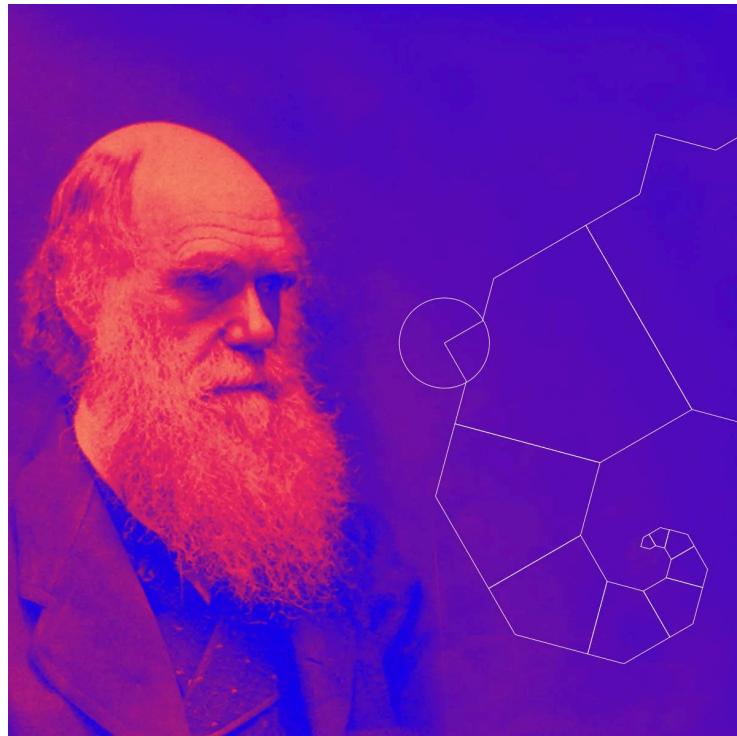


Contribuições da economia diante da crise internacional

September 14, 2020

Categories: Artigos

Tags: gestão hospitalar, inovação, mindset, mudança, opuspac



A economia é importante, SIM, mas não poderá resolver todos os problemas desta crise, que teve seu ápice com a Pandemia, mas que já havia dado vários sinais de que estava se formando muito antes do COVID.

Os *smartphones* para pronto uso nas mãos de 6.000 milhões de pessoas, trouxeram um nível de transparência que expôs a desigualdade existente em muitos países.

E o que acontece? O mundo não se sustenta com tanta transparência, fato pelo qual anos atrás, os conflitos sociais se agravaram. Em resposta à essa transparência os fortes líderes populistas apareceram para oferecer o que o povo deseja. "Isso resolve o problema para mim e pronto!", e isso aconteceu em muitos países e não é assim simples e fácil de resolver.

São problemas em vários setores sociais e econômicos: direitos, liberdade, desigualdade, privacidade e outros.

No meu entender os "direitos iguais para todos" devem ser trocados por "oportunidades iguais para todos". Essa utopia está ainda mais longe da igualdade econômica, que muitos procuram.

Devido ao grave problema do desemprego, que certamente virá agora no período pós-pandêmico, estaremos entrando num "período da desavença", onde deixaremos de focar no vírus e passaremos a nos preocupar com problemas mais amplos. Outras crises virão.

A pandemia funcionou como um grande catalisador para os fatores que já estavam em ação: grandes mudanças tecnológicas e a concentração de poder correlativa.

A alocação universal de recursos será o próximo passo obrigatório para muitas sociedades, embora nem sempre possa ser aplicada devido à falta desses mesmos recursos. Alguma solução disruptiva terá de ser aplicada, para aqueles que nunca mais terão um emprego.

Sob o contexto desta reunião internacional com especialistas de 20 países e a participação de mais de 10.000 ouvintes, Victor Basso fez referência ao período pós-pandêmico e suas considerações.

E para ilustrar, quero contar uma história:

Era o ano de 1900 em Londres os proprietários de carroças puxadas por animais fizeram uma longa greve. A reclamação era por causa do uso de motores nas carruagens, o que criou uma concorrência desleal, disseram. O resto da história já

sabemos.

Resumindo: **Resistir à mudança não nos traz nenhum progresso. Temos que nos adaptar.**

Vale a pena lembrarmos **Charles Darwin**:

"As espécies que sobrevivem não são as mais fortes, nem as mais rápidas, nem as mais inteligentes, mas sim as que melhor se adaptam às mudanças".

A situação mudou os mercados. Não existem apenas setores que estão ameaçados de desaparecimento. Os requisitos dos clientes em todos os mercados foram modificados, embora ainda não percebamos.

Não basta comprar uma câmera de vídeo para o seu computador e com isso pensar que já entrou no novo mundo digital. Nenhum aparelho, embora necessário, resolve isso. A telemedicina vai ajudar o setor da saúde, mas não é toda a mudança de que o setor precisa. A visão do mundo e da gestão (*mindset*) deve ser mudada.

Temos que ampliar o campo de estudo e ver a mudança filosófica para incluí-la em nosso sistema adaptativo.

As ferramentas nos fazem mudar, mas só mudar as ferramentas e os dispositivos não é o necessário para entrar no novo estágio. Isso requer uma mudança de paradigma na maneira como você vê o mundo.

Se tudo mudou, temos que assumir que não sabemos mais exatamente o que os clientes desejam. Claro que existem fatores básicos, que são atemporais e não mudam, mas não sabemos como eles se traduzem em outros tipos de requisitos.

Se não mudarmos a forma como interagimos com os clientes, não haverá melhorias. Precisamos dessa comunicação bidirecional: falar e ouvir. O meio não importa, pode ser digital. Entrar na fase Indústria 4.0 implica ter uma comunicação direta com o cliente com maior qualidade e valor, para ambas as partes.

Ouvir, imaginar uma solução, montar um teste de mercado, coletar as informações e repetir o ciclo é o caminho. Isso já existia, mas o que mudou foi a velocidade da iteração. Em vez de uma vez por ano, você deve fazer isso uma vez por mês.

Inteligência artificial, *big data*, *blockchain*, transformação digital, realidade virtual, etc., são tecnologias. Quem tem uma mentalidade adequada para seu uso, as aproveita e as aplica integralmente dentro de um modelo de negócio. Qualquer um deles encapsulado em uma matriz de negócios sem mudança cultural, não significará muito. Os gerentes ficarão satisfeitos por terem realizado mudanças. Mas eles estão errados. Esse não é o caminho.

A verdadeira mudança é a criação de uma cultura dentro da empresa que se adapte à nova realidade.

E qual é a nova realidade? Bem, todo mundo tem que descobrir isso, em seu setor.

Os chamados "setores da vida", indústrias de alimentos, agricultura, saúde e educação serão os que sofrerão menos impactos juntamente com as de automação e digital.

As de intermediação sem valor agregado significativo serão as mais afetadas.

Esta crise revelou nossa fragilidade, num mundo muito mais complexo e chegamos à convicção de que existem cisnes negros. Agora começamos a acreditar que a próxima crise chegará e provavelmente está relacionada às mudanças climáticas.

Durante crises agudas, o primeiro objetivo é sobreviver. Quando ela terminar, o objetivo é crescer por meio de uma estratégia máxima. Quero pensar com uma visão otimista que depois de um longo reajuste, passaremos para um estágio muito melhor em termos evolutivos.

Portanto, o mais adequado agora será fortalecer nossa segurança pessoal e social.

Ou, como diz **Sun Tzu**, **"Colocar-nos além da derrota"**.

Em muitos países, o Estado se retirou. A pandemia nos levou a pensar que o Estado precisa crescer. Não precisamos de um Estado maior, o que precisamos é de um Estado mais eficiente.

Antes da pandemia, o mundo já estava em profundas mudanças.

A China em expansão, os Estados Unidos em contração e deixando livres algumas vagas que muitas vezes são ocupadas por terceiros (Rússia). A Alemanha lidera facilmente nesta Europa, onde muitos duvidam das vantagens colaborativas. A transição de um modelo para outro cria um vácuo de poder angustiante. A África e os países da rota da seda serão os favoritos para crescer. A América Latina não tem o poder de perturbar a paz mundial, por isso continuará a ser um ator coadjuvante.

Francis Fukuyama nos mostra como o progresso das nações tem suas condições e uma delas é a previsibilidade, pelo respeito às leis.

Nenhum país, nem grupo humano, progride se não tiver uma estrutura de liderança bem constituída, orientada ao bem comum e regida por leis que todos aceitam e respeitam (VEB).

Um problema exponencial não é resolvido apenas por soluções evolutivas.

Nosso erro hoje é pensar que com a vacina tudo volta ao normal. O rio não passa duas vezes pelo mesmo lugar.

Precisamos pensar em uma nova utopia, que possa ser alcançada, para esse mundo globalizado.

Leia mais sobre Desafios na Gestão Hospitalar: [Clique Aqui](#)



Victor Basso

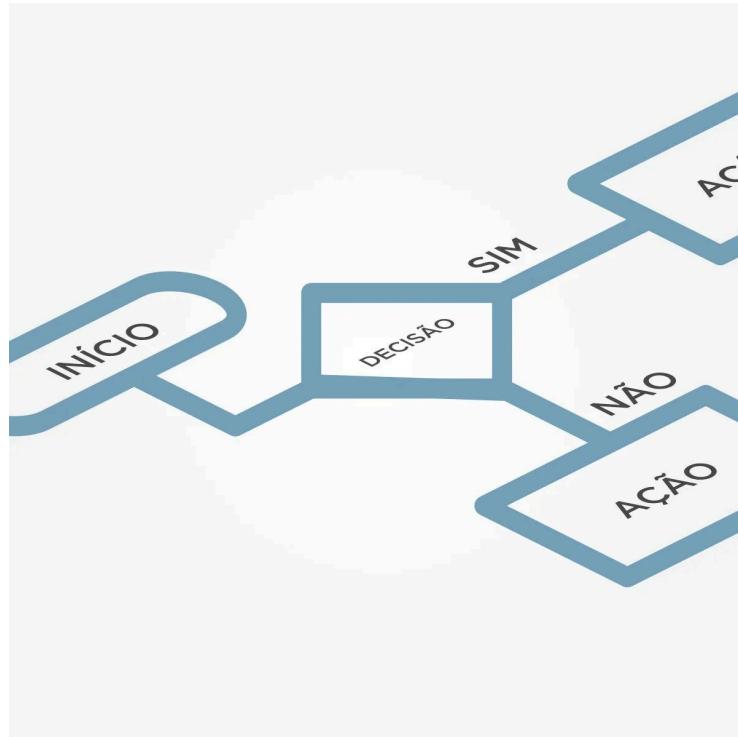
Diretor de **Opuspac Ltda.**

Opuspac University (universidade corporativa – braço educacional da Opuspac Ltda)

Como Melhorar Processos

November 30, 2020

Categories: Artigos



1 Introdução

O gerenciamento por processos é que define o passo a passo das atividades chaves da empresa. Ele avalia a efetividade das rotinas, dos procedimentos e consegue visualizar os melhores pontos de melhorias e de vulnerabilidade nos processos.

As organizações necessitam de processos estruturados, organizados e orientados por gestores.

