 2017.

ISBN: 978-85-9489-066-5

1. Enfermagem - Eventos. I. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Grupo de Enfermagem. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. III. Camatta, Marcio Wagner. IV Título.

NLM: WY3

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

anteriormente, o acesso dos usuários às consultas programadas se dá mediante agendamento, que hoje vem migrando de sistema de agendamento em um único dia da semana para agendamento e atendimento diários, modificando a oferta de consultas médicas, de enfermagem, de nutrição, de serviço social, entre outras, na busca de ampliação do acesso, tendo como referência o sistema de acesso avançado em saúde. Segundo Vidal (2013), o acesso avançado é um sistema moderno de agendamento que consiste em agendar as pessoas para serem atendidas no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato do usuário com o serviço de saúde, pois tem como objetivo diminuir o tempo de espera por uma consulta e diminuir o número de faltas às consultas e aumentar o número de atendimentos da população. Apesar do referencial de acesso avançado tratar somente sobre acesso a consultas médicas, o principal desafio da UBS será organizar um fluxo de cuidado aos usuários numa perspectiva interdisciplinar, identificando as demandas e qual profissional da equipe será o mais indicado para avaliar e acompanhar o usuário e em que momento, frequência e intensidade isso irá se ocorrer. Conclusão: Diante destas discussões, destaca-se que os principais desafios na prática do acolhimento para o cuidado em saúde é a reversão e reinvenção dos modos de gestão e operação dos processos de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde objetivando: a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários; o protagonismo do sujeito “paciente”; a mudança de objeto da doença para o doente (sujeito); o aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários com elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles e; mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde (BRASIL, 2010, p.19). Palavra-Chave/ Descritor: acolhimento, atenção primária à saúde.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

MADEIRA, L. M. *et al.* Escuta como cuidado: é possível ensinar? *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007. 404p. p.185-198.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, set-out, 2004.

SILVA JÚNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. p.241-57. 320p. p.241-257.

BARRA, V. T. Acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, 2013. 86 p.

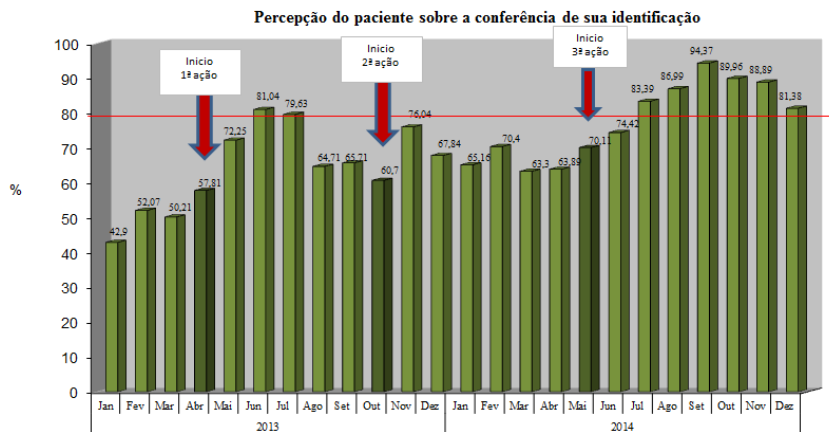
PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE A CONFERÊNCIA DE SUA IDENTIFICAÇÃO

Melissa Prade Hemesath

Introdução: A preocupação com a qualidade e a segurança nos serviços de saúde ocupa um espaço crescente na área de gestão em saúde. A busca de excelência na qualidade assistencial e a necessidade de oferecer um cuidado com minimização de riscos para os pacientes tornaram-se um grande desafio para as organizações de saúde em todo o mundo. As iniciativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), que culminaram no lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004, fortaleceram o movimento das organizações e instituições no sentido de

