

O Impacto do Estabelecimento da Linha de Cuidado Cirúrgico Eletivo em um Hospital Público no Arquipélago do Marajó

OLIVEIRA, C.C.M de; GOMES, R.X.S

Contexto

O Hospital Regional Público do Marajó (HRPM) localiza-se no município de Breves- PA, no arquipélago do Marajó, do qual tem os piores índices de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do país¹, é uma região com apoio logístico limitado, caracterizadamente o transporte fluvial é o principal meio de transporte. A unidade é referência de média e alta complexidade para 7 municípios do arquipélago, Anajás, Bagre, Breves, Curralinho, Gurupá, Portel e Melgaço² com IDHM de 0,418¹. A unidade atende nas especialidades com internação em cirurgia geral, ortopedia, obstetrícia, clínica médica e pediatria, possui 70 leitos, incluindo Unidade de Terapia

Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal, centro cirúrgico e obstétrico com 3 salas. Tem como característica atendimento exclusivamente SUS e administrado através de contrato de gestão entre a Secretaria de Saúde Pública (SESPA) e a Organização Social de Saúde (OSS) Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH)².

Problema

O hospital possui um perfil cirúrgico, sendo 75% da demanda em cirurgias eletivas, a média de cirurgias realizadas ao mês era 194 cirurgias (média do período de setembro a dezembro de 2018 - Gráfico 1)².



Gráfico 1: Número de Cirurgias Realizadas

O tempo de espera para acesso desde a indicação cirúrgica até a realização do procedimento era em média de 123 dias em cirurgia geral e 149 dias na especialidade de ortopedia (Gráfico 2), dentre os problemas apresentados a ausência de um fluxo de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo, tornava o atendimento pessoa-dependente, gerando uma quantidade de retornos a unidade que impactava diretamente, tanto pela logística, quanto pela questão de recursos, bem como o volume cirúrgico também era baixo se comparado a capacidade de produção da unidade. A demanda na região também era crescente, e não acompanhava a produção da unidade, resultando cada vez em um maior volume de demanda reprimida, o que se fazia necessário rever o planejamento da assistência prestada bem como a resolutividade dos casos em espera.

Avaliação do problema e análise das causas

Com o início do monitoramento do tempo de acesso à cirurgia eletiva, e o número de cirurgias realizadas, observou-se que a causa confluía para falta de estabelecimento fluxo padrão de atendimento para estes usuários, desde que o paciente saía da consulta com a indicação cirúrgica, o agendamento era realizado por cada profissional médico, não sendo monitorado pela unidade, não participando da gestão de leitos, ou do monitoramento do tempo de acesso pela unidade, assim sendo profissional-dependente.

Com isso iniciou-se a discussão objetivando definir um fluxo de atendimento eletivo único, com monitoramento por indicadores e tomada de decisão por gestores clínico.

Envolvimento da equipe

Discutidas as causas entre a alta gestão, foram realizadas reuniões com a média gerência assistencial da unidade e corpo clínico sobre porque, e como implementar um fluxo único de atendimento cirúrgico eletivo, cada área contribuiu com partes do fluxograma, foram realizados encontros no período de outubro a dezembro de 2018, no total foram realizados 6 versões do fluxograma para que se garantisse a entrega de resultados e a interação de todos os envolvidos. Estratégias de melhorias Dentre as estratégias foi a criação de um time de monitoramento composto pela alta gestão, média gerência e convidados conforme necessidade, este se reunia semanalmente para discutir os resultados entregues, cancelamentos e reagendamentos, além de capacitar a equipe assistencial e corpo clínico sobre projeto terapêutico do paciente cirúrgico eletivo, com metas pré e pós cirúrgicas, e foco na transição de cuidado e a comunicação efetiva, com as etapas de implantação avançando, o time construiu um modelo de gestão clínica, designando gestores específicos para pontos os nós da linha de cuidado cirúrgico eletivo, cada gestor específico

alimentava e analisava os indicadores definidos monitorando a melhoria.

Medições das melhorias

Foram realinhados indicadores de monitoramento do fluxo alinhados a estratégia do hospital, sendo eles: número de cirurgias realizadas ao mês (Gráfico 1), tempo de acesso ao procedimento cirúrgico (Gráfico 2), taxa global de infecção (Gráfico 3). No segundo momento desenvolveu-se um conjunto de sete indicadores para acompanhar a melhoria e os objetivos da linha sendo eles importantes feedbacks para o processo:

- Taxa de cumprimento do tempo proposto para avaliação pré-anestésica no ambulatório (7 dias).
- Taxa de cumprimento do tempo de Admissão do paciente eletivo (2h).
- Taxa de cumprimento de lateralidade cirúrgica.
- Taxa de conformidade do protocolo de Jejum.
- Taxa de adesão ao Check list de cirurgia segura.
- Número de incidentes na RPA.
- Taxa de cumprimento do plano terapêutico pós cirúrgico.

Tempo de Acesso à Cirurgia Eletiva

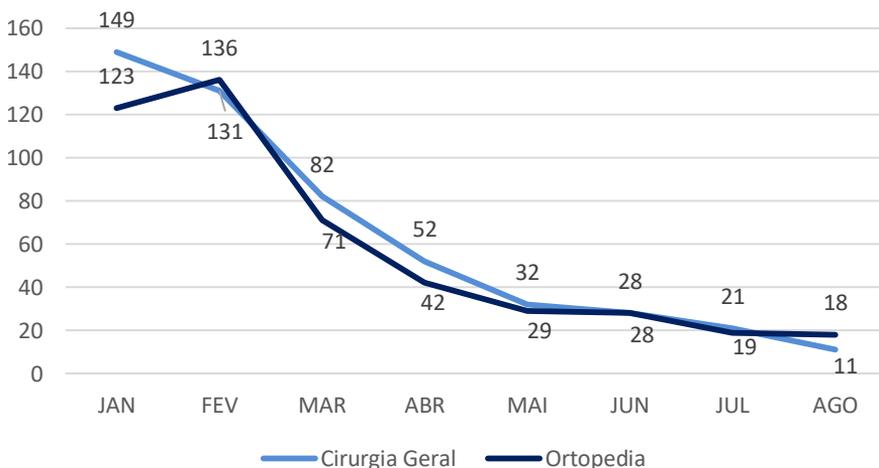


Gráfico 2: Tempo de Acessos à Cirurgia Eletiva em dias

Efeitos da mudança

Com o fluxo único para procedimentos cirúrgicos eletivos o grande objetivo da linha foi atingido, observou-se após 7 meses de monitoramento (janeiro a agosto de 2019) um aumento de 28% no número de cirurgias em comparação com o mesmo período de 2018, diminuição do tempo de espera de 149 dias para 18 dias na ortopedia, e de 123 dias para 11 dias na especialidade de cirurgia geral. (Gráfico 2). Repercutiu-se também no aumento do volume cirúrgico mas também garantindo a segurança e qualidade com diminuição das taxas de infecção hospitalar (Gráfico 3).

Como mudança também a na unidade instalou-se uma cultura de resolutividade ainda não vista anteriormente, com a definição do fluxo todos sabiam seus papéis e suas responsabilidades na linha de cuidado cirúrgico eletivo, cada um sabia o momento de iniciar e de finalizar suas prestações de assistência

colaborando com os papéis e as responsabilidades dos outros colaboradores, este efeito não foi previsto inicialmente, mas tornou-se a base para garantir o cuidado integrado ao paciente.

A definição de papéis de cada disciplina contribuiu substancialmente para a diminuição de não conformidades no processo, ao longo de das reuniões semanais e da análise de não conformes, as equipes multidisciplinares desenvolveram hábitos cada vez mais interdisciplinares integrando o cuidado e transformando o modo como as rotinas eram realizados, fato este que contribui muito para o cumprimento do protocolo de jejum, bem como aumento da adesão ao protocolo de cirurgia segura.

Outra mudança significativa foi na maturidade de resolução dos microgestores, que como sabiam exatamente o que era medido, e tinham definido suas responsabilidades, tomavam decisões imediatas contribuindo para diminuição do tempo de resposta a conflitos.

Lições aprendidas

A equipe aprendeu que como a variabilidade do cuidado era alta, impactava diretamente no resultado, a discussão sempre das reuniões eram sempre focadas em discutir o aspecto macro da linha, deixando as decisões sempre baseadas sempre em processo-dependente, desconstruindo a cultura de processo pessoa-dependente. Nestas lições aprendidas a criação do time de acompanhamento foi o grande ganho, permitindo um compartilhamento de desafios e

resultados não atingidos, facilitando o engajamento, interação e liderança entre as equipes gerando uma resolutividade desburocratizada, além de um modelo de gestão compartilhado entre papéis e responsabilidades.

Dentre as lições a de desenvolver pessoas foi a que mais contribuiu para sustentabilidade do projeto, de forma que o planejamento do cuidado, a tomada de decisão baseado em papéis e responsabilidades definidos, tornaram-se pilares do projeto.

Taxa Global de Infecção

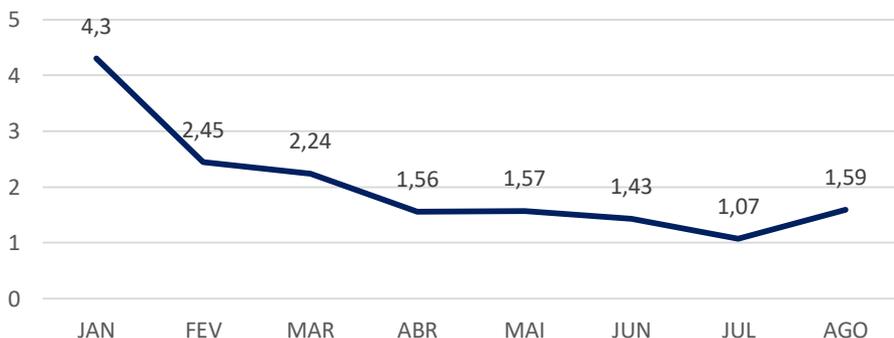


Gráfico 3: Taxa Global de Infecções

Conclusões

O estabelecimento de um fluxo de linha de cuidado mostrou-se uma ferramenta transformadora. objetiva e eficaz, não só em grandes centros, mas também em regiões remotas do Brasil, o trabalho em equipe fomentado por estratégias e objetivos, colocando o paciente no centro do cuidado, proporcionando um tempo de resposta e resolução mais específico e objetivo. Reduzir o tempo de acesso a um procedimento cirúrgico no SUS é superar expectativas, não só hospitalares, mas do sistema de saúde complexo o qual pertencemos, permitir o acesso da população ao recurso de uma forma integrada, dentre os mais 1.500 pacientes incluídos neste fluxo, ver estampado o sorriso no rosto de crianças, adultos idosos, acolhidos por um sistema com uma nova cultura, uma visão diferenciada e resolutiva no SUS, finalizando o histórico de pouca resolutividade.

Nos casos realizados faz-se notória um caso de uma criança, que devido a diagnóstico restrito de fratura exposta múltipla da tíbia, com indicação de amputação, devido ao funcionamento pleno do fluxo, conseguiu-se planejar desde o OPME, o material cirúrgico e o enxerto sendo um feito inédito na unidade, bem como a reabilitação da criança no seu município, sem a necessidade de transferência, proporcionando um ambiente junto a família permitindo menor tempo de recuperação.

Casos como este se repetiram ao longo dos meses, pois a possibilidade de planejar o melhor cuidado e a assistência mais adequada ao paciente, fato esse possível devido a grande interação dos entre as equipes assistenciais e apoio, o canal de comunicação se tornou claro e direto, e assim proporcionando um processo objetivo e focado não em ação-reação, mas em planejamento amplo de saúde em seu conceito mais abrangente: A **saúde** é um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Agradecimentos

Agradecemos todo o apoio da gestão do Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH,) assim como dos gestores e líderes do Hospital Regional Público do Marajó (HRPM), que não mediram esforços para apoiar os colaboradores do projeto e tornar realidade estes resultados em prol da população Marajoara.

Referências

1. IBGE, 2013 (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>)
2. SESPA, Contrato de Gestão 038/2015, 2015 (<https://www.indsh.org.br/mural-de-transparencia/>)
3. INDSH, Plano Estatístico HRP, 2018 (<https://www.indsh.org.br/mural-de-transparencia/>)
4. INDSH, Plano Estatístico HRP, 2019 (<https://www.indsh.org.br/mural-de-transparencia/>)