Todas as atividades da empresa precisam ser tratadas como uma cadeia de processos que geram valor.

2 O conhecimento do Erro

Os Eventos Adversos são falhas que não deveriam acontecer durante os cuidados prestados por um serviço de saúde.

Os principais Eventos Adversos estão relacionados aos medicamentos, à falta de identificação do paciente, procedimentos errados e infecções.

Independentemente do tamanho do hospital ou do número de funcionários, do tipo de serviço prestado, do corpo clínico ou da gestão, os Eventos Adversos acontecem diariamente (saiba mais: <https://opuspac.com.br/artigos/evento-adverso-e-um-erro-com-dano/>).

As diferenças entre as instituições são a frequência e a gravidade das falhas. Que estão diretamente ligados à maneira que elas encaram o ocorrido e como lidam com eles.

Os hospitais mais seguros são aqueles que além de detectarem os erros conseguem tratá-los e se recuperarem dos danos causados por eles. E além disso possibilitam ter aprendizado organizacional a partir da experiência.

É fundamental conhecer a instituição.

As questões da figura 2.0 direcionam por onde iniciar:

Qual o perfil dos colaboradores e pacientes?

Quais as doenças mais prevalentes?

Quais as principais limitações e desafios da organização?

Figura 2.0: Questões por onde iniciar

As anomalias, os eventos sentinelas, as reclamações e os retrabalhos precisam de atualizações constantes. E através dessa melhoria contínua problemas serão corrigidos diminuindo as não conformidades e insatisfações.

Um ambiente de trabalho:

- Seguro, adequado e agradável;
- Com treinamento e capacitação das equipes (aplicados pelas pessoas certas e com o conteúdo certo);
- Com Procedimentos Operacionais Padrão (POP) claros e muito bem definidos
- Com atenção para a opinião dos pacientes e
- Sem sobrecargas de trabalho;

possui ações preventivas que eliminam tarefas desnecessárias e falhas.

Uma organização que opta por ter qualidade procura por transformações essenciais como a sustentabilidade, a prevenção, a inovações e o foco nos pacientes.

Os resultados de sucesso se tornaram motivos de competitividade.

Ações e posições socioculturais dos gestores hospitalares alinhadas e com foco nos pacientes, hoje determinam a qualidade escolhida pelos serviços de saúde.

Mapear e explicitar os vários processos permite visualizar a situação real dos problemas, o entendimento de cada um para priorizar por onde começar.

3 Qualidade nos Processos

Para uma revisão de processos menos demorada é necessário mudanças comportamentais nas organizações.

É preciso total apoio da alta gerência do hospital aos protocolos de segurança, engajamento dos múltiplos profissionais que irão vivenciar, defender e gerar a segurança nos protocolos, além de uma visão ampla dos processos adequados na busca de uma melhor e mais completa reconstrução dos diversos processos hospitalares.

Por isso quem deve encabeçar essa mudança no processo é o profissional da ponta, que conhece muito bem o que é melhor ou não para chegar ao objetivo da organização.

Wiliam Edwards Deming, pai do controle de qualidade aplicado na indústria, diz que 85% a 95% dos problemas são falhas nos processos e não nas pessoas e o mesmo se aplica na saúde. Porém as pessoas fazem os processos, e isso confirma ainda mais a necessidade de saber qual o motivo do erro. Pois infelizmente muitos processos levam aos erros.

James Reason, também conhecido por mencionar que os erros normalmente são consequências do sistema. Divide os erros como *Ativo* e *Latente*, onde o erro ativo normalmente é a consequência de erros latentes, que não foram vistos e não foram criadas barreiras para evitá-lo de acontecer.

Muitos investimentos tecnológicos têm como objetivo aumentar a eficiência das operações, porém, diversas vezes apenas a automatização dos processos existentes não evolui a realização das operações.

A revisão de processos pode aumentar muito a eficiência dos hospitais. Mas enquanto isso, promover pequenas mudanças no dia a dia das organizações já é capaz de salvar vidas! Pequenas barreiras já são capazes de melhorar a execução do trabalho e impedir um erro.

A verdadeira melhora de resultados é atingida ao trabalhar, nos processos e nas pessoas, eles são os principais responsáveis pela melhoria de eficiência da operação.

4 Atenção aos Processos

Desde o primeiro contato do paciente, marcando consultas ou sendo atendido na recepção os processos já são de grande importância.

O caminho do paciente pelo hospital é longo, envolve diversos profissionais e áreas.

Pela visão dos custos é ainda mais extenso, pois se iniciam antes mesmo de os pacientes entrarem nas instituições, através de contratos com as asseguradoras ou pelo SUS. E mesmo depois das altas dos hospitais serão feitos repasses.

A sincronização dos dois caminhos possibilita eficiência e satisfação. Por isso todo hospital deve estar junto, assim facilita a fluidez dos processos e amplia a visão do hospital, sendo o paciente o centro e não mais se importando apenas com as operações. Isso assegura a qualidade, a segurança e a eficiência dos atendimentos.

Problemas como demora de atendimento, itens não lançados nas contas dos pacientes, demora da entrega de medicamentos pela farmácia, demora no processo de compras, devolução de medicamentos são exemplos que merecem uma revisão para deixarem de ser gargalos, atrasos, retrabalhos que direta ou indiretamente irão gerar prejuízos.

Localizar esses fatores são necessários para melhoria.

Na figura 4.1 algumas questões que auxiliam na função dos processos:



Com essas perguntas será maior a oportunidade de identificar possíveis aprimoramentos nos processos e eliminar o que não agraga valor.

A gestão dos processos permitirá além de prever possíveis erros e problemas, controlar e avaliar o seu progresso, controlar custos e desenvolver uma visão mais sistêmica.

As melhorias de operação serão refletidas para diminuir erros, maior satisfação do paciente e diminuição de custos.

Através do Mapeamento de processos, fluxogramas e do Diagrama de SIPOC será possível iniciar uma abordagem de processos.

4.1 – Mapeamento de Processos

Permite ter uma visão geral da atividade possibilitando uma melhor análise.

Através dele será possível definir atividades chave e medidas de desempenho em uma representação visual das atividades.

- Apresenta informações operacionais e administrativas;
- Permite visualizar onde e porque os recursos são consumidos;
- Elimina atividades que não agregam valor.

O mapeamento de processos possibilita diminuir a complexidade dos processos e análise das informações.

Nessa análise aconselha o uso da ferramenta PDCA (disponível com mais detalhes no texto ferramentas da qualidade parte 1).

O exemplo da figura 4.2 apresenta como deve ser um processo:



4.2 Fluxograma

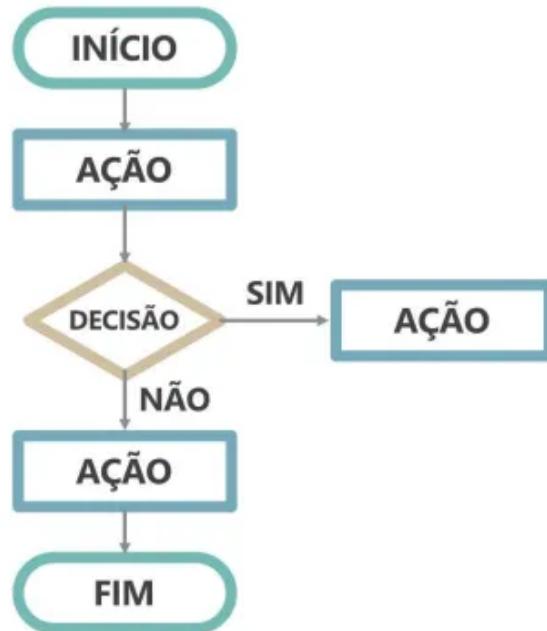
O fluxograma descreve e apresenta um processo existente através de gráficos. Garante a qualidade do processo e aumenta sua produtividade.

Facilita a compreensão dos processos organizacionais usando símbolos simples, linhas e palavras de forma a apresentar as atividades e a sequência no processo.

Permite visualizar e analisar a relação entre os departamentos, atividades, fluxos e informações referente as mudanças propostas.

Define a relação de cliente e fornecedor.

A figura 4.3 descreve um fluxograma:



4.3 Diagrama de SIPOC

Auxilia na visualização dos negócios por processos.

A sigla SIPOC vêm do inglês, na figura 4.4 apresenta seus significados:



Figura 4.4 – SIPOC

Esse diagrama deve ser usado quando, alguns dos itens abaixo, não está claro:

- Quem fornece as entradas dos processos;
- Quais especificações são alocadas na saída;
- Quem são os verdadeiros clientes do processo;

- Quais os requisitos dos clientes;

Ele permite a melhor visualização dos processos pela equipe facilitando a comunicação.

Para sua elaboração será preciso definir: o processo que será analisado, identificar as saídas do processo, os clientes que receberão as saídas, as entradas necessárias para o funcionamento do processo e quais os fornecedores das entradas.

Exemplo, tabela 4.1:

Detalhamento de Processos - SIPOC				
PROCESSO: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA				
FORNECEDOR	ENTRADA	FLUXO DE ATIVIDADES	SAÍDA	CLIENTE
ANESTESIOLOGIA	PROCEDIMENTO ANESTÉSICO, DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO CORRESPONDENTES AOS PROCEDIMENTOS DA ASSISTÊNCIA PRESTADA			ATENDIMENTO AMBULATORIAL ATENDIMENTO CIRÚRGICO ATENDIMENTO MATERNO INFANTIL
CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	REATRABILIDADE E DISPONIBILIZAÇÃO DE MATERIAIS (SEMI-CRÍTICOS E CRÍTICOS) ESTERELIZADOS OU DESINFECTADOS.			CONTROLADORIA FARURAMENTO
FARMÁCIA	RASTREabilidade e disponibilização de materiais médicos e medicamentos; assistência farmacêutica e farmacovigilância; documentação e registros correspondentes aos procedimentos de assistência prestada.	ACOLHER / RECEPCIONAR QUALIFICAR ATENDER SAÍDA	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, DOCUMENTAÇÃO E REGISTROS CORRESPONDENTES AOS PROCEDIMENTOS DA ASSISTÊNCIA PRESTADA	SERVIÇO DE PONTUÁRIO DO PACIENTE SERVIÇOS TÉCNICOS TRATAMENTO INTENSIVO UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
HOTELARIA	DISPONIBILIZAÇÃO DE ENXOVAL LIMPO; AMBIENTE HIGIENIZADO; GESTÃO DE REÍDIO COMUM, RECICLÁVEL E INFECTANTE; CONTROLE INTEGRADO DE PRAGAS.			UNIDADE DE INTERNAÇÃO

CONCLUSÃO

Em uma organização hospitalar o paciente é peça chave do processo e é preciso eliminar as falhas para garantir sua segurança.

- É preciso ter tecnologia, suporte para realização dos processos, governança, pessoas, estratégias além dos processos, todos interferem muito na qualidade do hospital pois aumentam a eficiência das operações.
- É preciso repensar todo processo hospitalar tendo foco nos pacientes e na diminuição de custos.
- As mudanças são indispensáveis, porém é necessário liderança, educação e treinamento.

Afinal, a partir das diferenças, as metas de melhorias devem seguir novos padrões ou modificar padrões existentes, pois poderão ser melhoradas se os processos padronizados forem alterados.

Todo o percurso do paciente no hospital deve ser seguro, tanto das áreas operacionais quanto administrativas.

O hospital funciona para amparar os pacientes, por isso é necessário evitar erros e eles também devem ser localizados e tratados através da atenção necessária aos processos e suas revisões que são essenciais.

Leia mais Ferramentas da Qualidade no Hospital: [Clique aqui](#)

HRO – Organização de Alta Confiabilidade em Saúde: como conseguem Erro Zero?

May 17, 2021

Categories: Artigos

Tags: erro zero, hro



Existem organizações que trabalham sim com Erro Zero.

Não consideram uma opção, ter apenas um erro se quer, mesmo que algumas vezes aconteça. As HRO mais conhecidas são as plantas nucleares, porta aviões, instalações de mísseis, fábricas de semicondutores, controladores aéreos e indústria da aviação em geral.

Nessas organizações os erros não são aceitáveis. O critério que trabalham é o de *never events*, em nenhuma circunstância esses eventos podem acontecer. Por outro lado, temos muitas indústrias que trabalham com os lineamentos 6 Sigma, ou seja, conseguir menos de 4 erros por milhão de eventos ou produtos. Na saúde temos 10% de Eventos Adversos (EA) nos atendimentos, ou seja, erros de procedimento com dano, dos quais 50% são evitáveis. Este indicador é dado pela Organização Mundial da Saúde e Anvisa. Mas tomando apenas 10% e 50% chegamos a 50.000 erros por milhão, muito longe dos 4 por milhão das empresas 6 Sigma, ou de 12 acidentes por milhão de voos da indústria aeronáutica comercial. Embora a medicina seja uma ciência muito mais complexa que a aviação, quando entramos na área de erros humanos, de sistemas, e na disciplina de segurança, os valores se fazem comparáveis.

Temos que enfatizar que 95% ou mais do EA, são causados pelas deficiências do sistema e não por erros humanos. Então, podemos aproveitar dos critérios de segurança que outros adaptaram para chegar a números muito menores.

Depois de visitar hospitais em mais de 20 países, encontramos uma grande disparidade no nível de segurança entre eles.

- Muitos países, ainda não falam de **Segurança do Paciente**;
- Em diversos lugares tirar o cloreto de potássio das enfermarias dos hospitais e deixá-los apenas na farmácia, uma tarefa simples, se converte em algo heroico;
- Muitas embalagens de medicamentos são iguais e ninguém ajuda mudar isso;

- A tecnologia básica como a leitura por código de barras falta em muitos hospitais;
- Os 30% de desperdício nos hospitais impedem o investimento em automatização;
- A falta de um gerente sênior de **Qualidade** nos hospitais;
- Ainda se aplica uma política da culpabilidade, para com o profissional da saúde;
- O gradiente de autoridade entre os funcionários freia os comentários, sugestões e as alertas;
- Os governos até compram equipamentos caros, mas investem pouco no sistema básicos como o sistema sanitário da população (água e esgoto);
- A saúde é um direito universal em muitos países e a prestação está a cargo dos governos. Então falta investimento por falta de prioridade;
- O investimento em prevenção e educação da saúde em geral já é pouco, para se reduzir os gastos.
- Não existe a obrigatoriedade de outros setores em ajudar. Por exemplo: os laboratórios, as indústrias de alimentação e educação nas escolas.

Sendo assim, falta muito para melhorar o sistema de Saúde, e a primeira mudança que temos que fazer é a de Atitude e da preocupação pelo que está passando. Na mudança de atitude, temos uma crescente preocupação pela incidência de processos cognitivos sobre os resultados. Em particular fala-se da técnica de plena consciência. O **Sistema Opuspac** oferece ferramentas para realizar administração e medicamentos em modo consciente. Veja no link:

<https://opuspac.com.br/blog/artigos/>

Temos sintetizado a seguir, o repertório de políticas e critérios organizativos das HRO:

- **Preocupação com as falhas**

Existe uma consciência que as falhas podem acontecer. Errar é humano e é quase uma condição natural que podemos falhar. Os sistemas automáticos, com seus algoritmos, não interpretam todas as situações da realidade e manejam apenas as situações lógicas que podem acontecer. A incidência de vários fatores simultâneos nos leva a resultados não previstos. As HRO focam no estudo dos pequenos erros e dos quase erros, com a mesma determinação, como se fossem grandes falhas. A gestão está orientada a estudar as falhas, tanto como a manter a produtividade.

- **Relutância a simplificar as interpretações**

Num sistema complexo a simplificação é um erro metodológico. De nenhuma maneira podemos dar uma resposta simples, ou simplista, a um problema acontecido dentro de um sistema complexo. Devemos considerar as limitações impostas pelo contexto: nosso sistema mental, as limitações da estrutura física, do pensamento lógico, quais partes da totalidade não estamos vendo.

- **Sensibilidade para as Operações**

Having the bubble é um termo utilizado na Marinha norte-americana para definir quando um comandante tem a percepção da integralidade dos elementos da realidade complexa do entorno, junto com a dinâmica operacional. É perceber a totalidade, através de instrumentos integrados com a ação humana. Ter a consciência sobre as possíveis más interpretações, quase erros, sobrecargas do sistema, distrações, surpresas, sinais confusos, interações e demais.

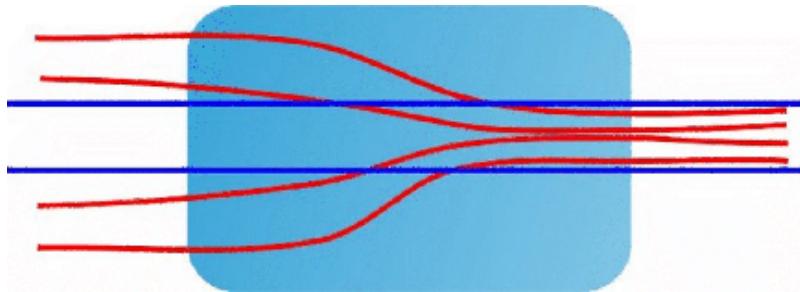
- **Compromisso com a Resiliência**

Refere-se a uma antecipação dos possíveis problemas, inclusive com alguma simultaneidade e treinamento para resolver a situação, frente a eles. Resiliência aqui refere-se a superar as surpresas que alguns incidentes podem produzir e resistir, estar preparados para o erro, aceitar a inevitabilidade do erro e preparar-se para a luta quando o incidente chegar.

■ Estruturas hierárquicas mais horizontais

Se estuda que em instituições com forte orientação hierárquica os erros se estendem mais rapidamente. Isto acontece em maior medida quando o incidente se inicia nos mais altos níveis organizativos do que nos baixos. Ter uma organização que trabalha mais no consenso, ajuda a prevenir estes problemas. Há definido o termo "anarquia organizada" como um meio de controle.

A responsabilidade de resolver um incidente sobressalta mais nos especialistas do tema, do que nos chefes hierárquicos. O fato de estar presente no momento do incidente também determina quem pode tomar decisões. Uma estrutura hierárquica definida, porém, mais frouxa, é uma característica desejada.



Uma organização é confiável quando, diante de uma flutuação anormal das condições internas e externas do sistema, mantém um resultado dentro do desejado.

Ter resultados desejáveis quando os parâmetros de ingresso estão controlados não é suficiente. A HRT, *High Reliable Theory* (Charles Perrow) define que não é a estabilidade das entradas o que nos dará a estabilidade dos resultados.

Assim a conclusão é:

- a) **Os erros vão a acontecer e é preciso estar preparado.**
- b) **Seu objetivo deve ser de erro zero.**

Nosso modelo de segurança preferido é sempre ter dois sistemas trabalhando simultaneamente, como o sistema informatizado, que através de algoritmos predefinidos maneja com automatismo todas as operações e o controle humano, que supervisiona passo a passo todos os acontecimentos para corrigir e melhorar a segurança.

Um Software para medir Erros

May 17, 2021

Categories: Artigos

Tags: eventos adversos, farmácia hospitalar, gtt, hospital, segurança do paciente, uitarizacao, unitarizacao



Os **Eventos Adversos** (EA) causados por medicamentos são os que apresentam o maior risco individual de danos aos pacientes em hospitais.

A cadeia de medicamentos envolve diversos setores do hospital:

- Padronização
- Recebimento
- Distribuição
- **Unitarização**
- Prescrição
- Farmacologia Clínica
- Administração dos medicamentos
- Devolução dos medicamentos.

Em todos esses passos, é essencial a **qualidade e a segurança**.

De acordo com o **IHI – Institute for Healthcare Improvement**, pesquisadores de saúde pública já sabem que apenas 10% a 20% dos erros médicos nos hospitais são relatados e desses erros relatados, 90% a 95% não causam danos aos pacientes.

HISTÓRIA

Na busca por mudanças em diminuir os erros no ambiente hospitalar, em 2000 o IHI formou um grupo de Sistema de Medicação, formado por médicos, farmacêuticos, enfermeiras e estatísticos que teve como objetivo projetar um Sistema mais seguro. No final de 2003, esse grupo desenvolveu a primeira ferramenta para detectar um número maior de EAs.

O QUE É **GLOBAL TRIGGER TOOL (GTT)**?

Essa ferramenta utiliza uma revisão de prontuários de pacientes aleatórios e, através de gatilhos, permite identificar possíveis EAs aos pacientes.

Essa técnica aumenta aproximadamente 50 vezes mais a localização de EAs do que metodologias tradicionais de auditorias e relatórios voluntários. Também avalia o nível do dano causado pelo EA e possibilita focar esforços de melhoria contínua.

A **GTT** auxilia medir prejuízos relacionados a hospitalização dos pacientes. Através de um software ela facilita a identificação com precisão dos EAs, além de medir a taxa de EA ao longo do tempo. Essa ferramenta pode ser conectada ao prontuário eletrônico permitindo de forma ativa a identificação de EAs.

Os EAs ocorrem em diferentes situações do dia a dia dos hospitais:

- EAs causados por medicamentos
- EAs em cuidados da enfermagem
- EAs em ambiente cirúrgico
- EAs em UTI
- EAs causados na emergência.

Os gatilhos permitem focar em um **tipo de dano** e trabalhar melhorias específicas para esse tema, além de acompanhar e saber se as alterações feitas para evitar erros são eficazes.

Isso permite revisões mais rápidas dos registros hospitalares e, através de um painel, possibilita monitorar e rastrear danos em algum tópico ou área específica no hospital. Por exemplo, quando o paciente sofreu um AVC, após a administração de um anticoagulante. Além de gerar custos e retrabalhos, o paciente foi prejudicado. Mesmo diferentes tipos de danos colocam em risco a segurança do paciente.

COMO USAR A FERRAMENTA GTT

O artigo [Adverse drug event trigger tool: A practical methodology for measuring medication related harm](#), disponibilizado pelo IHI, apresenta como a ferramenta foi testada em quatro hospitais, com especialidades diferentes, nos Estados Unidos. Seu objetivo foi avaliar a viabilidade de treinar colaboradores para seu uso.

Alguns exemplos de gatilhos relacionados aos medicamentos:

- Pedidos de certos medicamentos e de antídotos
- Valores anormais de exames laboratoriais
- Ordens de paradas abruptas
- Altos níveis séricos de drogas
- Leucopenia
- Uso de agentes antidiarreicos
- Retorno ao hospital após 30 dias.

Situações assim identificadas eram enviadas ao farmacêutico, pois necessitavam de maior atenção, e todos os prontuários eram revisados para confirmar ou não os EAs.

Diante desse treinamento, cada hospital estabeleceu sua equipe para revisão dos prontuários e foram necessários poucos colaboradores para realizar essa triagem. O método é eletrônico, o que agiliza e permite mais segurança à ferramenta.

Os treinamentos da equipe devem ser muito bem focados e eficientes, afinal através dessa revisão as tendências e causas que determinaram as variações de danos nas organizações são pontuadas.

Mais informações sobre o software da ferramenta **GTT** no site: www.ihi.org

Conclusão

A ferramenta **GTT** através de gatilhos consegue identificar casos suspeitos e gera gráficos para a liderança administrativa e clínica, analisarem o que possibilita colocar em prática ações que diminuam os riscos de EAs e permitam a implantação de monitoramentos mais efetivos aos processos hospitalares.

Mesmo que o hospital que você trabalhe não utilize a ferramenta GTT, a revisão de prontuários merece atenção, pois possibilita melhorias de qualidade baseada em evidências.

Um exemplo de EA comum é o [horário da administração dos medicamentos](#) ou omissão de doses. Mesmo que na maioria das vezes isso não cause EAs com danos, eles merecem atenção. Afinal, em algum momento, essa falta de precisão será responsável por EA com dano grave. Por exemplo, no caso de um paciente com embolia pulmonar que ficou sem uma dose do anticoagulante e teve uma parada respiratória indo a óbito.

[Os EAs relacionados ao horário da administração de medicamentos envolvem diversas situações](#), entre elas a falta de profissional de enfermagem no setor, o que proporciona um número excessivo de pacientes por funcionário. Isso limita e prejudica a qualidade da assistência.

A partir da identificação dessas falhas, as tomadas de decisões baseadas em evidências possibilharão gerar melhorias que agreguem valor e mais **segurança nos processos**.

Leia mais sobre **Eventos Adversos**: [Clique Aqui](#)

A Gestão de Risco e a Segurança do Paciente

May 26, 2021

Categories: Artigos

Tags: farmácia hospitalar, hospital, opuspac, segurança do paciente



No ano de 400 A.C., disse o médico grego Hipócrates: “*First, do no Harm*” (Primeiro, não causar dano) – a citação mostra a importância de gerenciar as ações relacionadas aos pacientes, para que se evitem os eventos que causem danos. Ou seja, sempre existe um “quid pro quo” (algo por algo). Como modelos na gestão de riscos, podemos citar as indústrias de alta confiabilidade (HRO), como usinas nucleares, indústrias de semicondutores, indústrias químicas e aviação que disponibilizam mais segurança em seus processos. Um exemplo é o check list da cirurgia segura, ele foi desenvolvido a partir do modelo do check list da aviação.

De acordo com renomado psiquiatra James Reason, criador da teoria do queijo suíço, para explicar falhas, acidentes, desastres e fracassos em sistemas complexos, o impacto de uma falha depende de onde ela acontece e as barreiras para impedir esses erros devem existir por todo processo. E baseado nisso, é importante gerenciar corretamente os riscos e o ambiente, pois podem influenciar na gravidade do desfecho.

De acordo com o professor Jens Rasmussen, também muito influente no campo da ciência da segurança e acidentes humanos, o risco é um sistema vivo e dinâmico que muda constantemente de acordo com as mudanças nos contextos e diferenças entre níveis de colaboradores assistenciais e organizacionais.

E, a partir da influência da Cultura Organizacional, as ações relacionadas ao controle de riscos são definidas, promovendo maior segurança aos pacientes e colaboradores. A cultura de segurança não pode ser decretada e sim coletivamente construída diariamente, nos discursos e ações.

Algumas situações que merecem atenção são:

- Definição dos riscos mais importantes e a convicção de que eles podem mudar, necessitando assim, de um controle cuidadoso;
- Reconhecimento do trabalho em equipe, da mobilização e conhecimento de todos;
- Equilíbrio entre norma e ação capaz de antecipar fatos e imprevistos;

- A concepção de barreiras no dia a dia;
- Conformidade segura e proativa através de segurança nas decisões, diretoria participativa e debates entre profissionais;
- Confiança e liberdade de expressão através da cultura justa, circulação de informações, coerência de atos e discursos;
- Fatores humanos organizacionais: as pessoas, suas condições de trabalho, as equipes de trabalho, a organização e a gestão.

Um erro humano é uma consequência de outros defeitos da organização, em 95% dos casos.

Em muitas indústrias as pessoas simplesmente fazem o que podem para resolver seus problemas diários. Sem a colaboração, e até quebra das regras, os incidentes seriam mais frequentes.

CONCLUSÃO

Estude o processo, os meios envolvidos e a **cultura de segurança** dominante, análise cada parte e utiliza ferramentas para ir até as causas primeiras (Root cause analysis). Não seja superficial e atue coletivamente. É importante aceitar que o incidente vai acontecer e devemos estar preparados para evitar ou mitigar os danos. Não culpe a malícia das pessoas, pois já foi demonstrado que incide em menos do 1% dos incidentes. A responsabilidade quase sempre passa por uma gestão que deve ser modificada. Uma empresa será culpada se ocorrer um acidente quando esse risco era mensurável e permaneceu ignorado.

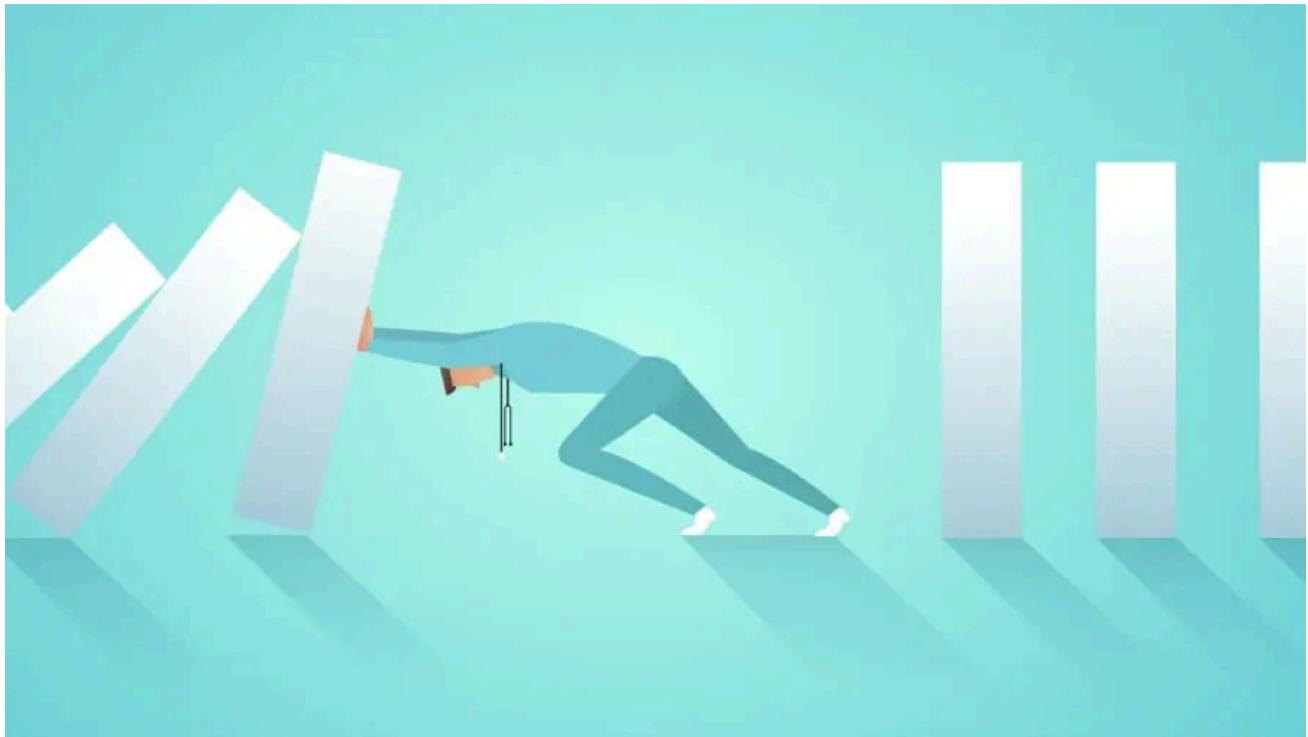
"Nós não podemos mudar a condição humana, mas podemos mudar as condições em que trabalhamos para fazer menos prováveis os erros e de mais fácil recuperação se acontecerem". (James Reason).

Conscientização sobre a Segurança do Paciente

May 26, 2021

Categories: Artigos

Tags: hospital, opuspac, segurança do paciente



A Patient Safety Movement Foundation – [PSMF](#) é uma fundação global, sem fins lucrativos, com a missão de eliminar erros médicos evitáveis.

De acordo com a própria PSMF os Eventos Adversos (EAs) são responsáveis por aproximadamente [4,8 milhões](#) de mortes por ano em todo o mundo esse número equivale a 125 mil mortes por ano no Brasil.

Em 1999 através do relatório *To err is Human: Building a Safer Health System*, aconteceu pela primeira vez a atenção aos impactos e as consequências dos erros médicos.

Em 2012 nasceu o PSMF e no ano de 2013 o movimento já estava composto por CEOs de hospitais, defensores de pacientes e líderes governamentais a fim de identificar os principais desafios e dar segurança para os pacientes em todos os cuidados em saúde.

Em 2019 na 7ª cúpula Mundial sobre Segurança do Paciente foi anunciado mais de **90.146 vidas salvas** por ano devido aos compromissos assumidos por mais de **4.710 hospitais** parceiros em **50 países**.

A partir desses números, foi possível enxergar que uma das visões do movimento, de chegar em ZERO as mortes evitáveis na saúde, seria bastante desafiadora.

OBJETIVOS DA FUNDAÇÃO

Fornecer informações para a segurança dos pacientes e dos profissionais de saúde, mobilizar e unir toda a população do mundo nesse assunto, além de chegar a zero mortes por ano devido a erros médicos.

Será preciso fazer parte da cultura das pessoas e dos hospitais o assunto de segurança dos pacientes e para resultados mais seguros é necessário:

- Os pacientes no centro das atenções;
 - Dignidade e respeito na saúde;
 - União e alinhamento dos influentes na saúde;
 - Transparência;
 - Cuidados mais seguros na saúde;
 - Comunicação eficaz com os pacientes, cuidadores e familiares sobre a segurança do paciente;
 - Identificação das causas evitáveis de dano e morte de pacientes e criação de soluções para mitigá-las e compartilhá-las gratuitamente;
 - Implementação de Soluções de Segurança do Paciente Acionáveis (APSS);
 - Utilização de tecnologias para compartilhar os dados dos pacientes.