implantar metodologias para avaliar de forma sistemática os riscos à segurança dos pacientes nos serviços de saúde a fim de aumentar a qualidade do cuidado. Nesse sentido, ganhou força a implementação de indicadores para monitorar a qualidade e avaliar os resultados dos serviços oferecidos aos clientes nas organizações hospitalares. No ano de 2005, a OMS firmou parceria com a *Joint Commission International* (JCI) para a formação do Centro Colaborador dedicado à Segurança do Paciente, atuando no sentido de disseminar as seis Metas Internacionais para a Segurança do Paciente, dentre as quais são a Identificação correta dos pacientes corretamente. Essas metas vêm sendo implantadas mundialmente nos hospitais em processo de acreditação Internacional. Desde então, a recomendação da identificação correta do paciente passou a ser adotada como uma das metas para o alcance da segurança do paciente a nível mundial e, em 2013, foi formalizada como parte integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) no Brasil, o qual preconiza a promoção e apoio a implantação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e serviços de saúde. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) adotou o processo de identificação do paciente como iniciou suas melhorias. Objetivo(s): descrever o histórico da implantação de um indicador que avalia o processo de conferência da identificação do paciente pelos profissionais do hospital, relatando as estratégias desenvolvidas para o gerenciamento dos resultados deste indicador de qualidade assistencial e segurança do paciente. Desenvolvimento: Ao adotar o processo de identificação correta do paciente como Meta de Segurança, o HCPA passou por um processo de revisão de suas práticas, que iniciou em 2010 e continua a evoluir até os dias atuais. Definiu-se primeiramente que a instituição adotaria o nome completo e o número de prontuário como os elementos identificadores do paciente. Na sequência, foram adquiridas impressoras para gerar a etiqueta com os identificadores do paciente, que são coladas às pulseiras, de forma a padronizar o processo, que anteriormente era realizado de forma manual e errática. Depois disto, as demais etiquetas de medicamentos, rótulos de dietas, rótulos de exames e demais documentos do paciente, passaram a ter também estes identificadores registrados. Esta evolução ocorreu em meados de 2011. No início de 2012 padronizou-se os procedimentos de conferência da identificação do paciente, definindo que a conferência seria obrigatória antes da administração de medicamentos, dieta, sangue e hemocomponentes, coleta de exames e também antes da realização de procedimentos invasivos. Para acompanhar a adesão dos profissionais à rotina de conferência da identificação do paciente, o hospital criou um indicador de monitoramento, denominado “Percepção do paciente sobre a conferência de sua identificação”. Este indicador, que passou a ser mensurado no início de 2013, é coletado através de entrevistas com pacientes ou seus familiares/cuidadores, que são questionados se eles percebem que os profissionais comparam os identificadores antes dos momentos obrigatórios. Para a coleta da informação, são entrevistados diariamente 18 pacientes nas unidades de internação consideradas abertas. A amostra é aleatória. Quando o hospital iniciou o acompanhamento, em 2013, a meta estabelecida para o ano foi de 80% e o percentual médio atingido foi de 64,25%. Diante de resultados desfavoráveis no início do monitoramento do indicador, foi realizada estratégia educativa com a produção de um vídeo sobre as seis metas de segurança do paciente, ressaltando as rotinas para as metas, além da produção de cartazes educativos. Neste período, os resultados passaram de um resultado médio aproximado de 50% para em torno de 70%, o que foi considerado significativo, apesar de ainda ser um resultado abaixo da meta estabelecida. Um segundo momento educativo foi implantado em outubro de 2013, com a implantação de um curso na modalidade de Ensino à Distância (EaD), em que foram demonstrados todos os passos para o correto cumprimento da rotina de identificação do paciente. Ao final de 2013 os resultados apresentaram uma melhora, mas voltaram a cair no início de 2014, como demonstrado na figura 1.

FIGURA 1 Gráfico de evolução do indicador “Percepção do paciente sobre a conferência de sua identificação” no período 2013 a 2014.

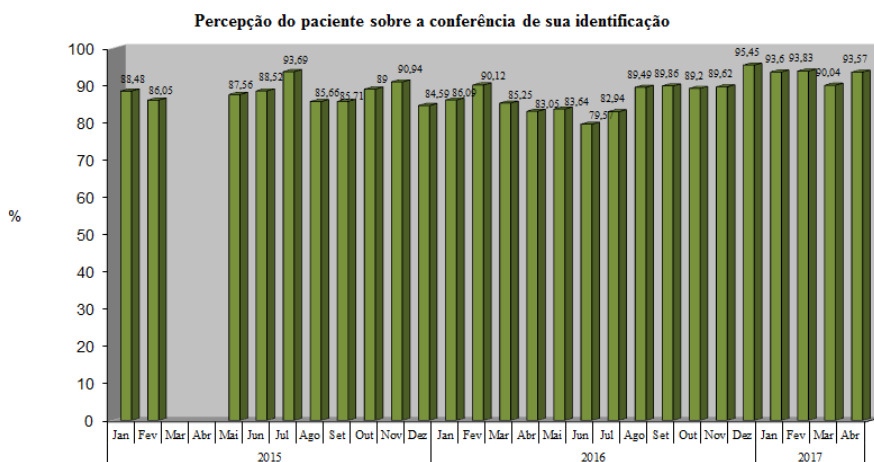


Fonte: coleta de dados do indicador – Programa QUALIS

Em maio de 2014 foi implantada a terceira estratégia educativa, que foi um curso elaborado também em EaD, cujo enfoque foi a sensibilização dos profissionais em relação à possíveis falhas na identificação do paciente e que acarretam eventos adversos aos mesmos. Foi então reforçada a rotina institucional. Após a aplicação deste curso, que atualmente conta com a participação de mais de 6 mil profissionais, residentes, estudantes e professores da instituição, os resultados começaram a melhorar, sendo que em 2014 a média de adesão atingida foi de 77,70%.

