

# Global Clinical Journal

*Conectando e desenvolvendo a nossa comunidade de médicos para melhor atender as pessoas*



*Unidos de Corazón, Oliva Allamand L., 2010  
Clínica Santa María, em Santiago, no Chile*

---

### **Imagem da capa**

A pintura “Unidos de Corazón” (“Unidos pelo Coração”) foi criada pela artista Oliva Allamand L., juntamente com 100 crianças que passaram por cirurgias cardíacas na Clínica Santa María, em Santiago, no Chile. A pintura foi finalizada em 31 de julho de 2010 e está exposta na sala de espera da unidade de terapia intensiva cardiovascular pediátrica do Centro de Cardiologia da Clínica Santa María.

# Uma mensagem da Chief Medical Officer

Eu me lembro de quando era uma jovem médica recém-formada, fazendo o Juramento de Hipócrates e refletindo sobre a imensidão da tarefa que se apresentava diante de mim. Esse momento foi o ápice do meu sonho de infância de me tornar uma médica. Embora a minha jornada profissional tenha tomado muitos rumos, incluindo Medicina Rural, na Nigéria; Cardiologia Clínica, no Reino Unido; Medicina Interna e Medicina Geriátrica, nos Estados Unidos; e, agora, o cargo de Chief Medical Officer de uma organização global de cuidados de saúde, o juramento de Hipócrates permaneceu uma constante durante todo esse tempo.

Os médicos que fazem o juramento hipocrático moderno se comprometem com o seguinte: “...*aplicar os regimes para o bem do doente segundo o seu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém.*” Todos os profissionais da área de cuidados com a saúde — clínicos e não clínicos — confirmam esse princípio fundamental, de uma forma ou de outra, em seu trabalho diário. Ele se aplica às equipes, aos sistemas e às organizações de cuidados de saúde — e, portanto, a todos nós.

Os valores da Nossa Cultura United se alinham fortemente a esse princípio básico e determinam que os cuidados que oferecemos, nas palavras de Hipócrates, “*não causem dano ou mal*” àqueles que atendemos. A qualidade clínica e a segurança do paciente são fundamentais para a nossa missão e, por isso, são o tema perfeito para esta primeira edição da Global Clinical Journal.

Nossos 54 hospitais, 225 clínicas e centros ambulatoriais e quase 36 mil médicos estão todos envolvidos em oferecer tratamento para as pessoas que atendemos a cada dia. É essencial oferecermos cuidado seguro e com a qualidade ideal para os mais de 7 milhões de indivíduos a quem temos o privilégio de servir. Nós conquistamos o direito de servir nossas comunidades, *primeiramente, não causando dano a elas.*

Nosso trabalho de qualidade e segurança do paciente é guiado por três pilares fundamentais:

- **Uma visão centrada no paciente:** estamos comprometidos com o fornecimento de um ecossistema de cuidados de saúde em torno de cada pessoa que garanta qualidade máxima e tratamento seguro, onde quer que ela possa encontrar nossos serviços de tratamento e ao longo de todo o processo de cuidados de saúde.
- **Confiança, respeito e inclusão:** vamos manter um ambiente de confiança, respeito e inclusão para todas as partes interessadas, incluindo os membros da equipe e as pessoas que atendemos.
- **Uma cultura justa:** responsabilizamos-nos por permanecer unidos como equipe para identificar e corrigir deficiências no projeto do sistema, na segurança do paciente e no comportamento humano.

Qualidade e segurança do paciente vieram para ficar — nós simplesmente não podemos fazer nosso trabalho sem que estejam presentes.

O conteúdo desta edição reflete alguns dos nossos melhores aprendizados clínicos entre todas as nossas atividades. Ele é destinado ao público clínico e ao não clínico. Depois de lê-lo, espero que você se sinta inspirado e pronto para ajudar a dar vida aos três pilares da qualidade e segurança do paciente.

Agradeço a sua parceria e o seu engajamento contínuos à medida que trabalhamos juntos para *ajudar as pessoas a viver de forma mais saudável e contribuir para que o sistema de saúde funcione melhor para todos.*



**Dra. Margaret-Mary G. Wilson, MBA, MRCP, FNMCP**  
Chief Medical Officer e Vice-presidente sênior  
UnitedHealthcare Global

## Membros do Conselho Consultivo da Global Clinical Journal

**Dr. Margaret-Mary Wilson, MBA, MRCP, FNMCP**  
Chief Medical Officer e  
Vice-presidente Sênior  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
margaret.wilson@  
uhcglobal.com

**Dr. Filipe Basto, AMH**  
Diretor Médico  
Lusiadas Saúde  
Portugal  
carlos.goncalves.basto@  
lusiadas.pt

**Dr. Claudia Boda, AMH**  
Diretora de Gerenciamento  
de Saúde  
Colmédica/Aliansalud  
Colômbia  
claudialb@colmedica.com

**Dr. Bernie Elliott**  
Diretor de  
Transformação Clínica  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
bernie.elliott@  
uhcglobal.com

**Jack Ellis**  
Analista de Negócios Sênior  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
jack.ellis@uhc.com

**Dr. Pedro García Aspillaga, MBA**  
Diretor Médico  
Isapre Banmédica/  
Vida Tres  
Chile  
pgarcia@banmedica.cl

**Hilary Lyon, RN, MPH, MBA**  
Vice-presidente de  
Programas Clínicos Globais  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
hilary.lyon@uhcglobal.com

**Dr. Jorge Ospina**  
Vice-presidente Clínico  
Clínica del Country/  
Clínica La Colina  
Colômbia  
jorge.ospina@  
clinicadelcountry.com

**Dra. Laís Perazo, MBA**  
Diretora Executiva de  
Qualidade e Gestão Clínica  
Americas Serviços Médicos  
Brasil  
lperazo@uhgbrasil.com.br

**Dr. Luis Ramírez**  
Diretor de Qualidade e  
Segurança  
SANNA/Clínica San Felipe/  
Aliada  
Peru  
luis.ramirez@sanna.pe

**Dra. Ana Ramos Rojas, MHM**  
Diretora Médica  
Pacífico  
Peru  
aramos@pacifico.com.pe

**Dr. Alexandre Rosé**  
Diretor Médico  
Amil  
Brasil  
arose@amil.com.br

**Maria Frias Rosengren, MBA**  
Diretora de Comunicação  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
maria.rosengren@uhg.com

**Melinda D. Sawyer, DrPH, MSN, RN, CNS-BC**  
Vice-presidente de  
Qualidade Clínica e  
Segurança do Paciente  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
melinda\_sawyer@  
uhcglobal.com

**Dr. Phil Sharples, MBBS, MRCP, DRCOG, DOccMed, DTM**  
Diretor Médico Sênior  
UnitedHealthcare Global  
Solutions  
Reino Unido  
phil.sharples@  
uhcglobal.com

**Ali Tews**  
Diretor de Desempenho  
Clínico Global  
UnitedHealthcare Global  
Chile  
alison.tews@uhcglobal.com

**Dr. Cristian Ugarte Palacios**  
Diretor Médico  
Empresas Banmédica –  
Serviços de Saúde  
Chile  
cugarte@  
empresasbanmedica.com

**Mike Vaughan, MPP**  
Vice-presidente de  
Economia em Saúde  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
mvaughan@uhc.com

**Dr. David Velásquez Echeverri**  
Diretor Médico  
Colmédica/Aliansalud  
Colômbia  
DavidV@colmedica.com

**Olivia Young**  
Consultora de Comunicação  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
olivia.young@uhc.com

## Comitê Editorial

**Dra. Margaret-Mary Wilson, MBA, MRCP, FNMCP**  
Chief Medical Officer e  
Vice-presidente Sênior  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
margaret.wilson@uhcglobal.com

**Dr. Bernie Elliott**  
Diretor de Transformação Clínica  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
bernie.elliott@uhcglobal.com

**Hilary Lyon, RN, MPH, MBA**  
Vice-presidente de Programas  
Clínicos Globais  
UnitedHealthcare Global  
Estados Unidos  
hilary.lyon@uhcglobal.com

**Dr. Tomás Romero**  
Diretor de Qualidade  
Clínica del Country/  
Clínica La Colina  
Colômbia  
tomas.romero@  
clinicadelcountry.com

**Dr. Alexandre Rosé**  
Diretor Médico  
Amil  
Brasil  
arose@amil.com.br

---

### Cartas ao editor:

Envie comentários,  
sugestões e perguntas para  
globalclinical@uhcglobal.com

## Índice

Prescrição Eletrônica Segura de Medicamentos nos Centros Médicos Colmédica, na Colômbia . . . . .	4
Uso de Tecnologia da Informação para Melhorar a Comunicação e a Segurança no Hospital de Cascais, da Lusíadas Saúde, em Portugal . . . . .	6
Unidades de Cuidados Contínuos: Prevenção de Hospitalizações Desnecessárias por Meio de Inovação, no Brasil. . . . .	8
Implementação de Diretrizes de Gestão de Assistência Clínica Baseada em Evidências nas Empresas Banmédica, no Chile . . . . .	10
Soluções para Qualidade: Breves Relatórios . . . . .	12
<i>Envolvendo os Pacientes em uma Cultura de Segurança: a Importância dos Medicamentos Crônicos de Alto Risco . . . . .</i>	<i>12</i>
<i>Administração de Antimicrobianos em Hospitais. . . . .</i>	<i>13</i>
<i>Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital por Meio de Protocolos de Manutenção na Intervenção da Infraestrutura . . . . .</i>	<i>14</i>
<i>Avaliação da Qualidade do Care in Motion (Cuidados Durante o Transporte) . . . . .</i>	<i>15</i>
Publicações Recentes Seleccionadas . . . . .	16
Oportunidades de Treinamento. . . . .	17

# Prescrição Eletrônica Segura de Medicamentos nos Centros Médicos Colmédica, na Colômbia

## Introdução

O negócio de Colmédica Medicina Prepagada (Medicina Pré-Paga da Colmédica) desenvolveu um sistema de alertas automáticos em prontuários médicos eletrônicos que avisa os médicos sobre erros na prescrição e riscos criados pelo uso de certas medicações prescritas em determinados quadros clínicos do paciente.

## A necessidade

Globalmente, os erros de prescrição de medicações estão entre as principais causas de eventos adversos.<sup>1</sup> O sistema de alerta tem como objetivo melhorar a segurança do tratamento ao reduzir a ocorrência de erros relacionados à medicação e aos eventos adversos.

## O programa

Os seguintes alertas foram desenvolvidos para aparecerem automaticamente quando um médico estiver atualizando os prontuários médicos do paciente:

- **Dose máxima:** Indica se a dose prescrita excede a máxima recomendada.
- **Interações medicamentosas:** Indica que as interações entre os medicamentos prescritos podem comprometer a eficácia ou a segurança do tratamento.
- **Medicamento-idade:** Indica os riscos que a prescrição de medicamentos pode representar para pacientes com menos de 18 anos e idosos.
- **Medicamento-gravidez:** Indica se os medicamentos prescritos geram ou não riscos durante a gravidez.
- **Medicamento-quadro clínico:** Indica os riscos que os medicamentos prescritos podem causar em função do histórico médico do paciente.
- **Histórico de alergias:** Indica se o paciente tem um histórico de alergia a uma medicação prescrita ou se existe um risco de hipersensibilidade cruzada.
- **Duplicação:** Indica se as medicações prescritas têm o mesmo princípio ativo ou princípios ativos com ações muito semelhantes.

O procedimento para desenvolvimento dos alertas consistiu nas seguintes etapas críticas:

- Seleção de medicamentos para incluir no sistema de alerta, levando-se em conta a frequência de prescrição e a margem terapêutica.
- Definição dos parâmetros para cada alerta.
- Implementação das alterações necessárias no prontuário eletrônico.

- Entrada das informações necessárias dos bancos de dados de referência na tabela paramétrica, de modo a gerar alertas.
- Teste antes da implementação.
- Ajustes de acordo com os resultados do teste.
- Emissão de um memorando informativo para a equipe médica.
- Lançamento.
- Avaliação contínua e comentários sobre os resultados.

A equipe de desenvolvimento envolveu um farmacêutico, um epidemiologista, um farmacologista, um auditor médico, um gerente de qualidade clínica e engenheiros de sistemas.

O investimento para o desenvolvimento do sistema de alerta — incluindo honorários, colaboradores e sistemas de informação — foi de US\$ 223.653,00, entre 2014 e 2018.

## Resultados

Desde a sua implementação, o sistema já gerou um conjunto coerente de tendências categorizadas por tipo de alerta, como:

**Dose máxima:** Os medicamentos mais comumente envolvidos no alerta de dose máxima foram esomeprazol e desloratadina, que representaram 55% desses avisos. Erros de entrada de dados foram responsáveis por 7% deles.

**Medicamento-idade:** Após o lançamento desse alerta, em janeiro de 2018, as prescrições de alto risco para pessoas com menos de 18 anos de idade foram estatisticamente reduzidas. A prescrição de relaxantes musculares e medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) para pessoas com mais de 60 anos (consulte as Figuras 1 e 2) também foi reduzida.

**Gravidez:** Após o lançamento desse alerta, em 2017, nenhuma prescrição foi gerada para medicamentos registrados na tabela paramétrica com categoria D ou X da Agência de Administração de Alimentos e Medicamentos dos EUA (*Food and Drug Administration, FDA*).

**Medicamento-quadro clínico:** O lançamento desse alerta, em agosto de 2018, reduziu a porcentagem de prescrições que podem gerar riscos devido ao histórico médico de um valor alto, de 24%, para um valor baixo, de um pouco mais de 2% (consulte a Figura 3).

## Lições aprendidas

- Verificar todos os alertas de dose durante as consultas, especialmente os de dose máxima, que podem ocorrer devido a erros de entrada de dados e seleção de posologia inadequada.
- Simplificar o processo de feedback para profissionais de saúde e prescritores.
- Criar um processo para a atualização de alertas quando novas evidências ou necessidades surgirem. Conforme necessário, este deve incorporar um número maior de medicamentos e modificar os alertas atuais.
- Elaborar uma estratégia para otimizar a coleta de dados a fim de obter um cenário mais completo do impacto do projeto, sem sobrecarregar o sistema de prontuários médicos.

## Conclusão

O sistema de alerta tornou possível detectar as causas de superdosagem e reduzir a prescrição de medicamentos que geram riscos para crianças, mulheres grávidas, idosos e pacientes com comorbidades. Aprimorar a coleta de dados ajudará a melhor determinar o impacto completo do programa. Por fim, como o sistema foi desenvolvido de forma independente, ele pode ser facilmente adaptado para as necessidades futuras da organização e da população de pacientes.

*Este artigo foi originalmente escrito em espanhol e traduzido para o nosso idioma.*

<sup>1</sup>Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível no link: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=90299A329BC51EA94FA4D18ABA1E49A5?sequence=1>

## Autores

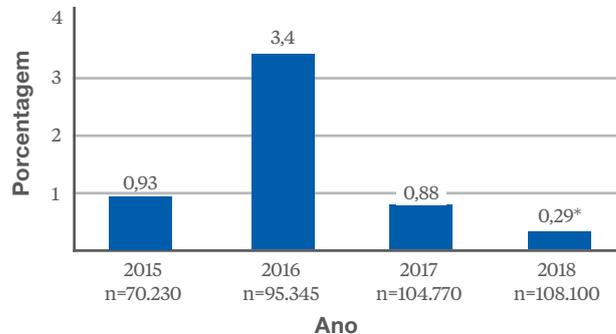
Dra. Irina Caro Cediel, médica; mestre em gestão de risco; especialista em gerenciamento de cuidados de saúde e qualidade de auditoria, Irinac@colmedica.com

Dr. Edgar Cortes Ostos, médico; MSc em administração de saúde; especialista em marketing na EAFIT; especialista em controle de qualidade e auditoria; MSc em Recursos Humanos, Edgarc@colmedica.com

Liliana Romero Ramos, enfermeira; especialista em epidemiologia, Carolinar1@colmedica.com

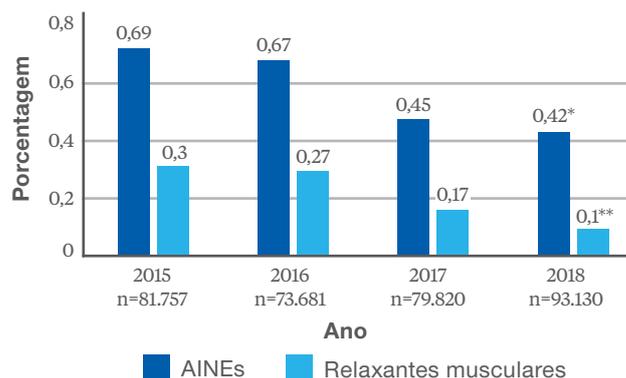
Dr. Gabriel Tribiño, médico; MSc em farmacologia, MSc em epidemiologia clínica, Gabrielft@colmedica.com

**Figura 1.** Percentagem de prescrições incluídas no subsistema medicamento-idade em relação ao número total de consultas de pacientes com menos de 18 anos de idade



\*p = 0,003 vs. 2015, 2016 e 2017

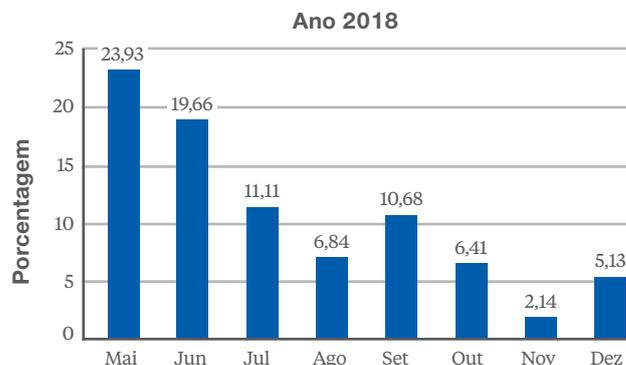
**Figura 2.** Percentagem das prescrições de AINEs e relaxantes musculares em relação ao número total de consultas em pacientes com mais de 60 anos de idade



\*p = 0,003 vs. 2015 e 2016

\*\*p = 0,003 vs. 2015, 2016 e 2017

**Figura 3.** Percentagem de prescrições que geram riscos de acordo com o histórico médico



# Uso de Tecnologia da Informação para Melhorar a Comunicação e a Segurança no Hospital de Cascais, da Lusíadas Saúde, em Portugal

## Introdução

Em dezembro de 2017, o Hospital de Cascais — parte da Lusíadas Saúde — tornou-se o primeiro hospital em Portugal a alcançar a certificação de *Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM)* de Estágio 7 (o nível mais elevado possível) pela *Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS)*. Essa conquista deu-se devido à adoção pelo hospital de prontuários médicos eletrônicos (*Electronic Medical Records, EMRs*) e outras tecnologias para melhorar os resultados e unir pacientes e médicos. Dois outros hospitais do sistema têm certificação de Estágio 6, e a Lusíadas Saúde planeja expandir os projetos de certificação para as demais unidades da rede, agregando valor tanto para pacientes quanto para médicos.

## A necessidade

Às vezes, a tecnologia pode distanciar os profissionais da saúde de seus pacientes. Esse trabalho no Hospital de Cascais mostra que a tecnologia, quando desenvolvida com o envolvimento de médicos e pacientes, pode unir as duas partes e permitir um tratamento melhor e mais seguro.

## O Projeto High-Care (Assistência Máxima)

O Hospital de Cascais é uma parceria público-privada — um hospital público com gerenciamento privado das operações clínicas. Essa estrutura singular, um escopo controlado da assistência em certas especialidades e uma equipe entusiasmada e habilitada forneceram as condições ideais para partir em busca da certificação da HIMSS.

A jornada da implementação de tecnologia no hospital começou quando a equipe identificou ineficiências e lacunas nos processos de enfermagem — questões que geraram insatisfação de colaboradores e pacientes. Embora houvesse algumas tecnologias, elas não atendiam às necessidades dos membros da equipe ou dos pacientes.

Com uma equipe multidisciplinar liderada pelo diretor de Informática de Enfermagem do Hospital de Cascais (*Chief Nursing Informatics Officer, CNIO*), todo o processo de enfermagem foi analisado e reformulado. As novas tecnologias foram introduzidas para o benefício dos pacientes e com o envolvimento de toda a equipe clínica. Esse projeto, chamado de Projeto High-Care (*high-tech + high-touch*) incorpora o espírito que a equipe da Lusíadas Saúde traz para tudo o que faz a fim de melhorar a assistência hospitalar.

## Os elementos do Projeto de High-Care incluem:

1. Ferramentas de cabeceira, que permitem que os enfermeiros façam o atendimento e as anotações bem próximos do paciente.
2. Monitoramento presencial dos sinais vitais e dos parâmetros de ventilação mecânica na unidade de terapia intensiva, que são transmitidos em tempo real para os prontuários médicos eletrônicos do paciente.
3. Rastreamento em tempo real do preparo, da dispensação e da administração de medicamentos e transfusões de sangue.
4. Utilização de novos sistemas de apoio à decisão clínica pela equipe de cirurgia de quadril no Pronto Socorro.

## Resultados

Os ciclos fechados, suportados pelo uso dessa tecnologia, asseguram os “cinco direitos” da administração segura de medicação, sangue e leite materno: paciente certo, medicamento certo, momento certo, dose certa e via certa. A coleta, o preparo e a administração desses componentes são totalmente rastreáveis e mensuráveis, permitindo que a equipe mude comportamentos e melhore esses processos e circuitos. Ciclos fechados não apenas mitigam os riscos, diminuem os erros e melhoram a qualidade, mas também — ao contrário da norma — colocam os profissionais de saúde cada vez mais próximos dos pacientes. Após a implementação dessa tecnologia no leito, o Net Promoter Score da satisfação do paciente aumentou de 37 para 63.

O programa de aceleração de cirurgia do quadril do Hospital de Cascais é outro exemplo de como o hospital usou a tecnologia para facilitar a comunicação, melhorar os resultados e ajudar os médicos a fazerem seu trabalho. Os sistemas de suporte à tomada de decisões são integrados com o Sistema de Triagem de Manchester, que facilita a identificação desses pacientes, acelerando o fluxo geral deles pelo hospital. As relevantes mensagens desencadeadas pelo EMRs às equipes de cuidado proporcionam atendimento em tempo hábil dos times de anestesia e reabilitação. Esse programa reduziu o tempo até a cirurgia para impressionantes 36 horas. Ele também diminuiu a média de duração da internação em quatro dias e, conseqüentemente, as taxas de mortalidade desses pacientes no hospital caíram para 2,2%.

## Lições aprendidas

O envolvimento do clínico e uma mentalidade multidisciplinar são fundamentais. Envolver os médicos nos projetos, desde o início, faz toda a diferença. Não somente eles compreendem melhor os processos de assistência — inclusive o que deve ser melhorado — mas o seu envolvimento também dá a eles um real sentido de propriedade das alterações de tecnologia. Ter liderança forte, transparente e resiliente e uma disposição para investir também foi fundamental para a mudança. O time do Hospital de Cascais teve a sorte de ter esse alinhamento, para acelerar a tomada de decisões e capacitar as equipes.

O processo de tentativa e erro foi um obstáculo, mas também instigou a equipe a repensar as decisões que não estavam funcionando. O time tomou conhecimento de que é importante comemorar as pequenas vitórias ao longo do caminho. Isso fortalece o espírito de equipe e dá ao time o ímpeto para continuar.

## Conclusão

A tecnologia, quando introduzida com envolvimento do clínico habilitado, oferece benefícios aos pacientes, incluindo menos erros e melhores resultados de saúde. Há definitivamente mais a aprender, mas já temos diversos estudos de casos em várias áreas do hospital (financeira, eficiência, médica, etc.) que mostram claramente os ganhos “antes e depois”. Hospitais orientados para tecnologia e dados poderão se tornar organizações altamente confiáveis mais rapidamente e com mais consistência do que aqueles que não o são.

*Este artigo foi originalmente escrito em inglês e traduzido para o nosso idioma.*

---

## Autores

Dra. Ana Alves Prado, diretora de Informações Clínicas,  
Hospital de Cascais, Lusíadas Saúde.  
ana.noeme.prado@hospitaldecascais.pt

Dra. Eduarda Reis, presidente, Conselho Médico da Lusíadas  
Saúde, diretora médica, Hospital de Cascais.  
maria.eduarda.reis@hospitaldecascais.pt

---

*Esse trabalho no Hospital de Cascais mostra que a tecnologia, quando desenvolvida com o envolvimento de médicos e pacientes, **pode unir as duas partes e permitir um tratamento melhor e mais seguro.***

# Unidades de Cuidados Contínuos: Prevenção de Hospitalizações Desnecessárias por Meio de Inovação, no Brasil

## Introdução

A sinergia entre incentivos financeiros por volume, fácil acesso ao pronto-socorro (PS) e falta de integração dos serviços de emergência com a rede ambulatorial contribui para o aumento de internações clínicas de baixa complexidade e admissões hospitalares de curta duração.<sup>1,2,3</sup>

O time de Gestão Clínica da Amil, do UnitedHealth Group Brasil, analisou 900 mil internações hospitalares em 100 hospitais da rede credenciada nos últimos três anos. Mais de 50% dos pacientes foram internados pelo PS com condições de baixa complexidade e tiveram uma permanência inferior a 48 horas. O estudo mostrou que a maioria desses casos não exigia internação e teria se beneficiado da gestão de atendimento de emergência integrada às instalações ambulatoriais.

A criação da Unidade de Cuidados Contínuos (UCC) ou *Continuous Care Unit* se originou de uma necessidade de evitar hospitalizações desnecessárias para esse perfil de paciente e oferecer um atendimento após a alta do PS que proporcionasse a continuidade dos serviços ambulatoriais. O conceito de UCC incorpora elementos do modelo de cuidados da unidade de observação dos Estados Unidos.

## Implementação da UCC

UCCs são unidades que geralmente estão situadas no Departamento de Emergência do hospital e fornecem serviços bem definidos, específicos e clinicamente adequados para condições de baixa complexidade. Isso inclui tratamento, diagnóstico e monitoramento contínuo de curto prazo. A resposta ao tratamento da UCC determina se o paciente será internado ou se receberá alta. Não há um período de tempo definido para que uma decisão deva ser tomada em relação a um paciente ser internado ou receber alta. Na média, esses pacientes dificilmente ficam na unidade por mais de 24 horas.

As primeiras UCCs foram instaladas em hospitais com alto nível de governança clínica, níveis elevados de envolvimento médico e equipes de médicos de PS e de enfermagem altamente treinadas. Esses critérios foram considerados de importância crucial para mitigar o risco de comprometer a qualidade clínica e a segurança do paciente. As condições clínicas elegíveis para o modelo de UCC foram selecionadas com base na complexidade, no conhecimento especializado de hospitais e na especialidade médica.

## Os principais indicadores de desempenho foram:

- Número de pacientes admitidos que atendiam aos critérios da UCC, mas não foram internados na UCC
- Duração da permanência nas UCCs (em horas)
- Número de internações evitadas
- Taxa de conversão UCC e Emergência (% de admitidos no hospital pela UCC e pela Emergência)

Todos os pacientes que receberam alta da UCC são monitorados por um mês para identificar o retorno ao PS após a alta.

## Condições elegíveis para o nível de assistência da UCC:

1. Anemia
2. Anemia falciforme
3. Asma
4. Cefaleia
5. Celulite (infecções cutâneas)
6. Cólica renal
7. Convulsões
8. Desidratação (inclui hiponatremia e hipocalemia)
9. Dor abdominal
10. Dor torácica
11. Fibrilação atrial
12. Gastroenterite aguda
13. Hipertensão arterial
14. Infecção do trato urinário
15. Insuficiência cardíaca congestiva leve
16. Intoxicação exógena
17. Lombalgia
18. Náusea/vômitos
19. Pneumonia
20. Sangramento gastrointestinal inferior
21. Síncope de menor risco

## Resultados

De setembro de 2018 a julho de 2019, 24 Unidades de Cuidados Continuados foram implantadas, e os resultados iniciais nos deixam extremamente convencidos do seu potencial para contribuir com a melhora do sistema de saúde no Brasil. Desde a abertura da nossa primeira UCC, o número de pacientes que são admitidos mensalmente no modelo, com o critério adequado, aumentou de 62 para 3.078.

Nesse mesmo período, o número de hospitalizações evitadas subiu de 13 para 920 (Tabela 1). E a duração da estadia na UCC caiu de mais de 16 horas para 13 horas. O que demonstra rápida maturidade e potencial de escalabilidade no curto prazo.

No Hospital da Luz e no Paulistano, onde as primeiras UCCs foram implementadas, as taxas de conversão da emergência caíram aproximadamente 1,5% em ambos, (no Luz, de 7,98% para 6,51%; e, no Hospital Paulistano, de 10,95% para 9,46%) (Tabela 2). Além disso, todos os pacientes com alta da UCC foram acompanhados durante 1 mês, e não foi relatado nenhum evento adverso até o momento.

## Discussão

As internações inapropriadas impactam adversamente a segurança do paciente e aumentam o risco de complicações adquiridas no hospital e o custo total do cuidado. O modelo UCC facilita a provisão de cuidados baseados em evidências e bom custo-benefício para condições de baixa complexidade e evita as ineficiências motivadas por internações hospitalares inapropriadas.

O paciente com perfil de UCC tem à sua disposição uma equipe totalmente dedicada para a resolução rápida e eficiente da sua situação clínica.

O agendamento de consulta ambulatorial pós-alta proporciona a continuidade do cuidado. O modelo de assistência da UCC facilita o uso eficiente de recursos hospitalares e permite que as equipes de serviço de internação concentrem sua atenção nos pacientes que, de fato, precisam de cuidados hospitalares.

## Conclusão

A UCC é um modelo de tratamento eficiente em custos para condições de baixa complexidade, que gera valor para os pacientes, prestadores e pagadores. Nossos resultados de curto prazo indicam que esse modelo é eficaz na redução de internações evitáveis no PS. Qualidade clínica robusta e supervisão da segurança do paciente são essenciais para alcançar um nível ideal de resultados clínicos.

<sup>1</sup>Kenner, P.I., Wee, C.C.H. & Weber, D.G. World J Surg (2019) 43: 2186. <https://doi.org/10.1007/s00268-019-05026-7>

<sup>2</sup>Lin MP, Baker O, Richardson LD, Schuur JD. Trends in Emergency Department Visits and Admission Rates Among US Acute Care Hospitals. JAMA Intern Med. 2018;178(12):1708–1710. doi:10.1001/jamainternmed.2018.4725

<sup>3</sup>The hospital observation care problem. Perspectives and solutions from the Society of Hospital Medicine. Society of Hospital Medicine, Public Policy Committee, Setembro de 2017. <https://www.hospitalmedicine.org/globalassets/policy-and-advocacy/advocacy-pdf/shms-observation-white-paper-2017>

## Autores

Dr. Fernando M. Pedro, MBA, diretor nacional de Tratamento Clínico da Amil, [fernando.pedro@amil.com.br](mailto:fernando.pedro@amil.com.br)

Dra. Ana Celia Bomfim, gerente de Tratamento Clínico da Amil Centro Norte, [abomfim@amil.com.br](mailto:abomfim@amil.com.br)

**Tabela 1**

	2018				2019							
	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	
Passagens na UCC	62	218	522	934	1,096	1,156	1,258	1,396	2,420	2,616	3,078	
Internação evitada	13	78	188	325	365	362	389	435	735	834	920	
Tempo de permanência na UCC	16:45	9:21	14:02	15:15	13:19	12:21	12:30	12:19	13:02	12:53	13:00	

**Tabela 2**

	1º TRI 2017	2º TRI 2017	3º TRI 2017	4º TRI 2017	1º TRI 2018	2º TRI 2018	3º TRI 2018	4º TRI 2018
Taxa de conversão Luz	8,63 %	8,58 %	8,44 %	7,98 %	7,81 %	7,50 %	7,95 %	6,51 %
Taxa de conversão Paulistano	11,43 %	11,30 %	10,85 %	10,95 %	11,50 %	11,08 %	12,25 %	9,46 %

Implementação da Unidade de Cuidados Contínuos (UCC)

# Implementação de Diretrizes de Gestão de Assistência Clínica Baseada em Evidências nas Empresas Banmédica, no Chile

## Introdução

Em novembro de 2018, a Isapre Banmédica, a empresa de seguro-saúde da UnitedHealthcare Global no Chile, implementou um modelo de revisão clínica ambulatorial baseado em evidências que usa as diretrizes do MCG no cuidado clínico de pessoas internadas para tratamento agudo em hospitais no país. As diretrizes fornecem direcionamentos baseados em evidências e ferramentas de planejamento que abrangem o tratamento contínuo para assegurar que a assistência chegue no momento certo, no lugar certo e em condições corretas. As diretrizes de cuidados baseados em evidências também embasam decisões clínicas eficazes, limitam as internações inapropriadas, facilitam os resultados clínicos ideais e possibilitam transições eficientes entre locais.<sup>1</sup>

## O programa

Os conceitos de criação de valor, eficiência dos cuidados com a saúde, redução do custo total do tratamento e melhoria contínua de qualidade são os pilares fundamentais do nosso modelo clínico baseado em evidências. Nós impulsionamos as diretrizes de cuidados do MCG como recursos essenciais, porque elas representam uma solução baseada em evidências que se comprovou eficaz em todo o mundo na orientação dos atendimentos clínicos, e a nossa organização tem uma experiência significativa em seu uso.

As equipes de enfermagem da Isapre Banmédica foram treinadas para analisar, registrar e documentar diariamente as informações dos prontuários médicos na internação. Essas informações ajudam a determinar a aderência do provedor contratado às diretrizes de cuidados para três indicadores principais: adequação das internações, duração da permanência e nível de cuidado durante cada hospitalização.

As informações obtidas pela enfermagem são analisadas em tempo real pelos médicos revisores da Isapre Banmédica e compartilhadas com cada hospital para facilitar a gestão concomitante do tratamento. A administração de cada hospital participante recebe uma lista de casos com a documentação de adesão às recomendações de diretrizes clínicas — ou de mudança delas — por parte do médico responsável pela respectiva admissão. Isso permite que cada equipe do provedor intervenha, quando apropriado, e ajude a corrigir os padrões e comportamentos da atividade clínica que não representem o tratamento baseado em evidências. Por sua vez, com essas informações agrupadas, cada hospital pode definir e implementar retrospectivamente políticas de tratamento, fluxos de pacientes e processos clínicos ou administrativos que assegurem as melhores e mais oportunas soluções para os desafios da saúde.

Atualmente estamos aplicando as diretrizes nos cinco hospitais de tratamento agudo da Banmédica e em três hospitais na nossa rede contratada. Esse escopo reflete 52% do nosso total de pacientes-dia (60% de nossas despesas totais). Planejamos incluir três outros hospitais contratados no próximo trimestre. Isso irá expandir o escopo da análise para 63% dos pacientes-dia (77% do gasto total) até o final do primeiro ano do programa.

Usando essas diretrizes de cuidados baseados em evidências, também estabelecemos melhores canais de comunicação — tanto dentro da Isapre Banmédica como entre a Isapre e os fornecedores contratados — permitindo que todos compartilhem um foco: nossos beneficiários.

## Resultados

Desde o início desse processo de implementação, examinamos 14.551 internações, representando 65.013 pacientes-dia (Tabela 1).

Obtivemos ganhos concretos e mensuráveis em eficiência e qualidade. Para os três hospitais onde temos realizado análises concomitantes com o MCG, cujos dados de, pelo menos, seis meses, foram compartilhados conosco, podemos relatar os resultados a seguir (Tabela 2):

- A adequabilidade média de internação aumentou em 11 pontos percentuais, de 74% para 85%, sendo a mais dramática melhora de 29 pontos percentuais. Observamos melhora tanto em termos de internações no pronto-socorro (12 pontos) como na internação planejada (11 pontos).
- O nível de adequação dos cuidados aumentou em 26 pontos percentuais, de 64% para 90%, sendo a mais dramática melhora de 29 pontos percentuais.
- A diferença entre a duração real da estadia e o tempo de permanência esperado com base em evidências foi reduzida em 0,56 dia — de 1,92 para 1,36 dia.

Observamos as seguintes alterações no nível de uma população com seguro de saúde (comparando as datas de serviço entre janeiro e abril de 2019 com o mesmo período de 2018) e, considerando os principais indicadores acima, a implementação das diretrizes contribuiu para os seguintes resultados (Tabela 3):

- O número de pacientes-dia por mil diminuiu 6,1%, de 394 para 372.
- O número de internações por mil diminuiu 3,5%, de 106 para 103.

Estamos extremamente motivados por esses resultados em nível de população, considerando que ainda não atingimos a total implementação durante esse período.

A implementação do nosso modelo baseado em evidências clínicas também tem sido um catalisador para a solução de problemas não anteriormente conhecidos, tais como a necessidade de novos níveis de cuidados hospitalares e ambulatoriais, a revisão dos planos para expansão dos leitos hospitalares e a revisão da cobertura de benefícios.

## Conclusão

Em resumo, a implementação de um modelo de análise de administração de tratamentos clínicos baseado em evidências usando as diretrizes de cuidados do MCG, na Isapre Banmédica, no Chile, no Chile, levou a uma melhora tangível na qualidade e eficiência clínica para os nossos beneficiários.

As diretrizes clínicas baseadas em evidências provaram ser uma ferramenta valiosa e prática para promover o conhecimento entre os diferentes membros da equipe de

cuidados, baseado em uma linguagem comum, que coloca o beneficiário no centro do nosso modelo de gestão de gerenciamento e prestação de cuidados clínicos.

*Este artigo foi originalmente escrito em espanhol e traduzido para o nosso idioma.*

<sup>1</sup>Industry-Leading Evidence-Based Care Guidelines, MCG, 2019: <https://www.mcg.com/care-guidelines/care-guidelines/>

## Autores

Dr. Hernán Acuña, diretor de Cuidados durante a Internação, Empresas Banmédica – Chile, [hernan.acuna@banmedica.cl](mailto:hernan.acuna@banmedica.cl)

Ronal Arenas, Gerente Adjunto da Divisão de Saúde, Isapre Banmédica – Chile, [ronal.arenas@banmedica.cl](mailto:ronal.arenas@banmedica.cl)

*Membros do time de Projetos e Indicadores de Performance:*  
Felipe Salazar, Rodrigo Ramirez, Eduardo Nuñez, Hedito Saez

**Tabela 1: Internações analisadas por instalação e representação do total de leitos-dia**

	Dez-18	Jan-19	Fev-19	Mar-19	Abr-19	Mai-19	Jun-19	Total de internações	Total de pacientes-dia
Hospital 1					23	68	70	161	635
Hospital 2					73	112	122	307	1.174
Hospital 3	859	1.371	987	1.208	1.151	1.156	1.147	7.879	39.617
Hospital 4				73	115	102	128	418	1.416
Hospital 5				43	562	533	462	1.600	6.381
Hospital 6						18	34	52	256
Hospital 7		286	241	445	450	500	581	2.503	9.716
Hospital 8		282	259	256	279	247	308	1.631	5.818
<b>TOTAL</b>	<b>859</b>	<b>1.939</b>	<b>1.487</b>	<b>2.025</b>	<b>2.653</b>	<b>2.736</b>	<b>2.852</b>	<b>14.551</b>	<b>65.013</b>

**Tabela 2: Principais alterações nos KPIs**

	Alteração da adequabilidade da internação (pontos %)	Alteração da adequabilidade da internação de PS (pontos %)	Alteração da adequabilidade da internação (planejada) (pontos %)	Alteração da adequabilidade do nível de cuidado (pontos %)	Alteração entre o tempo médio de permanência real e o esperado (dias)
Hospital 3	9 (79 a 88)	12 (83 a 95)	4 (48 a 52)	29 (63 a 92)	0,53 (2,22 a 1,69)
Hospital 7	29 (51 a 80)	13 (77 a 90)	31 (22 a 53)	15 (67 a 82)	0,15 (1,34 a 1,19)
Hospital 8	12 (72 y 84)	17 (78 a 95)	19 (31 a 50)	23 (71 a 94)	0,58 (1,06 a 0,48)
<b>Média pond.</b>	<b>11 (74 a 85)</b>	<b>12 (82 a 94)</b>	<b>11 (41 a 52)</b>	<b>26 (64 a 90)</b>	<b>0,56 (1,92 a 1,36)</b>

**Tabela 3: Métricas de utilização de todos os beneficiários**

Representa a utilização com data do serviço entre 1 de janeiro e 30 de abril e avaliação de reivindicações entre 1 de janeiro e 30 de junho.

	2018	2019	Alteração
Beneficiários/mês	3.370.120	3.388.255	
Pacientes-dia	110.720	104.956	
Internações	29.909	29.041	
Pacientes-dia/mil	394	372	<b>-6,1 %</b>
Internações/mil	106	103	<b>-3,5 %</b>

# Soluções para Qualidade: Breves Relatórios

## Envolvendo os Pacientes em uma Cultura de Segurança: a Importância dos Medicamentos Crônicos de Alto Risco

**Problema:** O uso de medicamentos crônicos de alto risco (chronic high-risk medications, CHRM) apresenta um risco de tratamento para pacientes hospitalizados. A equipe de enfermagem na Clínica San Felipe, em Lima, no Peru, identificou que alguns pacientes internados no hospital não consideraram relevante relatar o uso crônico de medicamentos de alto risco aos médicos.

**Programa:** O time de Qualidade e Segurança do Paciente do hospital trabalhou com as equipes de enfermagem para desenvolver uma ferramenta de relato de CHRM a fim de incentivar os pacientes a declarar o uso de substâncias desse tipo (anticoagulantes, AINes, medicações antidiabéticas, quimioterapia, tratamento biológico, medicamentos antiplaquetários, corticosteroides e terapia de combinação) e aumentar a conscientização sobre os riscos envolvidos.

Na nossa instituição, os pacientes usam uma pulseira branca com um botão vermelho se tiverem alergias. Hoje, eles também usam um botão verde na pulseira para notificar à equipe o uso de CHRM.

**Resultados:** A equipe administrou uma pesquisa de Net Promoter Score (NPS) entre os participantes para confirmar a aceitação dessa intervenção. Na amostra, 36% dos pacientes usavam medicação de alto risco, e 64% não. O NPS global de 66,6% (73% com CHRM e 63% sem nenhum CHRM) mostra que os pacientes e seus familiares aceitam essa ferramenta, que agora é usada com todos os hospitalizados.

---

*O NPS global de 66,6% (73% com CHRM e 63% sem nenhum CHRM) mostra que os pacientes e seus familiares aceitam essa ferramenta, **que agora é usada com todos os hospitalizados.***

**Equipe:** Dra. Marcela Argumedo, analista de Qualidade e Informação, Clínica San Felipe, margumedo@clinicasanfelipe.com; Dr. Ernesto Aspillaga, MBA, MS, CPE, diretor médico, Clínica San Felipe; Nelida Bedon, R.N., enfermeira-chefe de Terapia Intensiva, Clínica San Felipe; Julia Boza, R.N., enfermeira-chefe de Internação de Adultos, Clínica San Felipe; Sheyla Lu, R.N., enfermeira-chefe de Internação Pediátrica, Clínica San Felipe; Dra. Betsy Maza, MS, analista de Riscos e Garantia de Qualidade, Clínica San Felipe; Vilma Rodriguez, R.N., enfermeira-chefe, Clínica San Felipe; Rommy Palma, R.N., enfermeira-chefe da Emergência, Clínica San Felipe; Dra. Paula Ponce de Leon, MBA, CHCQM, BSG, diretora de Qualidade e Inovação, Clínica San Felipe.

*Este artigo foi originalmente escrito em espanhol e traduzido para o nosso idioma.*

## Administração de Antimicrobianos em Hospitais

**Problema:** Milhões de pessoas, em todo o mundo, são infectadas por bactérias que se tornaram resistentes a antibióticos e a outros tratamentos antimicrobianos.<sup>1,2</sup> Os antimicrobianos são essenciais para a prevenção e o tratamento de doenças infecciosas, incluindo aquelas associadas a quimioterapia e transplante.

**Programa:** Um programa colaborativo e multidisciplinar foi implementado na Clínica del Country e na Clínica La Colina, em Bogotá, na Colômbia. Os principais objetivos desse programa são assegurar o uso apropriado de antimicrobianos, reduzir os eventos adversos relacionados a eles, controlar a resistência e diminuir o custo total do cuidado. A iniciativa envolveu as seguintes disciplinas: Doenças Infecciosas; Serviços Laboratoriais; Farmácia; Controle de Qualidade; Treinamento; Tecnologia da Informação; e Cuidados Clínicos.

### Elementos do programa:

- Modelo de pré-autorização telefônica
- Avaliação de doenças infecciosas por solicitação, pesquisa ativa e relatório microbiológico diário
- Padronização de algoritmos e diretrizes da prática clínica
- Dicas informativas
- Análise trimestral da epidemiologia local
- Alertas no prontuário eletrônico
- Sistema de microbiologia automatizado, reação da cadeia de polimerase (*polymerase chain reaction*) de vários modelos, testes rápidos, antibiogramas supervisionados e níveis de vancomicina

### Indicadores:

- **Dose diária definida (DDD) e dias de terapia (*days of therapy, DOT*):** A DDD é uma medida padrão de dosagem globalmente reconhecida. Ela é importante para o uso apropriado dos antimicrobianos de acordo com a epidemiologia local. A empresa usa essa ferramenta desde 2014.
- **Indicadores de infecções associadas à assistência de saúde:**
  - A taxa de pneumonia associada ao uso do ventilador, em 2018, foi de 2,26 casos/1.000 dias de ventilação mecânica. Não houve mais casos desde novembro de 2018 — um período de 280 dias.
  - A taxa de infecções da corrente sanguínea associadas ao cateter venoso central diminuiu de 1,19, em 2018, para um índice acumulado de 0,42, em julho de 2019, com o último caso ocorrendo em março deste ano.
- **Estratégia de higiene das mãos:** trata-se de uma das nossas grandes prioridades. A taxa acumulada de adesão aumentou de 62,6%, em 2018, para 73,1%, em 2019 (dado referente a agosto).

**Equipe:** Yazmin Rodríguez, M.D., diretora do Departamento de Doenças Infecciosas, Clínica del Country e Clínica La Colina, especialista em Doenças Infecciosas Pediátricas, yazmin.rodriguez@clinicadelcountry.com; Santiago López, M.D., diretor médico, Clínica del Country, especialista em Doenças Infecciosas de Adultos; Javier Garzón, M.D., especialista em Doenças Infecciosas de Adultos, Clínica del Country e Clínica La Colina; Juan Bravo, M.D., residente em treinamento, Doenças Infecciosas, Clínica del Country; Conselho de Doenças Infecciosas e Epidemiologia, Clínica del Country e Clínica La Colina.

<sup>1</sup>Antimicrobial Resistance. World Health Organization, 2018. Disponível no link: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>.

<sup>2</sup>Antibiotic/Antimicrobial Resistance. Centers for Disease Control and Prevention, 2018. Disponível no link: <https://www.cdc.gov/drugresistance/index.html>

*Este artigo foi originalmente escrito em espanhol e traduzido para o nosso idioma.*

---

*Os principais objetivos desse programa são assegurar o uso apropriado de antimicrobianos, reduzir os eventos adversos relacionados a eles, **controlar a resistência e diminuir o custo total do cuidado.***

# Soluções para Qualidade: Breves Relatórios

## Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital por Meio de Protocolos de Manutenção na Intervenção da Infraestrutura

**Problema:** As estratégias de prevenção destinadas a reduzir a incidência de infecções adquiridas na Clínica San Felipe, em Lima, no Peru, se concentravam apenas na intervenção das equipes médica e de enfermagem, não incluindo a equipe de operações hospitalares não clínicas. A equipe de manutenção do hospital e o Comitê de Controle e Vigilância de Infecções (CIVI) trabalhavam de forma independente, sem o conhecimento comum dos possíveis impactos clínicos e de saúde que condicionam as atividades de manutenção do hospital”<sup>1,2</sup>

**Programa:** Os profissionais de manutenção e o Comitê de CIVI agora estão ativamente envolvidos uns com os outros, usando o processo de Controle de Avaliação de Riscos de Infecção (ICRA, na sigla em inglês) como uma linguagem comum.<sup>1</sup> O sistema ICRA classifica o risco de infecção com base em duas variáveis: o nível da atividade a ser realizada (variando desde atividades não produtoras de poeira até demolições) e o local onde a atividade será realizada (o menor nível de risco é a administração, e o mais alto risco é o centro cirúrgico ou de esterilização). A classificação vai de ICRA 1 a ICRA 4. Quanto mais alta a ICRA, maior o vulto das medidas preventivas necessárias.

**Resultados:** Em quatro meses, o Comitê de CIVI e a equipe de manutenção completaram quatro ICRA 2 e um ICRA 3. A equipe não clínica foi treinada no risco de infecções em indivíduos imunocomprometidos. Após o treinamento, ela aumentou a frequência de suas tarefas de manutenção, adotando medidas de prevenção de infecção de acordo com os resultados da avaliação de ICRA e tornou obrigatório o uso de tinta antifúngica durante as reformas.

Embora seja difícil estabelecer uma ligação direta entre essas melhorias e as infecções hospitalares, foi observada até o momento uma redução em tais infecções. Foi registrada uma taxa de infecção de 0% em pacientes ou trabalhadores nas áreas com o protocolo de manutenção de infraestrutura modificado.

---

***Foi registrada uma taxa de infecção de 0% em pacientes ou trabalhadores nas áreas com o protocolo de manutenção de infraestrutura modificado.***

### **Equipe:**

*Manutenção:* Belén Rodríguez, arquiteta; Carlos Rojas, arquiteto.

*Comitê de CIVI:* Dra. Paula Ponce de León, MBA, CHCQM, BSG, diretora de Qualidade e Inovação, Clínica San Felipe, pprocedeleon@clnicasanfelipe.com; Dra. Marcela Argumedo, analista de Qualidade e de Informação; Dr. Ernesto Aspillaga, MBA, MS, CPE, diretor Médico, Clínica San Felipe; Nelida Bedón, R.N., enfermeira-chefe de Terapia Intensiva; Dr. Juan Carlos Gómez de la Torre, diretor médico, ROE Laboratory; Dr. Manuel Contardo, diretor médico de Terapia Intensiva; Dr. Martin Montes, especialista em Doenças Infecciosas.

<sup>1</sup>Hospital Epidemiology and Infection Control in Acute-Care Settings. Emily R. M. Sydnor, Trish M. Perl. Clinical Microbiology Reviews Jan 2011, 24 (1) 141-173; DOI: 10.1128/CMR.00027-10

*Este artigo foi originalmente escrito em espanhol e traduzido para o nosso idioma.*

## Avaliação da Qualidade do Care in Motion (Cuidados Durante o Transporte)

**Problema:** Transportar pacientes gravemente feridos ou enfermos apresenta riscos exclusivos que são ainda maiores durante o transporte médico aéreo. Alterações na pressurização e oxigenação da cabine exigem experiência específica da equipe médica. Enquanto padrões aceitos e regulamentações nacionais estão prontamente disponíveis para o hospital e o atendimento ambulatorial, geralmente há menos supervisão nos tratamentos administrados durante o transporte do paciente para instalações de assistência médica ou entre elas — Care in Motion (Cuidados Durante o Transporte).<sup>1,2</sup>

**Programa:** O grupo de trabalho internacional de Qualidade e Segurança do Pacientes da UnitedHealthcare Global criou uma equipe de Padrões Essenciais concentrada no alinhamento entre as regiões geográficas. A equipe desenvolveu um instrumento robusto de negócios para a UnitedHealthcare Global a fim de identificar oportunidades de melhoria no transporte médico terrestre e aéreo — seja dentro das nossas operações ou com fornecedores.

A lista de verificação da ferramenta de 126 critérios abrange uma ampla gama de categorias, que inclui processos de controle de infecção, exigências de monitoramento do paciente e medidas de gestão de tempo da equipe de voo para ajudar a prevenir a fadiga.

**Indicadores promissores:** Em fevereiro de 2019, o instrumento de Padrões Essenciais de Cuidados Durante o Transporte foi usado para conduzir uma série de avaliações locais de transporte médico terrestre e aéreo no Peru, identificando diversas oportunidades de melhoria que irão beneficiar a população local, assim como os clientes da UnitedHealthcare Global que viajam para o país. No futuro, a ferramenta será usada para avaliar o transporte terrestre HELP no Chile.

**Equipe:** Pascaline Wolfermann, M.A., diretora, Inteligência em Assistência Médica, UnitedHealthcare Global Solutions, pascaline.wolfermann@uhcglobal.com; Dr. Luis Ramírez, anesthesiologista, diretor, Qualidade e Segurança, SANNA Peru, luis.ramirez@sanna.pe; Deb Doyle, R.N., diretora, Qualidade de Operações Clínicas, UnitedHealthcare Global, deb.doyle@uhc.com.

<sup>1</sup>Knight PH, Maheshwari N, Hussain J, et al. Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2015;5(4):256–264. doi:10.4103/2229-5151.170840

<sup>2</sup>Eiding H, Kongsgaard UE, Braarud AC. Interhospital transport of critically ill patients: experiences and challenges, a qualitative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2019;27(1):27. Published 2019 Mar 4. doi:10.1186/s13049-019-0604-8

*Este artigo foi originalmente escrito em inglês e traduzido para o nosso idioma.*

---

*A equipe desenvolveu um instrumento robusto de negócios para a UnitedHealthcare Global a fim de **identificar oportunidades de melhoria no transporte médico terrestre e aéreo.***

## Publicações Recentes Seleccionadas

Veja, a seguir, uma lista seleccionada de trabalhos publicados por médicos da UnitedHealthcare Global ao redor do mundo em publicações revisadas por pares:

[“Aortic Valve Wisp Lesion: A Symptomatic Multifocal Papillary Fibroelastoma.”](#) Abecasis J., Gouveia R., Ribeiras R. *Revista Española de Cardiología*, (Engl Ed). 10 de janeiro de 2019.

[“Biventricular Arrhythmogenic Cardiomyopathy: A New Paradigm?”](#) João Augusto, João Abecasis, Victor Gil. *Int. J. Cardiovasc. Sci.* vol.31 no.6 Rio de Janeiro out./dez. de 2018.

[“Experiencia en el tratamiento endovascular del accidente cerebrovascular isquémico agudo en un centro chileno.”](#) Autores da Clínica Santa María: Pablo Reyes S., Lautaro Badilla O., Rodrigo Rivera, Gabriel Sordo, Gonzalo Bustamante, Juan A. Pasten, Gabriel Vargas, Paula Silva, Rodrigo Guerrero, Walter Feuerhake. Outros autores: Daniel Andreu, Valentina Besaa. *Revista Médica de Chile*, Volume 146: 708-716 (2018).

[“Inhibition of fucosylation in human invasive ductal carcinoma reduces E-selectin ligand expression, cell proliferation, and ERK1/2 and p38 MAPK activation.”](#) Carrascal MA, Silva M, Ramalho JS, Pen C, Martins M, Pascoal C, Amaral C, Serrano I, Oliveira MJ, Sackstein R, Videira PA. *Mol Oncol.* Maio de 2018;12(5):579-593. doi: 10.1002/1878-0261.12163. Epub 30 de março de 2018. PubMed PMID:29215790; PubMed Central PMCID: PMC5928367.

[“Iron-enriched diet contributes to early onset of osteoporotic phenotype in a mouse model of hereditary hemochromatosis.”](#) Simão M, Camacho A, Ostertag A, Cohen-Solal M, Pinto IJ, Porto G, Hang Korng E, Cancela ML. *PLoS One.* 2018 Nov 14;13(11):e0207441. doi: 10.1371/journal.pone.0207441. eCollection 2018. Errata em: *PLoS One.* Abril de 2019;14(4):e0216377. PubMed PMID: 30427936; PubMed Central PMCID: PMC6241130.

[“The Clinical Role of LASER for Vulvar and Vaginal Treatments in Gynecology and Female Urology: An ICS/ISSVD Best Practice Consensus Document.”](#) Preti M, Vieira-Baptista P, Digesu GA, Bretschneider CE, Damaser M, Demirkesen O, Heller DS, Mangir N, Marchitelli C, Mourad S, Moyal-Barracco M, Peremateu S, Tailor V, Tarcan T, De EJB, Stockdale CK. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, abril de 2019;23(2):151-160.

[“The Modern Obesity Treatment.”](#) Rui Ribeiro. *The General Surgeon.* 2019;1(2):1011. Atualizado no dia 9 de julho de 2019.

[“Outcomes of Long Pouch Gastric Bypass \(LPGB\): 4-Year Experience in Primary and Revision Cases.”](#) *Obesity Surgery*, 2 de julho de 2019. [Epub ahead of print] Autores da Lusíadas Saúde: Ribeiro R, Ribeiro J, Clínica de Santo António, Metabolic Patient Multidisciplinary Centre, Reboleira, Lisboa, Portugal. Outros autores: Pouwels S., Department of Surgery, Haaglanden Medical Center, Haia, Holanda; Parmar C., Whittington Hospital, Londres, Reino Unido; e Pereira J., Manaças L., Guerra A., Borges N., Viveiros O., Obesity and Endocrine Diseases Unit, Department of Surgery, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

[“The amount of late gadolinium enhancement outperforms current guideline-recommended criteria in the identification of patients with hypertrophic cardiomyopathy at risk of sudden cardiac death.”](#) Freitas P, Ferreira AM, Arteaga-Fernández E, de Oliveira Antunes M, Mesquita J, Abecasis J, Marques H, Saraiva C, Matos DN, Rodrigues R, Cardim N, Mady C, Rochitte CE. *Journal of Cardiovascular Magnetic Resonance.* 15 de agosto de 2019;21(1):50. doi: 10.1186/s12968-019-0561-4. PubMed PMID: 31412875; PubMed Central PMCID: PMC6694533.

[“Portuguese Group for the Study of Streptococcal Infections. Streptococcus pyogenes Causing Skin and Soft Tissue Infections Are Enriched in the Recently Emerged emm89 Clade 3 and Are Not Associated With Abrogation of CovRS.”](#) Pato C, Melo-Cristino J, Ramirez M, Friães A. *Front Microbiol.* 9 de outubro de 2018;9:2372. doi: 10.3389/fmicb.2018.02372. eCollection 2018. PubMed PMID: 30356787; PubMed Central. PMCID: PMC6189468.

[“Predictors of de novo atrial fibrillation in a non-cardiac intensive care unit.”](#) Augusto JB, Fernandes A, Freitas PT, Gil V, Morais C. *Rev Bras Ter Intensiva.* Abril-junho de 2018;30(2):166-173. doi: 10.5935/0103-507X.20180022. Português, inglês. PubMed PMID: 29995081; PubMed Central PMCID: PMC6031411.

[“Systematic review and meta-analysis of the effects of treatment modalities for vestibulodynia in women.”](#) Pérez-López FR, Bueno-Notivol J, Hernandez AV, Vieira-Baptista P, Preti M, Bornstein J. Eur J Contracept Reprod Health Care. 31 de julho de 2019;1-10. doi: 10.1080/13625187.2019.1643835. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 31364893.

### Leituras recomendadas

Os artigos a seguir são recomendados para aumentar o conhecimento sobre os problemas de qualidade e segurança do paciente:

[“The continuum of critical care.”](#) Jean-Louis Vincent. *Critical Care*, Volume 23, Número do artigo: 122 (2019).

[“Scale down and scale up: how to mass customize personalized care.”](#) Helen Bevan. Institute for Healthcare Improvement website, maio de 2019.

[“Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross sectional study in the Netherlands.”](#) Kris Vanhaecht, Deborah Seys et al., *BMJ Open*. 2019; 9e029923. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029923.

[“Accounting for harms that cannot be counted.”](#) Peter Pronovost, *Journal of Patient Safety and Risk Management*. 2018, Volume 23(1) 9-10.

[“Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis.”](#) Soha Sobhy, David Arroyo-Manzano et al. *The Lancet*. 2019, Volume 393(10184) P193-1982.

*Essas publicações estão listadas em seus respectivos idiomas originais para facilitar eventuais buscas online.*

## Oportunidades de Treinamento

### Vem aí o Curso Mandatório de Qualidade e Segurança do Paciente!

A Segurança do Paciente é a base dos cuidados de saúde de alta qualidade. Todos os colaboradores da UnitedHealthcare Global — independentemente de sua função — têm a oportunidade e a responsabilidade de impactar positivamente a Qualidade e a Segurança do Paciente. Seu envolvimento permite que a organização cumpra sua missão *de ajudar as pessoas a viver de forma mais saudável e contribuir para que o sistema de saúde funcione melhor para todos*.

**Lançaremos, em breve, um curso sobre Qualidade e Segurança do Paciente, e todos os colaboradores da UnitedHealthcare Global precisarão realizá-lo. Fique atento para mais informações!**

---

### OptumHealth Education

A OptumHealth Education (OHE) — uma empresa do UnitedHealth Group — oferece, gratuitamente, em seu website, treinamentos médicos acreditados. Acesse-os em [optumhealtheducation.com](http://optumhealtheducation.com).

Ela é uma das poucas organizações acreditadas em conjunto no mundo, tendo sido simultaneamente credenciada por promover atividades de educação continuada nas seguintes áreas: medicina, enfermagem, farmácia, psicologia e serviço social. A OHE dedica-se a fornecer educação interprofissional que leva a uma melhor prestação de cuidados de saúde e a melhores resultados para os pacientes.

**Crie uma conta em [optumhealtheducation.com](http://optumhealtheducation.com) e obtenha acesso a quase 100 horas de educação continuada gratuita** (conteúdo disponível em inglês).

Informações de propriedade do UnitedHealth Group.  
Não compartilhe ou reproduza o conteúdo sem a  
permissão do UnitedHealth Group.