No último trimestre de 2020 a **Patient Safety Movement Foundation** – PSMF, publicou um [relatório](#) que confirmou que os problemas no Sistema de Saúde são sistêmicos e que erros irão acontecer.

O alto nível de estresse de todos, devido a pandemia do Coronavírus, levou a uma reflexão referente a essas lacunas dos Sistemas de Saúde.

A grande pressão sobre os recursos e sobre os prestadores de cuidado em saúde, mostra que os problemas vieram de antes da pandemia e que a atual situação na saúde, contribuiu para expor mais circunstâncias que colaboraram para os erros médicos.

Isso comprova, como é preciso planejar maneiras de ensinar e preparar a população referente aos assuntos de Segurança do Paciente.

CONCLUSÃO

Já se passaram duas décadas após o primeiro relatório que apresentou esse importante assunto de Segurança do Paciente ao mundo.

Mas, enquanto **não** enxergar as diversas situações no cuidado em saúde, que oferecem lições valiosas sobre a importância da Segurança do Paciente aos indivíduos e ao sistema, não será possível eliminar as mortes evitáveis de pacientes na área da saúde até 2030, uma das metas da **PSMF**.

A COVID-19 está destruindo milhares de vidas e famílias, mas há muitos anos as mortes evitáveis nos hospitais também tiram vidas e destroem famílias, porém nunca tiveram a atenção necessária.

É muito importante focar nesse tema, pois, todos em algum momento da vida serão pacientes. E munidos com as informações corretas poderão solicitar qualidade, segurança e cuidados adequados em saúde.

Medição de EAs Relacionados a Medicamentos

July 5, 2021

Categories: Artigos

Tags: farmácia hospitalar, hospital, opuspac, segurança do paciente



Em 2017 a OMS lançou um desafio global para até 2022 diminuir em 50% os danos graves e evitáveis relacionados aos medicamentos.

E para auxiliar nessa jornada a **administração hospitalar** precisará de sistemas mais robustos de monitoramento.

Algumas ferramentas disponíveis são:

- [Global Trigger Tool \(GTT\)](#)
- [Medication Safety Thermometer \(MST\)](#)

Elas auxiliam na medição de **eventos adversos** relacionados aos medicamentos.

Somente as notificações impossibilitam medir a situação real do hospital referente aos EAs, pois, apenas de 10% a 30% deles são notificados.

Através de gatilhos (GTT) e entrevistas abordando possíveis imprecisões (MST) elas identificam possíveis EAs e em conjunto com as informações coletadas pelas notificações permitem direcionar o foco de onde acontecem os erros.

MEDICATION SAFETY THERMOMETER (MST)

O desenvolvimento da ferramenta Safety Thermometer aconteceu em 2011 pelo NHS Programa Nacional da Saúde da Inglaterra, e investiga diferentes áreas do hospital e utiliza a Ciência da melhoria possibilitando diversos testes antes de ser aplicada.

Através dela são monitorados indicadores relacionados à **segurança do paciente** no hospital.

As primeiras Medication Safety desenvolvidas foram para medir as quedas, lesões por pressão e TEV nos hospitais e a partir do sucesso delas que surgiu uma para medir EA relacionados aos medicamentos.

A Medication Safety Thermometer foi lançada em 2013 também na Inglaterra, mas ainda está em processo de validação no Brasil, que ocorrerá em breve.

Durante um dia por mês, são coletados dados referentes aos medicamentos, na beira do leito de 100% dos pacientes internados. A partir desses dados será possível dimensionar quais são os pacientes acometidos por algum EA no hospital possibilitando medir a temperatura da segurança dos medicamentos na instituição mensalmente.

O "Dia D" não tem dia certo, quem escolhe é a própria instituição, mas é interessante padronizar e escolher sempre na mesma semana, como primeira segunda feira do mês, por exemplo. Assim todos se preparam para que o dia D faça parte de suas rotinas.

Para começar a implantação desse dia no hospital é interessante escolher um piloto, um local específico para conhecer a ferramenta primeiro e fazer as possíveis melhorias antes de iniciar no hospital todo.

Uma recomendação seria que por questões de entendimento relacionados aos medicamentos, um farmacêutico realize ou acompanhe a coleta de dados junto com outros profissionais envolvidos nos processos de melhoria da instituição como os enfermeiros.

Os princípios da Medication Safety Themometer são:

1. Validade clínica;
2. Eficiência (coleta de dados de até 10min);
3. Equidade (coleta de dados em qualquer ambiente do hospital);
4. Resultados em tempo real;
5. Capacidade de medir a ausência de danos aos pacientes;
6. Foco no dano;
7. Apresentar resultados para organização, região e até em nível nacional;

O processo segue três etapas para identificar danos decorrentes de erros de medicamentos.

Na primeira etapa são observados se houve alguma conciliação de medicamentosa, a omissão de medicamentos e a identificação de danos causados por medicamentos potencialmente perigosos.

Na segunda etapa, se o paciente passou por algum dos casos acima é preciso identificar os sinais e indícios ocorridos.

E na terceira etapa se conclui se foi ou não EA e qual foi o dano causado.

Podem ser analisados indicadores de acordo com:

- Conciliação medicamentosa nas primeiras 24h de admissão;
- Doses omitidas nas últimas 24h de internação;
- Status de alergia medicamentosa;
- Omissão de dose de medicamentos críticos;
- Se recebeu medicamentos potencialmente perigosos nas últimas 24h;
- Quais os sinais para o dano.

Conclusão

Os EA causados por medicamentos são mais difíceis de identificar.

E por isso, é muito importante ferramentas estruturadas para assessorar o processo complexo de apontamento desses EA.

A Medication Safety Thermometer permite focar esforços para conhecer os principais tipos de EA na organização gerando melhorias específicas para eles.

O Dia D possibilita dimensionar e entender a importância de falhas e danos causados pelos erros de medicação, medir as melhorias ao longo do tempo, além de conectar as equipes de assistência à essas falhas e danos.

No Reino Unido mais de 100 hospitais fazem uso dessa ferramenta e repassam mensalmente os dados coletados para uma plataforma livre e com fácil acesso possibilitando a divulgação e a comparação dos resultados através de gráficos de tendência, já que a coleta de dados é padronizada e rotineira.

A partir da análise e comparação desses indicadores diversos dados podem ser observados e relacionados as mudanças de melhorias no sistema antes de novas tomadas decisões.

Ocasiões para Eventos Adversos

July 5, 2021

Categories: Artigos

Tags: eventos adversos, farmácia hospitalar, hospital, opuspac, segurança do paciente



A preocupação com os erros humanos e gerenciamento de riscos de acidentes organizacionais é relativamente recente.

Há pelo menos duas décadas, diversos estudos em diferentes países avaliam a **segurança dos pacientes** nos hospitais, mas, é preciso mais atenção nas falhas dos sistemas, para assim, dimensionar e avaliar o ocorrido para desenvolver estratégias capazes de aumentar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

A combinação da complexidade dos procedimentos médicos, as interações humanas e as tecnologias interferem muito na segurança dos pacientes.

E possibilita diversas situações para ocorrer os **Eventos Adversos**:

- Falta de pessoal na equipe;
- Falta de equipamentos adequados para realização de procedimentos;
- Burnout da equipe médica;
- Inexperiência dos funcionários;
- Falta de mensuração e análise dos **Eventos Adversos** ocorridos.

A falta de processos específicos para aperfeiçoar esses pontos fracos, permitem que os problemas relacionados com a **segurança dos pacientes** estejam na maioria dos hospitais.

É preciso identificar as causas dos erros e desenvolver iniciativas que caracterizam os pacientes, os tipos de lesões, de agravos intencionais e não intencionais, as probabilidades das ocorrências e a gravidade dos EAs.

Foi publicado em abril de 2021, [um estudo](#) referente a incidência e evitabilidade de Eventos Adversos em pacientes adultos internados em um hospital brasileiro de alta complexidade. Esse artigo analisou prontuários de pacientes hospitalizados durante 2015.

O artigo apresentou que a taxa de incidência de EAs, relacionados a assistência à saúde, naqueles pacientes hospitalizados em 2015 foi de 33,7%, permitindo a ocorrência de 4,97 EAs por 100 pacientes-dia.

Com relação à gravidade dos EAs, a maioria deles (63,2%) foram de EAs leves.

Os EAs moderados alcançaram 20,7% e os EAs graves atingiram 16,2% dos pacientes hospitalizados.

Outra informação importante é que em 58,3% dos EAs registrados eram evitáveis.

Um exemplo de EA evitável, são os erros relacionados aos medicamentos.

Em qualquer parte do processo medicamentoso, desde a prescrição médica, a separação, a preparação, o armazenamento, a dispensação e a administração dos medicamentos, devem ser constantemente monitoradas para que com isso sejam definidas ações que assegurem a **segurança dos pacientes**.

Ainda de acordo com o artigo, os erros mais frequentes relacionados aos medicamentos são:

- As soluções Intravenosas, que possuem baixa taxa de dosagem;
- Os medicamentos de Alta Vigilância, que costumam causar danos graves aos pacientes;
- Os erros na programação de bombas de infusão, referentes a dosagem certa, peso do paciente, volume de medicamento horas e minutos de tratamento;
- A confusão na semelhança entre os nomes dos medicamentos (**look-a-likes**);
- A falta de informação sobre os medicamentos;
- A contaminação biológica referente a preparação dos medicamentos;
- A falta de dupla checagem.

Na busca constante para diminuir e acabar com esses erros também estão disponíveis, além da padronização dos processos, a implantação de sistemas inteligentes como:

- Os softwares para calcular a dosagem dos medicamentos, para diferenciar a escrita dos medicamentos **Look-a-likes** e a embalagens semelhantes, além disponibilizar informações rápidas e confiáveis dos medicamentos
- E equipamentos como as bombas de infusão e armários inteligentes, as máquinas de unitarização, reembalar e armazenar os medicamentos.

Além disso, é muito importante ter atenção, treinamento constante e significativo para os profissionais que trabalham diretamente nesses processos que envolvem os medicamentos. Os farmacêuticos e técnicos de farmácia além dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

É preciso oferecer um cuidado adequado e muito bem supervisionado para todos os pacientes por tempo integral.

Uma história que merece ser contada...

August 18, 2021

Categories: Artigos

Tags: automacao hospitalar, logistica hospitalar, opuspac, opuspac university, unitarizacao, Victor Basso, Victor Eduardo Basso



Era 2008, **Victor Basso e Moisés Curvello**, fundaram a **Opuspac**. Ambos os engenheiros somavam 50 anos de experiência empresarial. Começaram com uma pequena planta, de 130 m², e um técnico.

Tudo nesta empresa desenhou-se do zero, sem imitação alguma. Victor afirma que não sabe repetir um desenho. Somente assim se constrói um produto diferenciado e adaptado ao mercado local e sem concorrentes no exterior.

Agregar valor ao mercado que atende é um dos grandes ditados desta empresa, que se manifesta nos serviços auxiliares à compra de um equipamento. Para isso, tem hoje 10% de seu *staff* com estudos na área da Saúde. Seus conhecimentos sobre Automação não são menores, 22% de seu pessoal trabalha em setores de criação e inovação de tecnologias, visando melhorar a ecologia e diminuir o desperdício e desvios.

Sua extensa linha de **equipamentos de automação** cresceu com as **máquinas de unidose** e estendeu-se a todas as **funções de automação da logística hospitalar**.

Hoje com mais de **850 instalações em 26 países**, o **objetivo da empresa é levar todos os seus conhecimentos em Segurança do Paciente e Automação da Logistica Hospitalar para todo Brasil e para o exterior**.

A Opuspac encontra fora do Brasil, países com metodologias antigas e que poderiam beneficiar-se com as técnicas que aqui temos como normais. O [blog](#), com mais de 70 artigos técnicos, em três idiomas, é uma demonstração de que está decidido levar isso a sério.



Os diferenciais do Sistema Opuspac

Em março de 2022 a Opuspac esteve presente pela terceira vez no **Congresso Europeu de Farmácia Hospitalar**. Anteriormente sediado em Gotemburgo, Barcelona e agora, em Viena. Serão exibidos dois equipamentos, com os quais pretende liderar o mercado europeu: o robô **AIVAK de unitarização de blísteres**; e uma moderna **máquina para colocar flags** (etiquetas) em ampolas e frascos – a **Opus Flag**. Rodeado dos maiores criadores de **Automação da Logística Hospitalar** do mundo, apresentará tecnologia brasileira, com sua força em inovação e experiência.



Em 2023 com a criação da **Opuspac Corporate University** a plataforma online com videoaulas, treinamentos, fórum e outros recursos, que oferece conhecimento complementar para práticas cotidianas do profissional da Saúde e de pessoas interessadas nestes assuntos, a Opuspac dá mais um passo importante, agregando valor a área da Saúde.

Na sua nova planta, ainda em construção é outro passo ousado para levar conhecimento e segurança aos mercados doméstico e global da saúde.



Novo campus da universidade (Opuspac University) e instalações industriais (em construção).

Nosso diferencial é fornecer soluções e não apenas máquinas Unidose e Automação da Logística Hospitalar, você adquire uma máquina e recebe um sistema de apoio e segurança que não esperava.

Tudo isso, não teria a mesma efetividade se não tivéssemos a **complementaridade entre suas necessidades e nossas soluções**. Desenvolvemos no Brasil para o mercado doméstico com qualidade e fortes requerimentos exigidos pelos mercados globais.

Seguimos agregando valor a Área da Saúde no Brasil e no mundo.

#SomosOpuspac



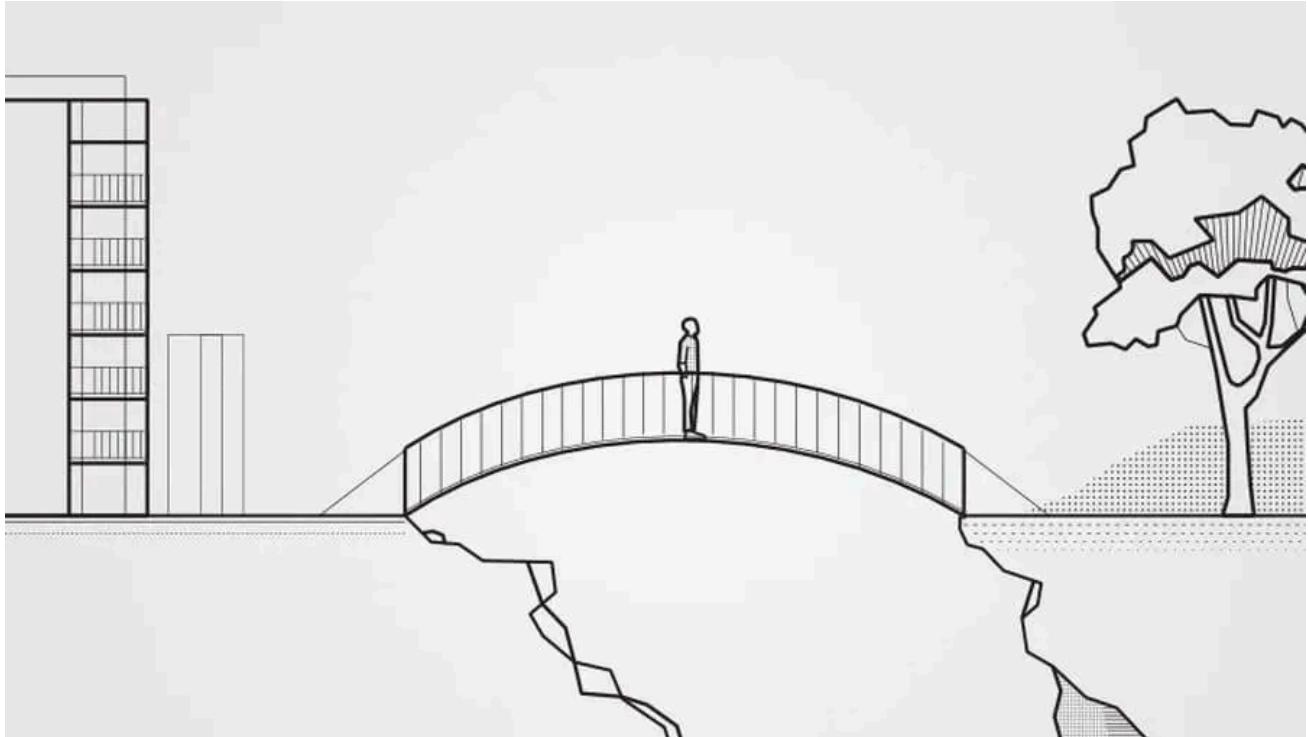
Victor Basso

CEO da **Opuspac Ltda – Diretor da Opuspac University**

Vetores para a gestão hospitalar pós pandemia

August 18, 2021

Categories: Artigos



Dentro do torvelinho de mudanças pelas novas tecnologias, agora soma-se uma nova percepção da realidade.

Uma mudança dentro da outra, nos obriga a reconceitualizar e simplificar a realidade.

Estamos em cima de uma ponte, deixando o passado e indo em direção a um futuro muito diferente. A força gravitacional das mudanças se consolida com maior transparência, produto de seis bilhões de pessoas com um smartphone e acesso a muita informação sem filtragem.

Agora, sabemos que os cisnes negros (acontecimentos inesperados e inusitados) existem. Felizmente, isto nos ajudará a enfrentar o desafio, não menor, do "*global warming*". Este é o lado positivo da pandemia de COVID.

Saindo da pandemia em 2022 ou 23, teremos que focarmos em:

NOVA PERCEPÇÃO DA REALIDADE

Este período com quarentena e aumento de introspecção, nos induz a uma existência mais reflexiva. Diante da inevitabilidade da morte, reaparece o sentido da vida. Querer sair da cidade e ter um trabalho remoto, não é toda a mudança que veremos. Ainda não sabemos o que as pessoas vão querer. Teremos que observar, medir e formar novos critérios. Nada menos que uma nova ética será criada.

Por outro lado, novas necessidades vão aparecer e assim, novas oportunidades e modelos de negócios necessários para manter a racionalidade econômica de nossas organizações. Poderemos analisar novos serviços diferenciais nos hospitais, que podem, oferecer-se com um "*up selling*" aos serviços atuais, cobertos pelos seguros de saúde privados, ou públicos. Reduzir o desperdício e aumentar a automatização das operações, também nos ajudará em nossa economia.

As sequelas. Não é novidade que temos e teremos um tsunami de transtornos psicológicos, ansiedade, depressão, angústia pelas perdas etc. Como saúde é um termo que se refere a um estado de bem-estar e não unicamente à falta

de doença, teríamos que ampliar e melhorar os serviços. Comunicação é um assunto muito importante. Por outro lado, não é de estranhar que antes da pandemia já existiam na Europa, hospitais junto com academias e centros de assessoramento em saúde.

RECURSOS HUMANOS

Quando isto passar, muitas pessoas irão reavaliar suas vidas e a característica de seu trabalho. Haverá mais reclamações e deverão ser interpretadas como tendências e não como atitudes individuais. Acreditamos que o hospital tem que ser uma atividade mais de capital intensivo. Menos pessoas, porém, mais treinadas, para fazer operações complexas, com equipamentos e informática já era uma tendência que agora foi acelerada. Isto nos ajudará a reter o pessoal mais valioso. Trabalhar estes temas desde o ângulo de uma nova Cultura corporativa, será a chave para acompanhar esta etapa.

RESPONSABILIDADE SOCIAL E ECOLOGIA

Estes temas se adicionarão às responsabilidades habituais, com peso significativo na Ecologia. A incidência na geração de CO₂ do setor de saúde é de 4,5% de todas as emissões globais. A incidência dos carros para transporte de pessoas é de 9%. Se considerarmos a grande mudança iniciada pelo setor de transporte de pessoas, temos que aceitar que, embora demorada, uma grande mudança também acontecerá no setor hospitalar.

Diz Peter Drucker que:

"a Cultura come a estratégia no café de amanhã"

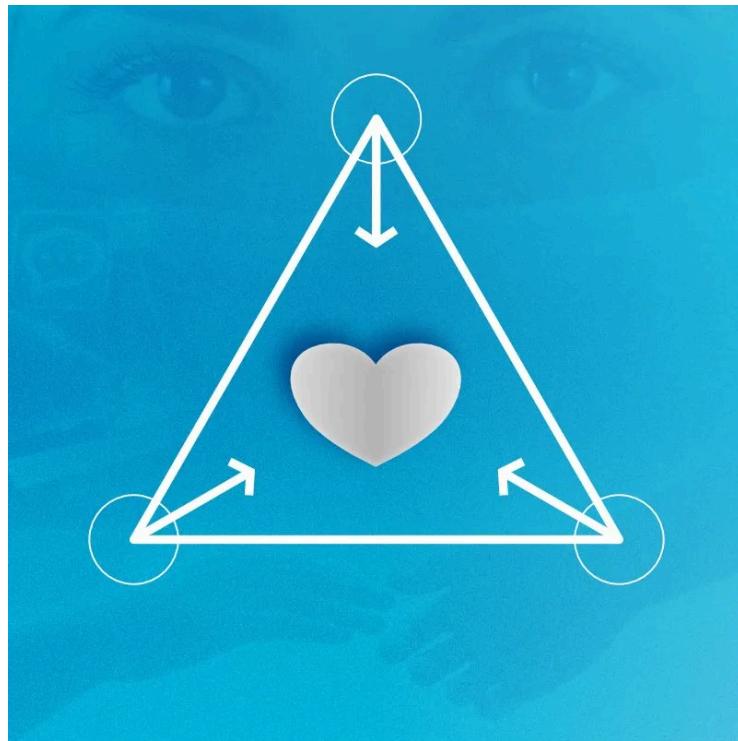
Ou seja, as mudanças a serem realizadas e suas estratégias, deverão estar firmemente cimentadas desde uma cultura pós-pandêmica ou não avançarão.

Começar a dialogar internamente em nossas instituições, a fim de criar esta Cultura, partindo desde o zero, com conceitos novos é a tarefa de hoje. Seguimos vivendo tempos exponenciais, agora acelerados.

Triple Aim : o valor no cuidado em Saúde

September 1, 2021

Categories: Artigos



Introdução

O sistema atual de saúde, além de não possuir investimento na prevenção de doenças, não possui integração ou trabalho em equipe, é fragmentado.