Para 2015 foi alterada a meta do indicador para 85% e o resultado atingiu o patamar de 88,02% (Figura 2).

FIGURA 2 Gráfico de evolução do indicador “Percepção do paciente sobre a conferência de sua identificação” no período de janeiro de 2015 a abril de 2017.



Fonte: coleta de dados do indicador – Programa QUALIS

Em 2016, utilizou-se como referência para o estabelecimento da meta o resultado médio verificado em 2015, que foi de 88% de pacientes/familiars que percebem que os profissionais conferem a identificação do paciente antes dos momentos obrigatórios. O resultado médio atingido foi de 87,02 em 2016, ficando um pouco abaixo da meta. Desde então, a meta de 88% foi mantida e, nos quatro primeiros meses de 2017 o resultado médio mensurado foi de 92,76%, superando a meta. Conclusão: o acompanhamento do indicador Percepção do paciente sobre a conferência de sua identificação subsidiou a equipe responsável por este processo a monitorar a adesão dos profissionais à rotina definida para a conferência da identificação nos momentos

obrigatórios, intervindo com ações educativas à medida que a adesão estava afastada da meta estabelecida. Este indicador passou a incorporar a lista de indicadores estratégicos do hospital, como uma ferramenta de monitoramento do objetivo estratégico da Cultura de Segurança dos profissionais da instituição. Atualmente o indicador também é estratificado por área onde é mensurado e as chefias fazem ações de reforço com suas equipes à medida em que a meta não é atingida na unidade, garantindo a contínua melhoria da qualidade e da segurança dos pacientes. Palavras-chave: Sistemas de Identificação de Pacientes; Segurança do Paciente; Indicadores de Serviços.

Referências bibliográficas:

1. World Health Organization (WHO). Patient Safety: Rapid Assessment Methods for Estimating Hazards. Genebra, 2003.
2. World Alliance for Patient Safety: Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
3. Joint Commission International. Patient Safety Goals Created. Joint Commission Perspectives. 2006; 26(2):8.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [internet]. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013 abr.[acesso 20 jun 2014] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
5. Hemesath MP, dos Santos HB, Torelly EMS, Barbosa AS, Magalhães AMM. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. Rev Gaúcha Enferm. 2015 dez;36(4):43-8. 43

A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM PARA A GESTÃO DO CUIDADO

Adriana Aparecida Paz

Introdução: A formação profissional em Enfermagem na graduação é pautada pela Resolução do Conselho Nacional de Educação (CNS) e Câmara de Educação Superior (CES) nº 03, de 7 de novembro de 2001 que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Enfermagem (DCN Enfermagem). Esse documento define os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros no âmbito nacional, para que ocorra a organização, o desenvolvimento e a avaliação dos projetos pedagógicos nas Instituições do Sistema de Ensino Superior⁽¹⁾. A proposição de carga horária mínima para o curso são 4.000 horas, para serem integralizadas durante cinco anos. Com base nesta Resolução supracitada, o Enfermeiro é um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, sendo este qualificado para o exercício de Enfermagem com rigor científico, intelectual e pautado em princípios éticos⁽¹⁾. Esse profissional Enfermeiro ao egressar do processo de formação tem que: a) ser capaz de conhecer e intervir sobre os problemas ou situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional e locorregional, identificando as dimensões biopsicosociais dos seus determinantes; b) ser capaz em atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano^(1:1). As competências e habilidades gerais a serem desenvolvidas ao longo da formação são: atenção à saúde; tomadas de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; e educação permanente⁽¹⁾. Os conteúdos essenciais para organização dos componentes curriculares devem contemplar as Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Humanas e Sociais; e a Ciências da Enfermagem que inclui Fundamentos de Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Administração de Enfermagem; e Ensino de Enfermagem. Objetivo: Contextualizar a formação profissional de enfermagem para gestão do cuidado em articulação entre ensino, pesquisa e extensão. Desenvolvimento: O curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre