

Plano de Capacidade Plena do Hospital Geral do Grajaú



**Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês
IRSSL
Outubro/2019**

Gustavo Tricta Augusto Sica

Coordenador do Pronto Socorro Adulto

Renata Martello

Coordenadora do Núcleo Interno de Regulação

Ricardo Oliveira

Supervisor de Enfermagem do Pronto Socorro

Amanda Robledo

Superintendente Administrativa do HGG

Eduardo Bianchi Zamataro

Superintendente Médico do HGG

Michele Malta

Superintendente Assistencial do HGG

A superlotação nos serviços de emergência ocorre quando a demanda por atendimento supera os recursos disponíveis no setor, com ocupação de todos os leitos no pronto-socorro e expansão desorganizada de macas para os corredores.

Causas:

Problema de entrada

Tempo de permanência

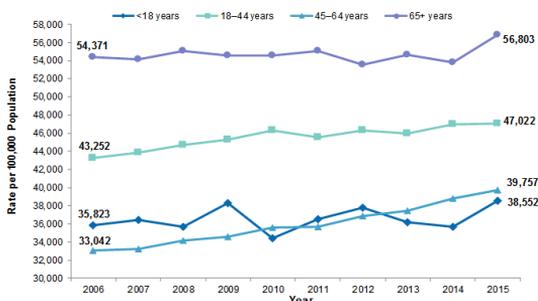
Saída hospitalar

NHS crisis: 20 hospitals declare black alert as patient safety no longer assured

Cancer operations were cancelled and a birthing centre closed last week as hospitals declared top level alert to cope with overcrowding



▲ People waiting on trolleys, yesterday evening, in the A & E department of the Royal Gwent Hospital in Newport, South Wales. A cancer specialist at an Essex trust said they had never seen so many cancer operations cancelled. Photograph: Lucinda Houghton



Taxa de Visita ao serviço de emergência, por 100.000, segundo grupo de idade – 2006-2015

Essa situação não é restrita ao Brasil: mais de 90% dos departamentos de emergência nos Estados Unidos informaram superlotação, e existem desafios semelhantes no Canadá, Austrália, Europa e América Latina, geralmente causados por problemas como: aumento da demanda, escassez de médicos e prestação de atendimento de emergência para uma população cada vez mais envelhecida e doente.

Contexto:

O Hospital Geral do Grajaú é um Hospital Secundário no extremo sul de São Paulo, onde atendemos cerca de 14000 pacientes por mês em nosso Pronto Socorro Adulto, com cerca de 1700 internações, dispomos de 240 leitos cadastrados no CNES mas trabalhamos com 340 leitos operacionais. Habitualmente estávamos acima da capacidade, com pacientes alocados nos corredores do Pronto Socorro.

Os pacientes com indicação de internação, mas sem leitos suficientes para aloca-los, eram acomodados nos corredores do Pronto Socorro à espera do leito. Recursos como exames, avaliações, medicações e problemas sociais retardavam a saída do paciente. A equipe trabalhava insatisfeita por não atender com qualidade, pela superlotação e excesso de trabalho.

Problema:

Os pacientes com indicação de internação, mas sem leitos suficientes para aloca-los, eram acomodados em corredor à espera do leito. Recursos como exames, avaliações, medicações e problemas sociais retardavam a saída do paciente. A equipe trabalhava insatisfeita por não atender com qualidade, pela superlotação e excesso de trabalho.



Durante a implementação do Lean nas Emergências, projeto do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) do Ministério da Saúde (MS) junto ao Hospital Sírio Libanês, diversas ações foram pensadas e implantadas, mas com certeza a de maior impacto foi o Plano de Capacidade Plena.

O Protocolo de Capacidade Plena (PCP), conceito proposto inicialmente por Peter Viccellio, se propõe alocar leitos extras temporários nas unidades de internação para os pacientes enquanto esperam por um leito, otimizando todas as ações pendentes diminuindo a ociosidade, “aproveitando” melhor o tempo.

Avaliação do problema e análise das causas:

Os pacientes internados no HGG tem prescrição de Medicações, Exames, Procedimentos Cirúrgicos e alta, e os processos não eram realizados de maneira adequada, seja por atraso das equipes, falta de materiais, falta de leitos, problemas sociais e o academicismo se sobrepondo ao assistencialismo, levando a equipe a trabalhar sempre muito próxima ao limite, com internações prolongadas com insatisfação da equipe e dos pacientes.

Envolvimento da equipe:

Os profissionais que foram envolvidos foram: Supervisão de Enfermagem do Pronto Socorro, Coordenador do Pronto Socorro, Coordenadores Médicos de Especialidade, Supervisor de Enfermagem do Centro Cirúrgico, Supervisor de Enfermagem das Enfermarias, Núcleo Interno de Regulação, Nutrição, Manutenção e Engenharia Clínica, Farmácia, Almoxarifado, CCIH, Chefe Médico de plantão, Supervisores administrativos, Comunicação e Superintendências. Começamos a definir as ações necessárias para que o “paciente certo” estivesse lotado no “local certo”.

Estratégia de melhorias

Observamos que as ações eram inter-dependentes mas eram particulares a função de cada profissional que trabalha no hospital.

Visando a facilitação da execução dos processos, foram criados CARTÕES DE AÇÃO por atividade profissional, com a definição de metas de tempo para execução destas ações.

Para verificarmos se estávamos no caminho certo planejamos a execução de uma Simulação do Protocolo de Capacidade Plena, para tanto, envolvemos todo o Hospital, e em um dia normal, acomodamos estudantes como pacientes internados, criamos casos clínicos similares aos reais, que foram afixados com os atores, deixando o hospital em lotação máxima, forçando a execução das ações como planejadas. Fizemos, portanto, o primeiro simulado do Plano de capacidade Plena do país. No simulado, cada ator tinha um “sombra” que tinha como papel anotar as ações realizadas através de check-list pré-definido.

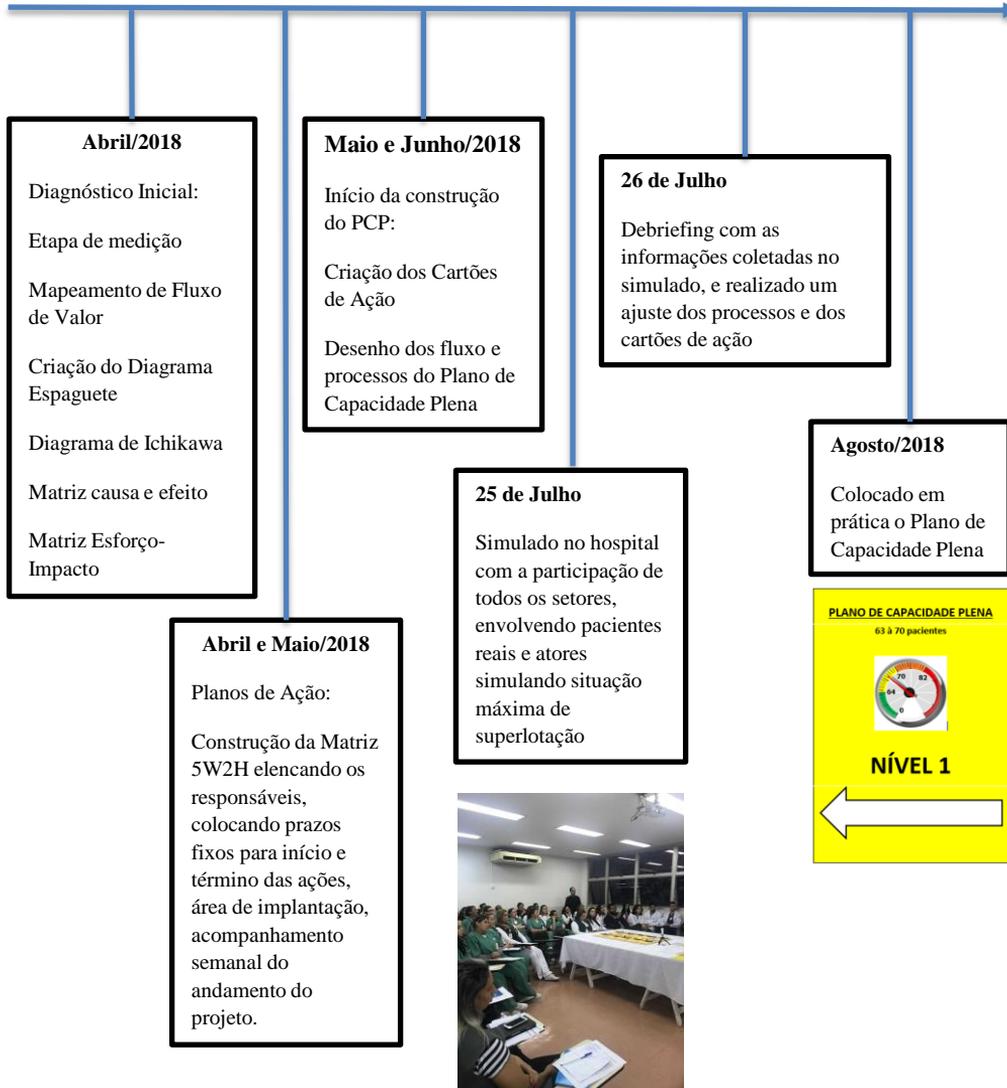


Após o simulado, realizamos um Debriefing onde foram levantados os pontos de sucesso e de possíveis melhorias, e partir daí foi finalizado o Protocolo.

O grande diferencial do Plano de Capacidade Plena é que ele envolve TODO o Hospital, desde o PS propriamente dito, quanto a manutenção, laboratório, enfermarias, centro cirúrgico, Superintendência, ou seja, o problema do PS superlotado, não é do PS, mas sim de TODAS as equipes do hospital.

Linha do Tempo

2018 2019



Intervenção:

- Equipe do PS identifica superlotação (acima de 62 pacientes internados) - Acionamento do PCP
- Central de comando (Núcleo Interno de Regulação – NIR) convoca os envolvidos (SCRIPT)
- Equipe segue SCRIPT, beira leito, otimizando as condutas, colocando o paciente certo no lugar certo, utilizando-se de “leitos extras” nas enfermarias e centro cirúrgico.
- Reavaliação de todos os pacientes ainda internados em Pronto Socorro, com nova otimização das condutas.

Resultados

O primeiro resultado apresentado são os cartões de ação.

Esses cartões permitem ao líder do plano de capacidade plena, gerenciar se as entregas estão sendo feitas.

Os pacientes que excedem a capacidade máxima foram divididos em três níveis: Nível 1 de 62 a 70 pacientes, nível 2 de 71 a 82 pacientes e nível 3 acima de 83 pacientes.

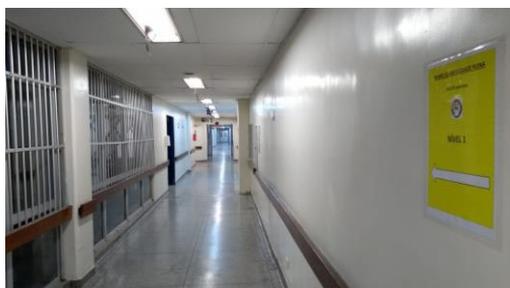


O objetivo do Plano de capacidade plena é a redução de um nível a cada 6h objetivando retornar ao nível zero.

Em um ano de aplicação do plano de capacidade plena, ele foi acionado 18 vezes: 14 vezes nível 1, 3 vezes nível dois e uma vez nível três. Em todos os acionamentos tivemos sucesso no objetivo proposto. Faz parte do plano de capacidade plena toda vez em que for acionado em nível três, deve ser realizado uma reunião envolvendo o maior número de profissionais atuantes possíveis, para revisão dos cartões de ação e verificação se os scripts foram seguidos a risca.

O que podemos observar é que os corredores do hospital ficaram mais vazios mostrando que o paciente certo estava no lugar certo, com isso a equipe trabalha mais feliz, com condições de prestar uma assistência de qualidade aos pacientes. O índice de absenteísmo caiu e o Turn Over de funcionários no Pronto Socorro também diminuiu.

O plano de capacidade plena foi uma das ferramentas utilizadas para conseguirmos uma redução da taxa de mortalidade institucional de 5,69 para 4,32, ou seja 24% de redução. Conseguimos também uma redução na média de permanência de 5,8 para 5,3 a despeito de um aumento de 10% no número de internações hospitalares.



Conclusão

Observando a realidade dos hospitais, devemos concluir que todo hospital deveria ter um plano de capacidade plena, assim como deveria ter um profissional com formação em Lean Six Sigma.

Toda a equipe desde os profissionais da ponta até o nível gerencial, devem estar envolvidos no plano de capacidade plena.

A utilização dos cartões de ação, facilita a execução do plano de capacidade plena, sendo utilizado como um “lembrete” e como um check list para o profissional e o líder.

As reuniões de “debriefing” são fundamentais para manter o plano de capacidade plena atualizado e efetivo.

O Plano de Capacidade Plena, associado a outras ferramentas de governança clínica possibilitaram ganhos clínicos evidentes, melhor alocação de recursos, introdução de protocolos clínicos e um melhor cuidado ao paciente associado a uma administração com melhor custo efetividade.