Os pacientes não recebem a atenção e o cuidado que merecem e precisam. A falta de segurança provoca inúmeros incidentes por todo Brasil.

É preciso ações capazes de envolver a prevenção das doenças, o melhor cuidado com foco nos pacientes já doentes, sempre com redução dos custos.

Esses são os princípios do **Triple Aim**.

Os hospitais devem se tornar membros proativos da sociedade. A sua parceria com os pacientes tem que ser constante para que ele não volte a ser internado.

É necessário atualizar conceitos dos cuidados hospitalares que determinavam os hospitais como o centro das atenções para definir ações que priorizam a **segurança dos pacientes**, com a ideia de que é melhor um leito vazio no hospital, de que é preciso prevenir doenças, para diminuir as internações e menos cirurgia e exames.

Ações que promovam melhora na qualidade de vida das sociedades tendo os hospitais como parceiros desses movimentos sociais.

Os cuidados da saúde já definidos em 1980, pelo médico libanês Avedis Donabedian propôs 7 pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. E através deles é possível ocorrerem diversas mudanças na saúde relacionadas à **Segurança do Paciente** para melhoria contínua dessa esfera.



Figura 1. Os 7 cuidados da Saúde

EFICÁCIA: É quando os resultados são alcançados. Na saúde, para se ter eficácia em tratamentos, por exemplo, são necessárias condições ideais como melhores serviços de saúde e bons equipamentos.

EFETIVIDADE: Uma boa efetividade na saúde se refere ao planejamento do que será executado. Ela está diretamente relacionada à eficácia. Por exemplo: Quando existe uma melhora para um paciente devido a um determinado tratamento utilizado.

EFICIÊNCIA: É proporcionar o tratamento mais eficaz com os menores custos possíveis.

OTIMIZAÇÃO: Diz respeito ao custo-benefício que incentiva à cultura de melhoria, pois busca melhorar processos já existentes. A redução do tempo de um tratamento reduzindo custos além de manter ou melhorar ainda mais sua eficácia é um exemplo de otimização.

EQUIDADE: Na saúde é distribuir os cuidados e benefícios imparcialmente a todos os pacientes.

ACEITABILIDADE: Envolve a adaptação do paciente e seus familiares ao tratamento. Isso está relacionado com a acessibilidade à saúde, ao custo do tratamento, à relação paciente e médico, além da comodidade do tratamento.

LEGITIMIDADE: Está relacionado ao respeito e à responsabilidade que a organização possui diante da sociedade. Um exemplo é quando um hospital é referência no tratamento de uma doença.

O que é TRIPLE AIM?

É uma ferramenta de tripla meta para identificar as necessidades sociais nos sistemas de saúde e promover a **Qualidade** e a **Segurança Otimizando Custos**.

Ela é baseada nos pilares da melhoria da qualidade, citados na figura 1.

A tripla meta foi desenvolvida em 2008 nos EUA, pelo **IHI – Institute for Healthcare Improvement**. Um de seus criadores foi Donald Berwick, médico renomado e sempre presente no desenvolvimento de conceitos e alicerces da Segurança do Paciente.



Figura 2. Triple Aim

1. Promover a saúde das populações (idosos, pacientes com doenças crônicas, crianças etc.);
2. Melhorar a experiência de atendimento ao paciente (**qualidade e satisfação**);
3. Reduzir os desperdícios.

Os três objetivos da estratégia buscam pelo equilíbrio do Sistema de Saúde:

O principal objetivo da proposta é o de promover saúde, assim prevenir doenças e acompanhar de perto a saúde dos pacientes.

A preocupação pela satisfação do paciente em seus cuidados, interfere diretamente na sua adesão aos tratamentos, que tem como consequência à melhora na sua recuperação.

Além disso, o cuidado de saúde passa a ser medido pelos resultados alcançados, e não pela quantidade ou volume de serviços prestados. Nesse aspecto entra a diminuição de custos nos cuidados.

Esse método na saúde faz parte do cuidado baseado em valor, modelo cujo valores dependem da eficácia, não dos insumos utilizados.

No **Triple Aim** a interação e cooperação de todos os participantes do sistema é fundamental.

- Hospital
- Pacientes
- Corpo clínico
- Provedores
- Operadoras

Mesmo o paciente no centro dos cuidados, também há um olhar para fora das empresas que alcança as comunidades e atinge populações específicas, sempre sem desperdícios e com os melhores custos para as doenças.

O objetivo da administração com o olhar na tripla meta, amplia a visão dos negócios e os esforços serão mais direcionados para melhorar processos.

Assim, é evidente a redução de terapias ou testes de diagnóstico.

Para o IHI é muito importante ressaltar a saúde da comunidade, capacitar indivíduos e familiares, aumentar serviços comunitários além de acompanhar, com cuidado, a saúde ao longo da vida dos pacientes.

Quais são as vantagens?

Os pacientes podem esperar cuidados menos complexos e muito mais coordenados.

E ao **reduzir os custos per capita dos cuidados com os pacientes**, possibilitará empresas mais competitivas, mais liberdade nos orçamentos, com flexibilidade para investir em vitalidade e bem-estar econômico da comunidade.

Outro benefício importante é o de **redução do Tempo Médio de Permanência dos Pacientes no Hospital (TMP)**. Possibilita maior giro de leitos, aumento da taxa de ocupação do hospital, aumento no volume de pacientes por dia e aumento das saídas hospitalares.

O **Triple Aim** beneficia as instituições e os pacientes.

Alguns dos benefícios são:

- Populações mais saudáveis pois os problemas serão identificados mais cedo;
- Identificação dos principais problemas de saúde da comunidade e as melhores soluções para esses problemas, que possibilita mais controle de gastos e menos pressão nos orçamentos de saúde, possibilitando investimentos em escolas, moradias e meio ambiente;
- Sistemas de Saúde bem-sucedidos que oferecem atendimentos de qualidade a custos otimizados.

As mudanças

Para o IHI é preciso estratificar as necessidades de suas populações para melhorar a saúde de todos.

Será preciso apoio para o desenvolvimento de capacidades e habilidades dos colaboradores, além de possibilitar avaliações feitas pela população.

A percepção dos pacientes referente a qualidade nos atendimentos deve ser analisada, pois, a experiência do paciente faz parte do foco.

É necessário treinar as pessoas para responsabilidade pessoal, capacidade para entender as situações e consciência para saber que ajudar o próximo e promover o bem-estar é desafiador, mas faz parte da mudança dos comportamentos e da cultura.

Um exemplo de mudança nos valores da saúde é o de disseminar conhecimento virtual. Ele é capaz de melhorar resultados.

Mesmo sem palestras, feiras, fóruns, cursos presenciais toda população interessada no assunto saúde, durante a pandemia do Coronavírus, consegue ter acesso às informações gratuitas e de qualidade, em instituições nacionais ou internacionais.

O acesso às informações através dos webinars, live, podcasts e consultas nos sites permitem, baseados nas necessidades, formular treinamentos para as enfermeiras, médicos, farmacêuticos e para toda a equipe multiprofissional.

Todas as mudanças possuem uma missão de valorizar o profissional que busca além de reduzir a complexidade nos processos manter presente sempre a melhoria contínua.

Outro exemplo que também age na tripla meta, é a introdução de tecnologias digitais na saúde: O prontuário eletrônico e a **unitarização robótica de medicamentos** em um hospital.

As tecnologias possibilitam diversas alterações capazes de melhorar a experiência do paciente e aumentar a eficiência na aplicação de recursos materiais capazes de **reduzir desperdícios**.

Algumas melhorias:

- Dados clínicos do paciente em tempo real
- Visão do conjunto de pacientes
- Banco de dados com evidências médicas
- Mais informações sobre a condição de saúde de cada paciente
- Agilidade na unitarização dos medicamentos
- Mais qualidade e segurança nos processos

Conclusão

A busca pela melhoria contínua é incansável e algumas organizações já questionam o acréscimo de um quarto objetivo no **Triple Aim** o **Quadruple Aim**.

O quarto objetivo mais citado por organizações de saúde é o de **ter alegria** no trabalho (*joy in work*).

O IHI apoia as organizações, mas lembra que o foco não deve deixar de ser no paciente.

Para eles, na grande maioria das instituições os três objetivos do Triple Aim ainda não foram alcançados e há um longo caminho a ser percorrido.

Por isso, devemos manter cuidado para não perder o foco.

A alegria e a paixão no trabalho são essenciais, pois, sem o envolvimento tudo fica mais difícil.

O diálogo, os alinhamentos, as necessidades do mercado, as negociações e a transparência são fundamentais para que os funcionários enxerguem os objetivos da organização junto aos sentimentos dos pacientes.

As lideranças devem encorajar as pessoas a serem otimistas e possibilitar experiências capazes de gerar além de inteligência a oportunidade.

É importante uma equipe que pense junto para atingir os propósitos comuns de qualidade e os objetivos da organização.

O ambiente de trabalho não deve oferecer más condições de trabalho e riscos à própria saúde do trabalhador.

As metas de cada organização devem ser muito bem definidas e bem claras. Além de profissionais de saúde muito bem engajados na qualidade e na **Segurança do Paciente**.

Afinal, são as metas que estruturam o trabalho, e com isso os resultados serão compensatórios.

No Triple Aim está bem claro que, os cuidados em saúde não existem apenas para cuidar das pessoas quando estão doentes, todo processo de cuidado é uma corrente que não deve ser arrebatada.

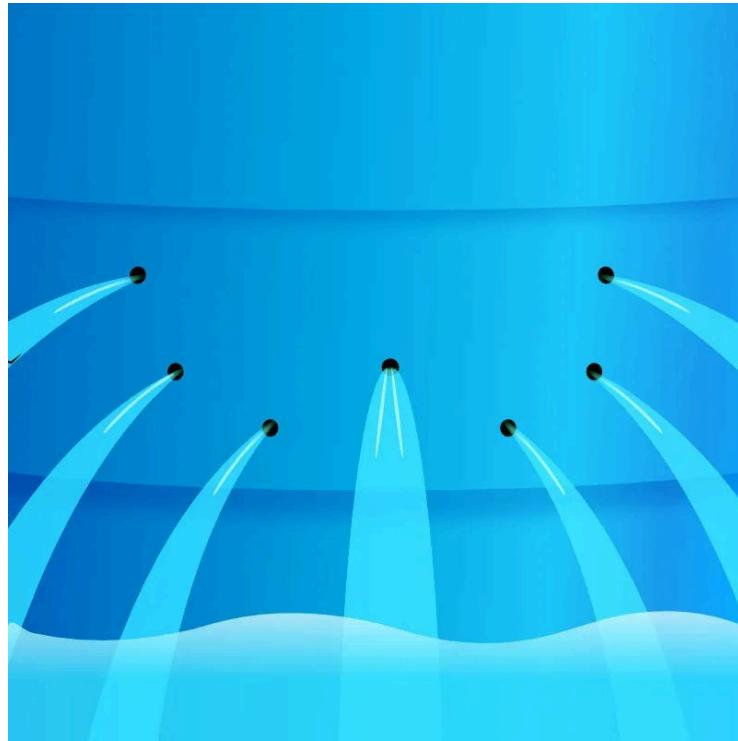
É preciso promover a saúde, organizando os cuidados em uma rede de prevenção e acompanhamento, sempre com qualidade e redução de custos.

Leia mais sobre **Segurança do Paciente** [aqui](#).

7 desperdícios na Saúde

September 3, 2021

Categories: Artigos



Primeiro é preciso apresentar a definição da palavra desperdícios.

No dicionário, o substantivo masculino **desperdício** significa "despesa ou gasto exagerado; esbanjamento" e "uso sem proveito; perda".

Esses significados já conseguem dimensionar como os desperdícios são prejudiciais em qualquer ocasião.

Na saúde, a metodologia **LEAN** busca diminuir variações e melhorar processos e isso permite a **redução dos desperdícios**, ela promove o entendimento das rotinas dos hospitais, além de exigir ações que agreguem valor e satisfação aos pacientes.

Esse termo **agregar valor aos pacientes** hoje tem muita atenção, devido a importância de melhorias com foco nos pacientes.

O **LEAN na saúde** procura facilitar, melhorar, agilizar e baratear os processos.

Para isso, é muito importante identificar e analisar quais as atividades nos hospitais que:

- **Agregam valor** (Ex: Check list antes das cirurgias);
- **Não agregam valor, mas são necessárias** (Ex: preenchimento de diversas fichas para receber reembolso de consulta médica);
- **Não agregam valor** (Ex: Atrasos dos exames dos pacientes).

Para identificar essas atividades os funcionários assistenciais, que estão na linha de frente são os mais capacitados, pois eles conhecem onde estão as falhas e os acertos do dia-dia. Afinal são eles que realizam os processos e conseguem sentir os seus resultados.

Depois dessa classificação, será possível definir quais atividades consomem muita ou pouca energia dos processos e quais deles agregam muito, pouco ou nenhum valor para os pacientes. E isso é fundamental para atingir os

desperdícios.

Na indústria, foi o engenheiro da Toyota, **Taiichi Ohno** quem identificou os 7 principais desperdícios no setor e a partir deles também foi possível determinar os **7 principais desperdícios na saúde**.

São eles:

1. **SUPERPRODUÇÃO** (Ex: a repetição e a realização de exames desnecessários);
2. **ESPERA** (Ex: a espera por consultas, por cirurgias e por materiais);
3. **TRANSPORTE** (Ex: de materiais, de aparelhos e de pacientes);
4. **CIRCULAÇÃO** (Ex: de pessoal, de materiais, de aparelhos);
5. **INVENTÁRIO – ESTOQUE** (Ex: Materiais e medicamentos à mais do que o necessário);
6. **ERROS E DEFEITOS** (Ex: erros com medicamentos, erros em cirurgias, máquinas paradas, retrabalhos, falhas);
7. **SUPERPROCESSAMENTOS** (Ex: repetição de atividades, perguntar várias vezes a mesma coisa).

Outro desperdício que não foi citado acima, mas que também é muito importante é o **desperdício de talento humano**.

É preciso escutar e dar atenção aos funcionários, pois eles, são grandes barreiras para evitar falhas.

Diversos colaboradores identificam processos mal desenhados relacionados aos cuidados de saúde. E devido as suas experiências conseguirão impedir que erros se repitam ou que não aconteçam. Por isso, não valorizar os colaboradores também é um desperdício.

Conclusão

Na Saúde os custos são cada dia mais altos, são novas tecnologias, novos problemas, novos investimentos. É necessário desenvolver estratégias para **eliminar os desperdícios**.

Segundo o [Conselho Nacional de Saúde](#) do Governo Federal, em 2019 a saúde deixou de ter um investimento de R \$20 bilhões.

Esse valor mostra que foram investidos na saúde brasileira em 2019, menos de 15% do recurso da receita da União.

O IBGE apresentou em 2019 que em 2034 o percentual da população acima de 65 anos vai atingir 15% de toda população brasileira, e em 2060 vai atingir 25,5%.

Isso significa, que esse envelhecimento populacional exigirá um investimento de R\$50,7 bilhões em saúde entre 2020 e 2027.

Mas de acordo com a [Agência Brasil](#), 30% dos gastos em saúde privada no Brasil são destinados aos desperdícios.

É muito dinheiro consumido para cobrir erros, que na sua grande maioria são evitáveis. Isso tem que acabar.

É fundamental medir, analisar, melhorar e controlar resultados, para desenvolver melhorias de maneira estruturada.

Para isso as modificações têm que ser efetivas e agregarem valor.

Todos os profissionais, os gestores, os pacientes, os financiadores e os compradores devem estar unidos em torno de um objetivo comum: **Mudanças que contemplam a redução de custos sem reduzir a qualidade e a segurança**.

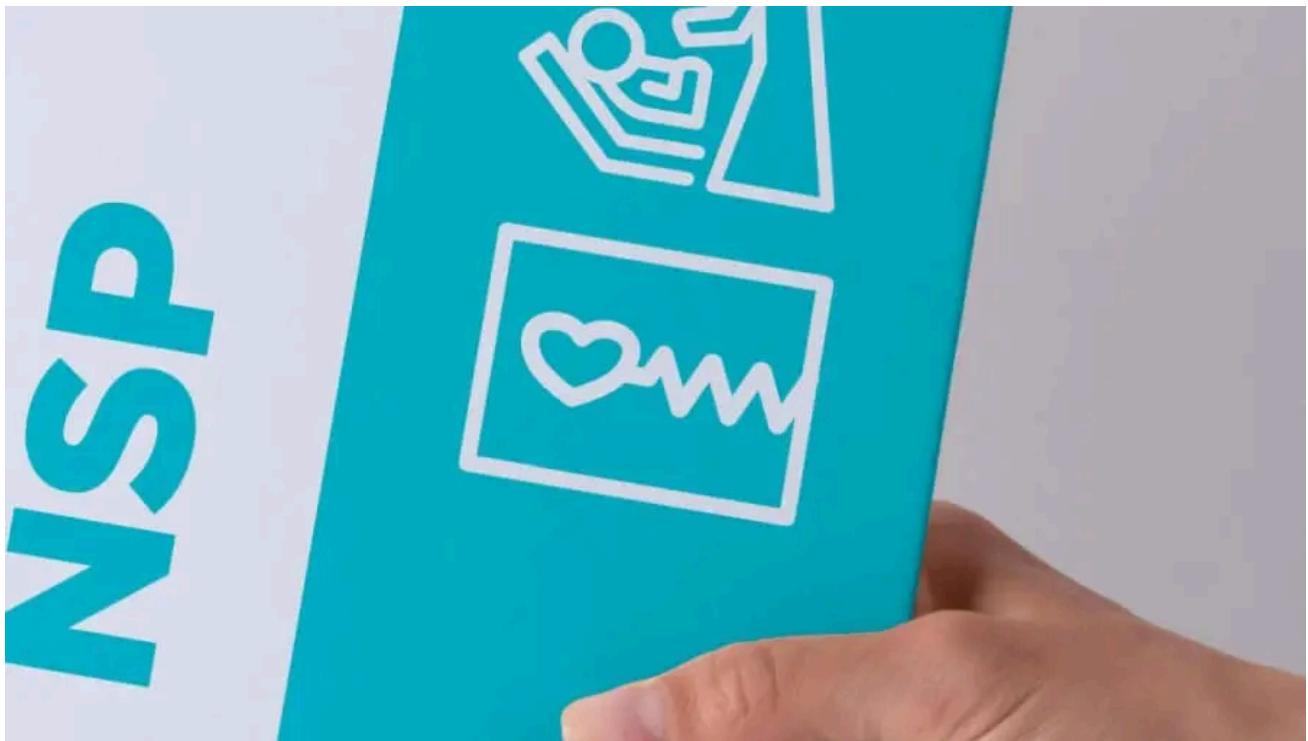
Leia mais sobre **Eventos Adversos** [aqui.](#)

Núcleo de Segurança do Paciente

October 13, 2021

Categories: Artigos

Tags: farmácia hospitalar, hospital, opuspac, segurança do paciente



Introdução

Em abril de 2013 a ANVISA publicou a Portaria nº 529 que insere na saúde do Brasil a preocupação com a **Segurança do Paciente**.

A portaria foi de grande valia mesmo 14 anos após a publicação do relatório "To Err is human", considerado primeiro marco da Segurança do Paciente no mundo, pois foi a partir dele que esse tema ganhou foco.

Essa norma definida pela ANVISA regulamenta o início da atenção para a Segurança do Paciente no Brasil.

Foram considerados diferentes aspectos para essa decisão do início do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP): a recomendação da OMS, os altos números de **Eventos Adversos** (EAs) no país e o enfoque multidisciplinar do assunto que engloba diretamente questões relacionadas à **Qualidade** e **Gestão de Riscos**.

O objetivo geral da portaria preza pela qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde no Brasil.

Os objetivos específicos da portaria estão resumidos em:

- Envolver os pacientes e seus familiares nas ações de Segurança do Paciente
- Produzir, organizar e difundir conhecimentos para a sociedade sobre a Segurança do Paciente
- Promover a cultura de Segurança, no ensino na área da saúde, sobre a Segurança do Paciente

Em Julho de 2013 a ANVISA definiu, através da [RDC nº 36/2013](#), ações para promoção da Segurança do Paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

A primeira ação foi a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em serviços de saúde.

Função do Núcleo de Segurança do Paciente

O NSP deve ser formado por membros com capacidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

Suas principais diretrizes devem envolver:

- A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologia da saúde
- Disseminação sistemática da cultura de segurança por todos os setores do estabelecimento de saúde
- Articulação e integração dos processos de Gestão de Risco
- Garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde

Suas principais ações são:

1. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação para os funcionários
2. Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes aos pacientes
3. Implantar os Protocolos de segurança do Paciente e realizar o monitoramento de seus indicadores
4. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes ocorridos
5. Divulgar e compartilhar os resultados das análises e avaliações dos incidentes
6. Notificar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os EAs decorrentes do cuidado de saúde
7. Acompanhar e difundir os alertas sanitários e demais notificações divulgadas pelas autoridades

Conclusão

A publicação pela ANVISA dessa norma que envolve a atenção na Segurança do Paciente é muito importante, pois através dela, mesmo instituições de pequeno porte devem incluir em suas prioridades a necessidade da qualidade e da segurança, que caminham juntas.

A falta de atenção para os EAs permite a transformação deles em problemas maiores que aumentam as chances de falhas nos processos.

Infelizmente até hoje, em 2021, muitos hospitais espalhados pelo Brasil ainda não reconhecem a importância dos Núcleos de Segurança do Paciente, e por isso em vários deles, a implantação dos protocolos de segurança e as notificações dos EAs, por exemplo, ainda não fazem parte da rotina das equipes multidisciplinares.

As ações dos NSP quando forem bem executadas em todo país permitiram salvar vidas e gerar dados verdadeiros sobre a situação dos EAs no Brasil.

Abaixo segue um vídeo, disponibilizado pela EAD ANVISA, que auxilia em como notificar para a Vigilância Sanitária sobre eventos adversos ocorridos durante a assistência em serviços de saúde: