

Guia de Aplicabilidade da Metodologia Lean Healthcare para Profissionais de Saúde

Dulcilene Diniz de Menezes Silva
Aldalice Aguiar de Souza



Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.

S586g	<p>Silva, Dulcilene Diniz de Menezes Guia de aplicabilidade da metodologia Lean Healthcare para profissionais de saúde / Dulcilene Diniz de Menezes Silva . Manaus : [s.n], 2024. 38 f.: color.; 21,0 cm.</p> <p>Dissertação - Mestrado Profissional em Enfermagem em Saúde Pública - ProEnSP/UEA- Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024. Inclui Bibliografia. Orientador: Souza, Aldalice Aguiar de.</p> <p>1. Tecnologias em saúde. 2. Equipe de assistência ao paciente. 3. Enfermeiros. 4. Serviços de saúde. 5. Serviço hospitalar de emergência. I. Souza, Aldalice Aguiar de (Orient.) II. Universidade do Estado do Amazonas. III. Título</p> <p>CDU(1997)616-083:614(043.3)</p>
-------	---



LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Metodologia de Gestão

Figura 2- Fluxograma simplificado do VSM

Figura 3- VSM de pacientes vertical

Figura 4- Redução no tempo no processo de atendimento na Instituição

Figura 5- Aspectos e benefícios da ferramenta Fluxista.

Figura 6- Resultados da utilização do Kanban

Figura 7- Sinalização do tempo de permanência dos pacientes

Figura 8- Aspectos gerais do Round Multiprofissional

Figura 9- Momentos do RM.

Figura 10- Plano de ação 5W2H

Figura 11- Sinalização do PCP.

Figura 12- Fluxograma de funcionamento da UDC

Figura 13- Fluxograma Fast Track

Figura 14- Principais melhorias

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS



CCO- Clínica Cirúrgica de Observação

CMO- Clínica Médica de Observação

HPS- Hospital e Pronto Socorro

LH - Lean Healthcare

MRSB- Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

NIRHOSP- Núcleo Interno de Regulação Hospitalar

PCP- Plano de Capacidade Plena

PMAQ- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PTS- Projeto Terapêutico Singular

RM- *Round* Multiprofissional

SEH- Serviços de Emergência Hospitalar

SISREG- Sistema de Regulação

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UDC- Unidade de Decisão Clínica

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

VSM- Mapa de Fluxo de Valor

ORGANIZADORAS & AUTORAS

Dulcilene Diniz de Menezes Silva

Enfermeira, Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública (ProEnSP), da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), modalidade Mestrado Profissional, Membro do Laboratório de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde (LAPPES/UEA). Especialista em Enfermagem de Urgência e Emergência e em Obstétrica pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Especialista em Gestão Hospitalar e Auditoria em Contas Médicas pela Singular Educacional; Enfermeira do quadro efetivo da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA); Coordenadora da Urgência e Internação da Regulação do Estado do Amazonas

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6697-3567> | Email: dulci1502@gmail.com

Aldalice Aguiar de Souza

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Professora adjunta no Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública (ProEnSP/UEA), modalidade Mestrado Profissional. Líder do Laboratório de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde (LAPPES-UEA).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3002-4578> | E-mail: apaguiar@uea.edu.br

COLABORADORES & CO-AUTORES



Aline de França Mamede

Gestora em Saúde pelo Centro Universitário de Ensino Superior do Amazonas, Farmacêutica pela Faculdade Estácio. Técnica de Enfermagem no Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, Manaus, Amazonas. Atua no Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização.

Email: alinefmamede@hotmail.com

Alzenir Martins de Moura Maciel

Graduada em Ciências Teológicas pela Faculdade Boas Novas e em Administração Pública pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Técnica de Enfermagem pela UFAM. Atua no Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, Manaus, Amazonas.

Email: macielzenny@gmail.com

Dayane Nascimento Lima

Enfermeira pelo Centro Universitário Uninovafapi do Estado do Piauí. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Unipós, Qualidade e Segurança do Cuidado em Saúde para Preceptores no SUS- QSUS pelo Hospital Sírio Libanês. Atua no Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto a Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas-SES e da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA).

Email: dayanylima_6@hotmail.com

COLABORADORES & CO-AUTORES

David Alves Neves

Enfermeiro pela Universidade Paulista. Especialista em Urgência e Emergência pelo GIGA Instituto Educacional. Gerente de Enfermagem do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, Manaus, Amazonas.

Email: davidalvesneves@gmail.com

Felipe Artur Gomes de Assis

Enfermeiro pela Universidade Federal de Campina Grande. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública (Mestrado Profissional) pela Universidade do Estado do Amazonas – ProEnSp. Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Integradas de Patos (FIP), Residência em Enfermagem em Pneumologia pela Universidade do Estado do Pernambuco (UPE), Membro do Laboratório de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde – LAPPES. Enfermeiro Assistencial do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, Manaus, Amazonas.

Email: euartur01@gmail.com

Francisco Deyvidy Silva Oliveira

Enfermeiro, Mestre em Cirurgia com ênfase em Segurança do Paciente pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Especialista em Educação em Tecnologia Digital aplicada à saúde pela UFAM, Gestão em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo, Nefrologia pela Universidade Federal do Maranhão, Urgência e Emergência pela Faculdade Latino Americana de Educação. Coordenador do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, Manaus, Amazonas.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7241-0306> | Email: enferdeyvidyoliveira@gmail.com

COLABORADORES & CO-AUTORES

Gabriela de Oliveira Souza Ramos

Enfermeira pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem vinculado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade do Estado do Pará (UEPA) em associação com a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Especialista em Unidade de Terapia Intensiva adulto, pediátrico e neonatal pelo Instituto Educacional Líder. Coordenadora da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, Manaus, Amazonas.

Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-4196-7405> | E-mail: gabrielaoliveira7@hotmail.com

Janaina Santana Carneiro

Enfermeira pela Universidade Federal do Amazonas; Mestre em Ciências Aplicadas à Hematologia pela Universidade do Estado do Amazonas, Especialista em MBA de Gestão em Auditoria em Sistemas de Saúde pelo IPOG, em Qualidade e Segurança do Cuidado em Saúde para Preceptores no SUS – QSUS pelo Hospital Sírio Libanês e em Urgência e Emergência pela Faculdade Literatus; Atua no Núcleo de Educação Permanente e Humanização do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto e Aspirante à Oficial Enfermeira da Polícia Militar do Amazonas.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-4666-6572> | Email: janasantana36@gmail.com

Lizandra Nascimento da Silva

Farmacêutica pela Faculdade Nilton Lins; Especialista em Hematologia pela Faculdade Nilton Lins; Farmácia Clínica pela Faculdade Nilton Lins, Excelência Operacional na área da Saúde pelo Hospital Albert Einstein, Coordenadora da Farmácia do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto.

Email: lizandra.li@hotmail.com

COLABORADORES & CO-AUTORES



Maria Cyntia Kerle Calado Lima Malinconico

Enfermeira, Mestre em Doenças Tropicais e Infecciosas pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMT), Especialista em Estratégia Saúde da Família pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande- PB, Vigilância em Saúde e Epidemiologia Aplicada à Saúde Coletiva pela UEA, MBA em Controle de Infecção Hospitalar e Gestão em Saúde pela Faculdade CEAT, Coordenadora do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6211-6418> | Email: cyntiakcl@gmail.com

Maria Aparecida Medeiros Oriente

Assistente Social pela Faculdade Denizard Rivail, Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família, Coordenadora do Serviço Social do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, Manaus, Amazonas. Presidente da CASRAM - Cooperativa dos Assistentes Sociais Da Região Amazônica.

Email: cidaorient@hotmail.com

Tatiane Freire de Sousa

Enfermeira pela Universidade do Estado do Pará (UEPA), Especialista em Qualidade e Segurança do Cuidado em Saúde para Preceptores no SUS – QSUS, pelo Hospital Sírío-Libanês; Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Faculdade Delta, Coordenadora do Núcleo de Qualidade Hospitalar do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto.

Email: taty_freire@yahoo.com.br

COLABORADORES & CO-AUTORES

Valeska Menezes da Cunha

Enfermeira pela UNINORTE, Especialista em Urgência e Emergência, Saúde da Família com Docência do Ensino Superior pela FAEME, Enfermagem do Trabalho pela DNA Pós-Graduação/COFEN. Coordenadora do Núcleo Interno de Regulação (NIRHOSP) do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto.

Email: valeskacunha.enf@gmail.com

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	01
APONTAMENTO HISTÓRICO E CONCEITUAL DA METOD. LEAN HEALTHCARE	03
METODOLOGIA 5S	08
MAPA DE FLUXO DE VALOR (VSM)	09
FLUXISTA	12
KANBAN	13
ROUND MULTIDISCIPLINAR (RM) E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)	15
DAILY HUDDLE	17
PLANO DE CAPACIDADE PLENA (PCP)	18
UNIDADE DE DECISÃO CLÍNICA	20
FAST TRACK	22
FARMÁCIA SATÉLITE	24
REFERÊNCIAS	26



APRESENTAÇÃO

Este Guia tem como proposta facilitar a compreensão da metodologia Lean HealthCar (LH) e sua aplicabilidade pela equipe de saúde atuante na linha de frente no Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, que vem sendo colocado em prática pelos profissionais desde 2020, quando foi implantado pelo Hospital Sírio Libanês.

A palavra “Lean” traduzida da língua inglesa para a portuguesa significa “enxuto”, e “Healthcare”, significa “cuidados de saúde”, ambos os termos remetem a maneira eficaz de melhorar a organização de assistência à saúde, eliminando desperdícios daquilo que não é importante na condução do trabalho e segurança do paciente. O Lean se tornou mais adaptável as configurações de cuidados com a saúde do que outras técnicas, resultando em melhorias sustentáveis, inovadoras e duráveis.

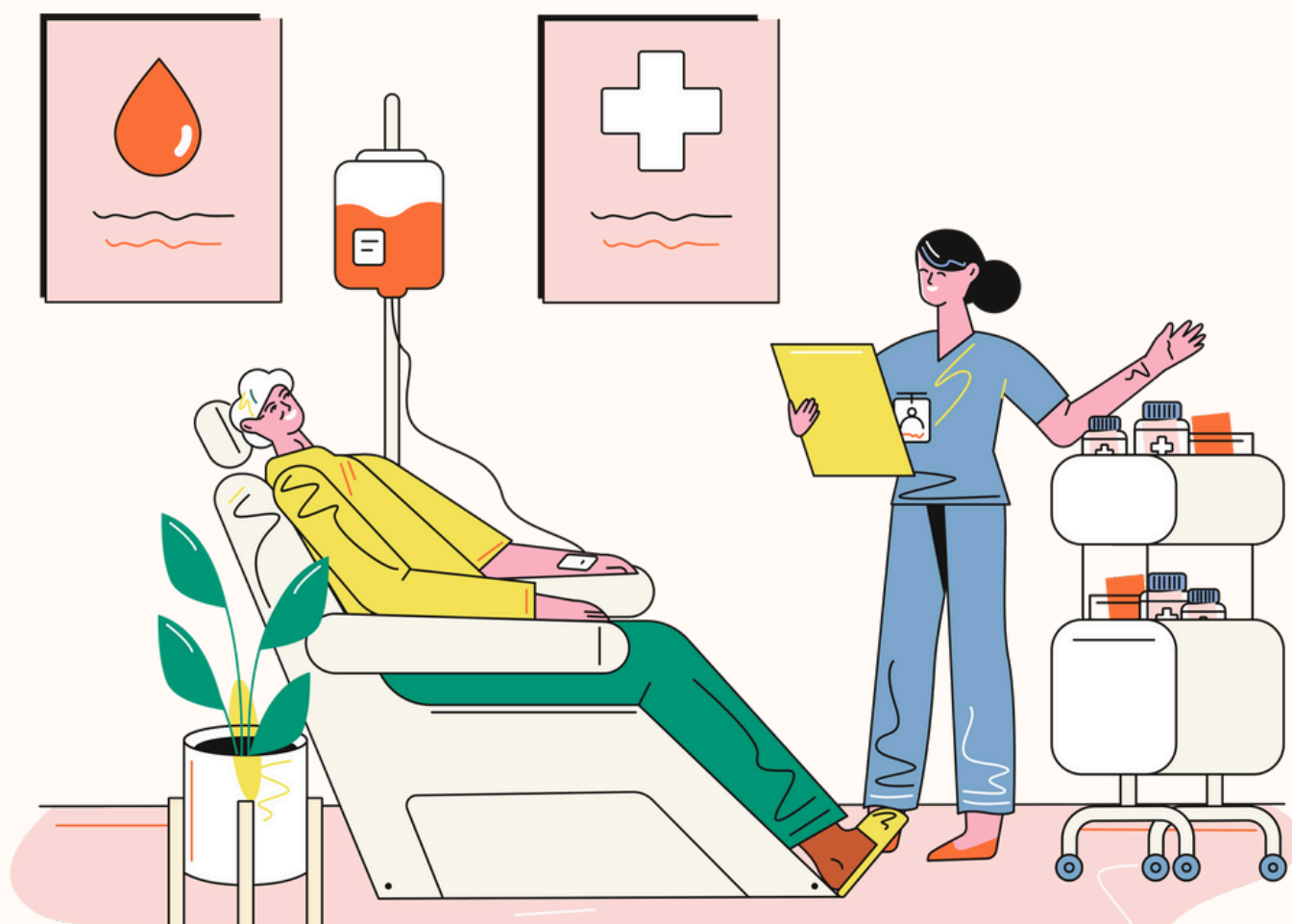


APRESENTAÇÃO

Com a adaptação da metodologia LH como uma estratégia para oferecer melhores cuidados em vários países, entre os quais se destacam os Estados Unidos, Seattle, Flórida, a Suécia, Reino Unido e Austrália, no Brasil vem sendo utilizada desde 2006.

Dada a necessidade de aprimorar a metodologia LH de acordo com a realidade local, visando atender seus aspectos estruturais e operacionais, esta produção técnico tecnológica em formato de Guia foi produzida por muitas mãos, a partir de um processo coletivo, colaborativa e participativo da equipe multiprofissional de saúde do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto.

Espera-se que esta tecnologia do tipo educativa e instrucional possa demonstrar de forma sistematizada e de fácil compreensão, a ferramenta LH, sua aplicabilidade, com informações essenciais para auxiliar o processo de trabalho e a gestão do cuidado prestado aos pacientes.





1

UM BREVE APONTAMENTO HISTÓRICO E CONCEITUAL DA METODOLOGIA LEAN HEALTHCARE

O termo Lean thinking (mentalidade enxuta ou pensamento enxuto ou pensamento Lean, em português) originou-se do Sistema Toyota de Produção. Foi usado pela primeira vez por Krafcik e popularizado por Womack e Jones, em 1992, com a publicação do livro “A Máquina que mudou o mundo” (Fernandes et al., 2020).

Apesar da origem do pensamento Lean no contexto industrial, seus princípios têm sido utilizados nos mais variados cenários, incluindo a área da saúde. Essa aplicabilidade universal do conceito Lean deve-se à similaridade dos processos de produção das organizações, que independentemente da sua especificidade, buscam planejar e executar um conjunto de ações, em uma sequência e tempo certos, para criar valor a um cliente (Campos Junior et al., 2019).

É citado por Zimmermann et al. (2020), que o pensamento Lean consiste em uma abordagem sistemática que permite a identificação e eliminação do desperdício nos processos produtivos, tendo como foco principal agregar qualidade e entregar ao cliente somente o que ele considera como valor.

Outro princípio é a eliminação de atividades que não geram valor, juntamente com outros desperdícios, como longas esperas para atendimento, etapas realizadas em duplicidade, conselhos conflitantes em relação ao tratamento. Esses desperdícios não permitem que o paciente percorra o processo de cuidado e tratamento sem interrupções, desvios, retornos ou esperas (Campos Junior et al., 2019).

Em outras palavras, Lean é a maximização do valor para o cliente por meio de um processo eficiente e sem desperdícios. Na saúde, isso significa fornecer serviços que respeitem e atendam às preferências e necessidades dos pacientes (Fernandes et al., 2020).

A melhoria Lean concentra-se na padronização dos trabalhos e para sua implementação ser bem-sucedida exige-se compromisso da alta direção organizacional, sem a qual a verdadeira melhoria não se sustenta. Os métodos enxutos exigem uma mudança cultural para permitir com que todos os níveis da empresa possam trabalhar em prol da melhoria e eficiência de seu trabalho (Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018).

No serviço de saúde, os aspectos que o paciente valoriza são um atendimento cada vez melhor, seguro, rápido, qualificado e resolutivo, de acordo com as suas necessidades e objetivando à recuperação total do seu bem-estar. A melhoria do cuidado oferecido nos ambientes de assistência à saúde acontece desde os primórdios do atendimento médico-hospitalar com o intuito de aprimorar a efetividade das ações e oferecer um amparo de qualidade aos usuários desses serviços. O pensamento Lean é um modelo de gestão que tem despontado como um referencial para o alcance dessa qualidade assistencial aliado a melhoria contínua dos processos (Zimmermann et al., 2020).

Simplificando, o Lean Thinking para o setor de saúde, posteriormente denominado LH, com a finalidade de focalizar diretamente nos cuidados essenciais com os pacientes, identificando o que há de mais valor e importante, de modo a otimizar o atendimento para minimizar o tempo de internação hospitalar, evitando desperdícios. Na assistência à saúde o fluxo de valor de um paciente em tratamento é qualquer coisa que não agrega valor ao paciente ou ao processo de prestação de cuidados (Campos Júnior et al., 2019; Fernandes et al., 2020).

O LH, adaptado para a área da saúde, baseia-se em um processo contemplando cinco etapas, sendo estas: i) definir o valor do cliente para atender as suas necessidades, como por exemplo exames diagnósticos e terapia indicada; ii) mapear o valor, que inclui definir as atividades do início ao fim das etapas do processo; iii) revisar o fluxo de valor para identificar os desperdícios e solucioná-los, ou seja, adaptar-se e ser eficiente nos cuidados em saúde; iv) o puxar, definido pela capacidade de sinalizar para as etapas seguintes o ritmo das atividades, com vistas a evitar os estoques e; v) a busca da perfeição, etapa que deve impulsionar a melhoria contínua do LH com o cuidado prestado de forma oportuna e com qualidade (Fernandes et al., 2020).

As ferramentas que compõe o processo do Lean são: Metodologia 5S, Mapa de Fluxo de Valor (VSM), Fluxista, Kanban, Round Multiprofissional e Projeto Terapêutico Singular, Daily Huddle, Plano de Capacidade Plena (PCP), Unidade de Decisão Clínica, Fast Track, Farmácia Satélite.

Para melhor compreensão da estrutura e funcionalidade do LH, criou-se um quadro com destaque às ferramentas e suas respectivas funções (Quadro 1).

FERRAMENTA LEAN	FUNCIONAMENTO
METODOLOGIA 5S	É uma metodologia/filosofia japonesa de gestão empresarial para implantação da qualidade total, desenvolvido após a Segunda Guerra Mundial, motivando e conscientizando toda a empresa a ter um ambiente de trabalho limpo, organizado, ágil, produtivo e seguro.
VSM	É um diagrama estruturado que documenta as etapas principais ou setores pelos quais o paciente percorre. Além disso, quanto tempo cada etapa do processo normalmente leva para ser concluída e, o mais importante, o tempo de espera entre as etapas.
FLUXISTA	É um profissional destinado para o direcionamento dos pacientes e eliminação de etapas desnecessárias em um processo de trabalho, como o tempo de espera, melhora a produtividade, a qualidade e o fluxo de pacientes, possibilitando aos profissionais de saúde desempenhar suas funções eliminando os desperdícios e elevando a satisfação do paciente.

KANBAN

É uma ferramenta de gerenciamento visual, simples, de fácil compreensão e eficaz, baseada nos conceitos de trabalho padronizado e no método 5S.

ROUND MULTIPROFISSIONAL (RM)

É uma visita realizada em conjunto pela equipe (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais) ao paciente à beira leito.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

O PTS norteará o tratamento do paciente a partir do que foi apreendido durante os RM, devendo ser configurado de forma a facilitar o acesso e a visualização de seu conteúdo por toda equipe constantemente, a fim de garantir que as ações e metas sejam lembradas e perseguidas no menor tempo possível

PLANO DE CAPACIDADE PLENA (PCP)

Consiste em um processo utilizado no gerenciamento das atividades. Seu objetivo envolve, não somente o planejamento, como também, a programação e o controle do que foi estabelecido, não permitindo que o objetivo final perca o foco. Ajuda na tomada de decisão nos casos em que a demanda é maior do que a capacidade instalada do hospital.

UNIDADE DE DECISÃO CLÍNICA (UDC)

Trata-se de um setor dedicado a determinação da decisão diagnóstica e do desfecho do paciente na unidade hospitalar.

FAST TRACK

Consiste em uma ferramenta de liberação rápida do paciente. Esta ferramenta garante que parte dos usuários do pronto atendimento sejam atendidos e liberados na primeira etapa da triagem.

FARMÁCIA SATÉLITE

É um setor centralizado e dedicado a atender a demanda medicamentosa dos setores da unidade hospitalar, desde o recebimento das prescrições, análise farmacêutica, até a distribuição dos medicamentos para cada paciente que são admitidos.

2

METODOLOGIA 5S

Foi a primeira ferramenta implantada na Unidade Hospitalar, a fim de propor a qualidade de trabalho na equipe assistencial, mudança comportamental dos profissionais, da eliminação de materiais obsoletos, identificação dos materiais utilizados, execução constante de limpeza no local de trabalho, construção de um ambiente que proporcione saúde física e mental e manutenção da ordem implantada, apontando, assim, para a melhoria do desempenho da organização (Fernandes et al., 2020). Este é baseado na aplicação de 5 princípios, traduzidos da língua japonesa:

Figura 1- Metodologia de Gestão



Fonte: Graban (2016).

3

MAPA DE FLUXO DE VALOR (VSM)

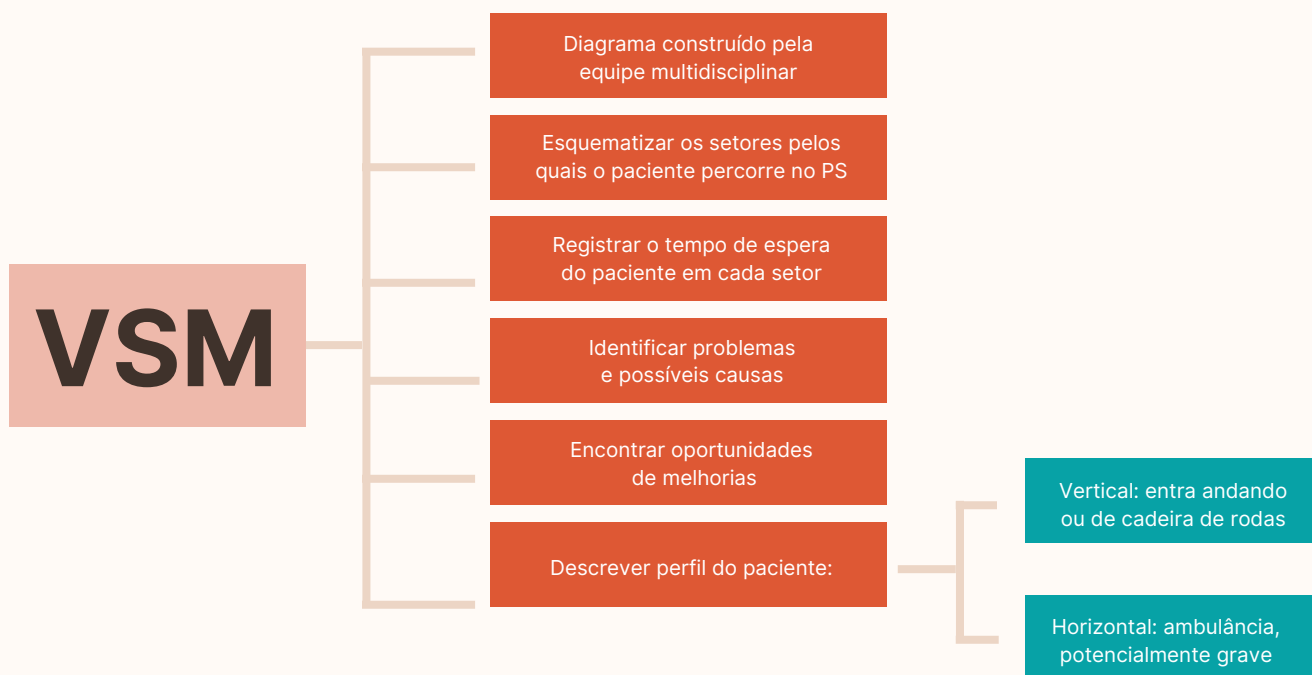


Figura 2 - Fluxograma simplificado do VSM

A figura a seguir, ilustra o VSM convertido em mídia para melhor entendimento. Abaixo de cada etapa do processo de atendimento foi construído um diagrama de Ishikawa, conhecido também como espinha de peixe, a fim de identificar as causas que contribuem para o tempo de espera em cada etapa percorrida pelo paciente. Foi preciso entender o porquê de tanta espera que não agregava valor.

FIGURA 3- VSM DE PACIENTES VERTICAL

SETOR	TC ANTES	TC DEPOIS	TE ANTES	TE DEPOIS	% REDUZIDO
ENTRADA DO PACIENTE					
Recepção	2 min	2 min	7 min	2 min	71%
Classificação de Risco	5 min	3 min	20 min	5 min	75%
Consultório	5 min	5 min	120 min	59,2 min	51%
Posto de Medicação	40 min	40 min	10 min	7 min	30%
Laboratório e Imagem	15 min	15 min	24min	8 min	57%
Reavaliação Médica	7 min	5 min	240 min	94min	61%

TC – tempo de ciclo: representa o tempo de realização, de execução da atividade, agrega valor ao paciente.
 TE – tempo de espera: representa o tempo de espera entre uma atividade e outra, não agrega valor ao paciente.

Fonte: Pronto Socorro 28 de Agosto (2024).

Após concluído o diagrama de Ishikawa, foram acrescentadas as oportunidades, que são as sugestões de resolução dos problemas, falhas ou erros identificados em cada etapa do processo de atendimento.

Percebemos, **após a implantação das ferramentas propostas pelo projeto LH**, redução importante no tempo que não agregava valor ao paciente em todas as etapas do processo de atendimento no pronto socorro.

Figura 4- VSM DE PACIENTE HORIZONTAL

SETOR	TC ANTES	TC DEPOIS	TE ANTES	TE DEPOIS	% REDUZIDO
ENTRADA DO PACIENTE					
SE/Politrauma	39 min	39 min	3 min	3 min	0%
Avaliação (especialista)	10 min	10 min	1 min	1 min	0%
Medicação	30 min	30 min	3 min	3 min	40%
Banco de sangue	50 min	31 min	5 min	3 min	30%
Laboratório e Imagem	23 min	15 min	31 min	12 min	61%
Reavaliação Médica	10 min	10 min	65 min	5 min	92%

% reduzido após a implementação das ferramentas do lean.

Fonte: Pronto Socorro 28 de Agosto (2024).

4

FLUXISTA

No dia 05 de Outubro de 2020, a Unidade Hospitalar criou a função de Fluxista para desempenhar todas as atividades inerentes a organização do fluxo, orientação e encaminhamento dos pacientes atendidos no pronto socorro.

FLUXISTA

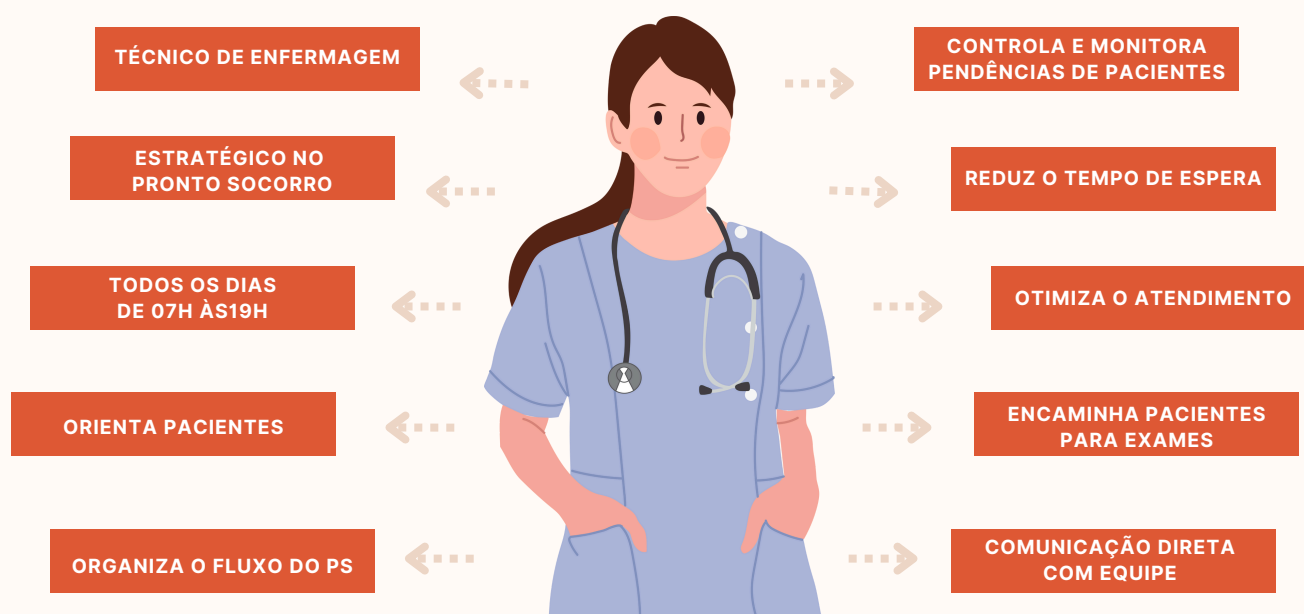


Figura 5- Aspectos e benefícios da ferramenta Fluxista.

Fonte: Pronto Socorro 28 de Agosto (2024).

O fluxista fica em local estratégico na unidade, próximo aos consultórios da clínica médica e utiliza como instrumento de trabalho materiais de expediente para eventuais registros hospitalares, como aferição de sinais vitais, conforme necessidade. Além disso, possui comunicação direta com a Equipe Assistencial (Médicos prescritores, Equipe de Enfermagem, de Laboratório, de Imagem e Núcleo Interno de Regulação) e com a Coordenação do pronto socorro.

5

KANBAN

A ferramenta Kanban foi implantada utilizando quadros brancos, fixados em área comum nas dependências das enfermarias/setores, como os de Clínica Médica de Observação e Clínica Cirúrgica de Observação, Sala de Decisão Clínica para conduta e direcionamento multidisciplinar e Sala de Emergência, onde são descritas, antes da transferência interna ou externa do paciente, informações que são divididas em colunas e linhas, organizados da seguinte maneira: número do leito; data de admissão na clínica; nome do paciente, pendências/programação/eventos importantes, diagnóstico e o tempo de permanência em dias. E assim, sua construção foi estendida às enfermarias dos andares, de forma padronizada e contínua (Rahman et al., 2013).

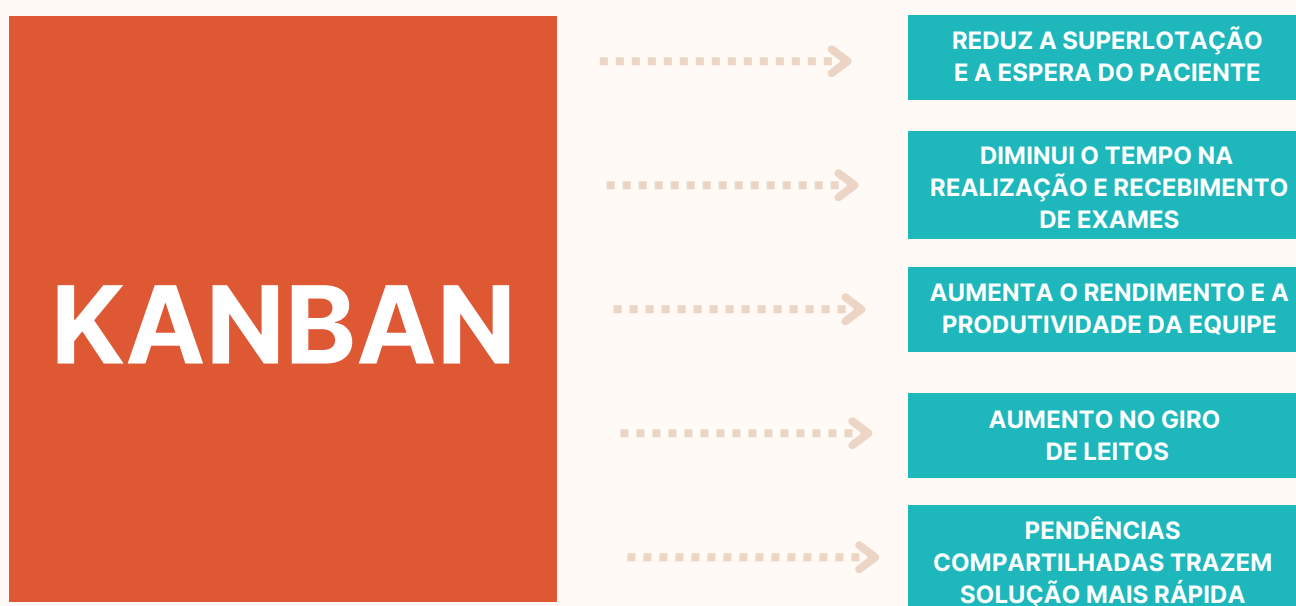


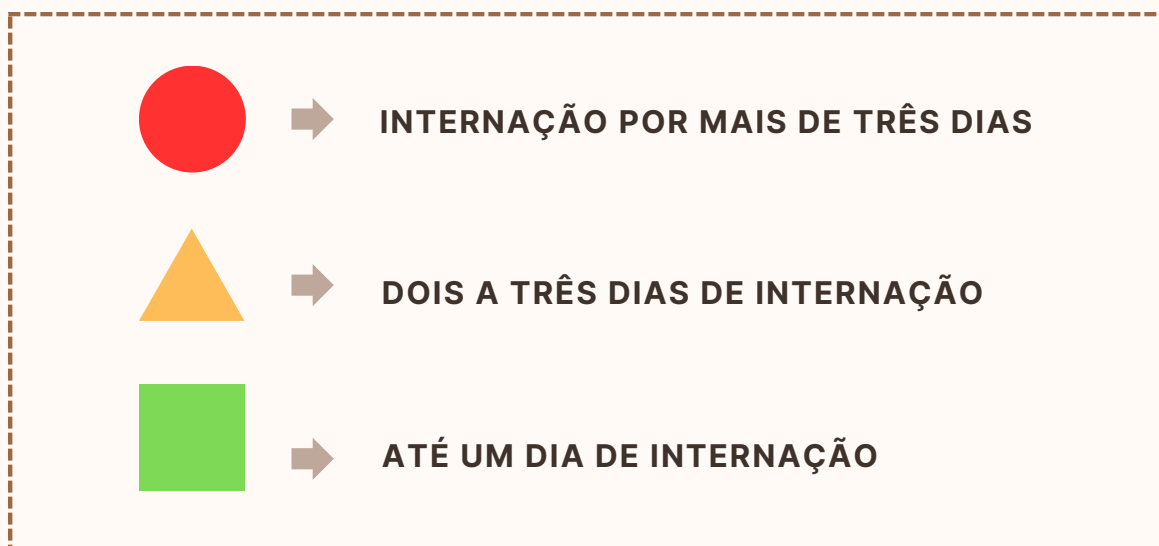
Figura 6- Resultados da utilização do Kanban

Fonte: Rahman et al. (2013).

Apesar de atuarem como setores de observação, em algumas situações, o paciente permanece dias à espera de exames que são realizados fora do Hospital, resultado de laudos, transferências para unidades de apoio ou até mesmo sob cuidados paliativos quando o prognóstico é reservado.

Alguns setores registram o tempo de permanência por meio de cores e formas geométricas:

Figura 7- Sinalização do tempo de permanência dos pacientes



Fonte: Pronto Socorro 28 de Agosto (2024).



6

ROUND MULTIPROFISSIONAL (RM) E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

Para que estes ocorram, os profissionais envolvidos na assistência, seja diretamente (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais) ou indiretamente (CCIH, Núcleo de Segurança do Paciente), se reúnem diariamente à beira leito, a fim de avaliar as condutas terapêuticas em conjunto e programar a alta hospitalar. Essa reunião é mediada pelo profissional médico assistente do paciente que apresenta o diagnóstico e cada profissional expõe o que está observando no tratamento, propõe condutas e novas abordagens terapêuticas.

Figura 8- Aspectos gerais do Round Multiprofissional



Fonte: Pronto Socorro 28 de Agosto (2024).

O resultado do RM na Unidade Hospitalar é o PTS, que contém quatro momentos:

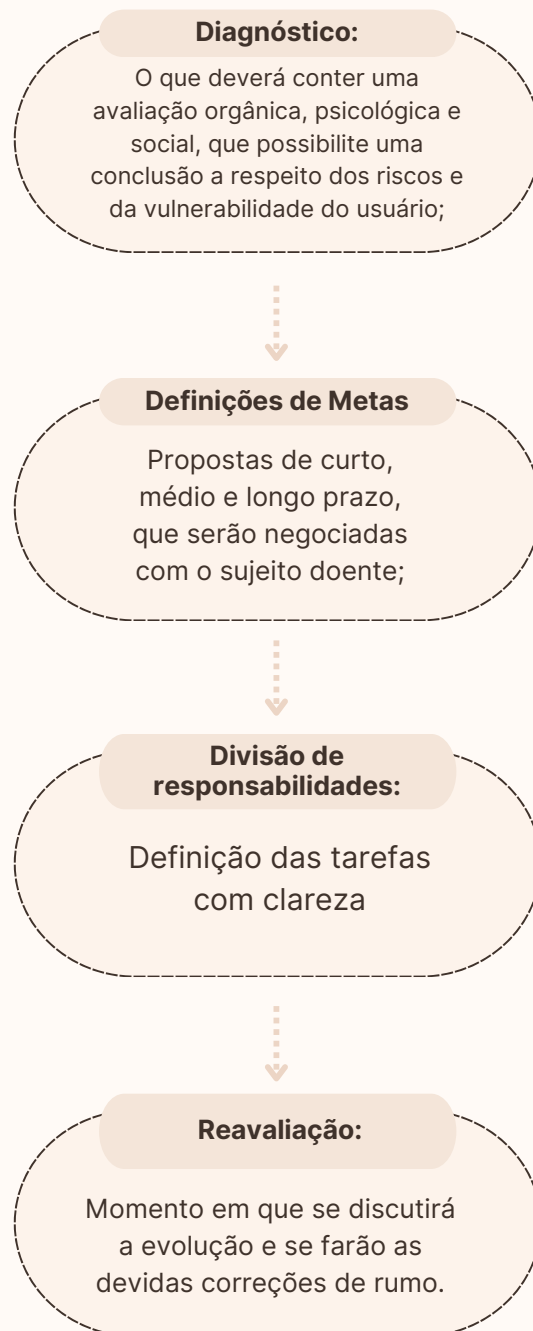


Figura 9- Momentos do RM.
(BRASIL, 2007, p. 41)

O PTS norteará o tratamento do paciente a partir do que foi apreendido durante os RM e deve ser configurado de forma a facilitar o acesso e a visualização de seu conteúdo por toda equipe constantemente, a fim de garantir que as ações e metas sejam lembradas e perseguidas no menor tempo possível.

Fonte: Pronto Socorro 28 de Agosto (2024).

DAILY HUDDLE

Durante a aplicação do Lean na unidade, este teve como objetivo identificar as não conformidades e propor soluções para a resolução, de forma rápida, junto a equipe multidisciplinar.

Nesse sentido, o Daily Huddle foi implementado no dia 01 de Novembro de 2020 por meio do Projeto Lean nas Emergências, com o intuito de proporcionar aos profissionais das diversas áreas um momento de reunião para discussão das não conformidades, como a ausência de profissionais, pendências e/ou falhas primordiais no serviço que pudessem ser resolvidas, preferencialmente, ao final do mesmo dia (Graban, 2016).



Figura 10- Plano de ação 5W2H | Fonte: Graban (2016).

8

PLANO DE CAPACIDADE PLENA (PCP)

O PCP foi implantado na unidade por meio de cartões de fácil visualização fixados em área estratégica de cada setor e, cada cartão contém informações a serem seguidas de acordo com o nível de capacidade instalada. Dessa forma, os cartões são definidos por cores:

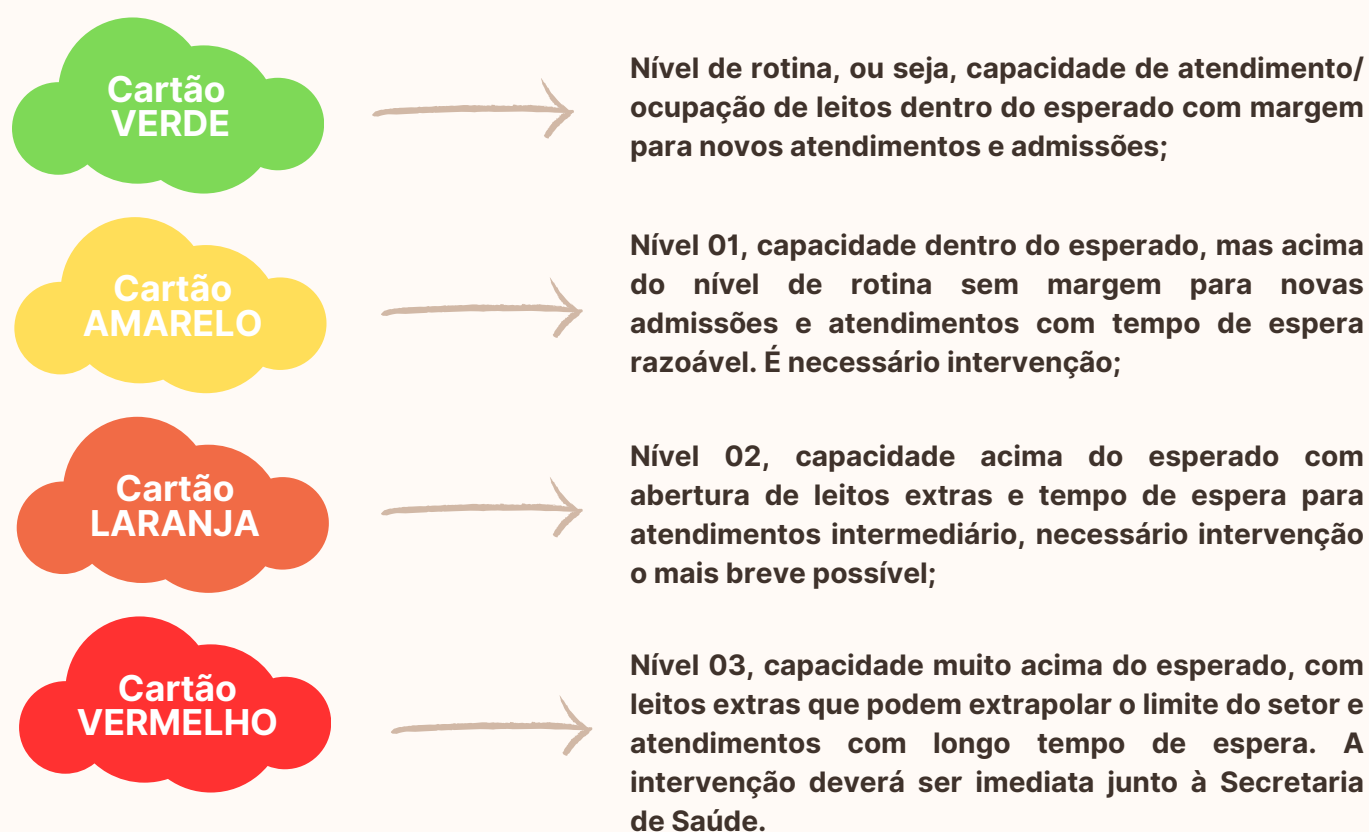


Figura 11- Sinalização do PCP. | Fonte: Rahman et al. (2013).

Além dos cartões, alguns setores, como a Sala de Emergência, UTI (primeiro andar), Clínica Médica de Observação, Clínica Cirúrgica de Observação e Sala de Decisão Clínica, possuem uma sinalização visual na qual as luzes são acionadas de acordo com a cor do nível de capacidade correspondente naquele momento.

A aplicabilidade dessa ferramenta proporciona a intervenção imediata por meio dos planos de ação presentes em cada cartão, de modo que o nível de rotina seja alcançado o mais breve possível. Essa prática induz ao giro de leitos e à rotatividade da Unidade Hospitalar, contribuindo para reduzir a superlotação.



9

UNIDADE DE DECISÃO CLÍNICA

Figura 12.1 - Fluxograma de funcionamento da UDC | Fonte: Pronto Socorro 28 de Agosto (2024).

OBJETIVO DA UNIDADE

Avaliar os pacientes classificados nas cores LARANJA e AMARELO que serão encaminhados para os consultórios médicos



UNIDADE DE DECISÃO CLÍNICA- UDC

Profissional médico irá decidir se o paciente tem indicação de internação ou se poderá continuar o tratamento clínico em domicílio.



Paciente avaliado nos consultórios médicos e admitido na UDC



- Localizada no térreo, próxima dos consultórios médicos;
- Dispõe de poltronas para acomodação dos pacientes;
- Realizam exames que foram solicitados (imagem e/ou laboratório);
- Pacientes permanecem em observação por um período de 6 à 12 horas.

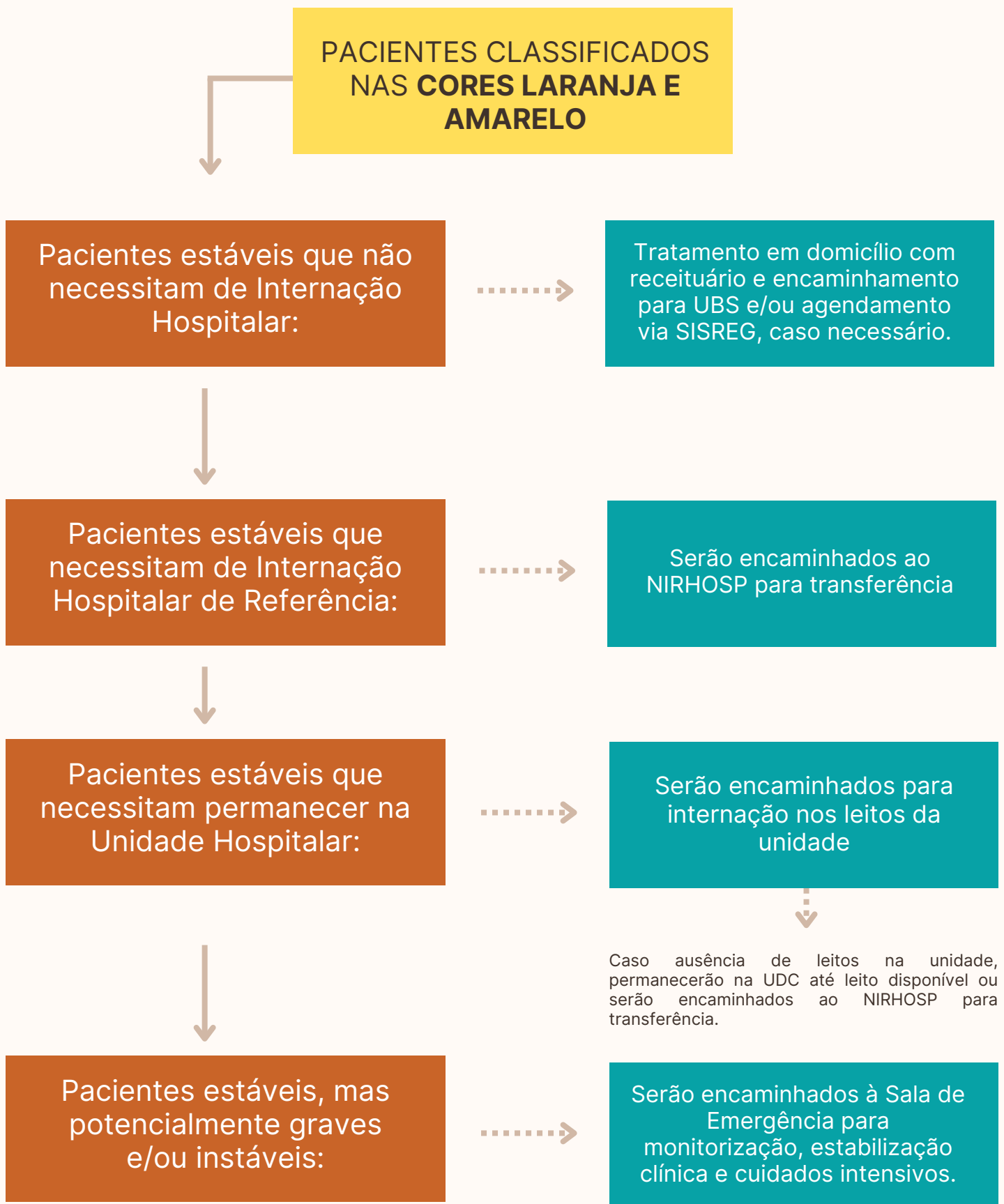


Figura 12.2 - Fluxograma de funcionamento da UDC | Fonte: Pronto Socorro 28 de Agosto (2024).

10

FAST TRACK

Com o uso do Fast Track, cada profissional é responsável por uma etapa do atendimento e o paciente não retorna para o ponto anterior, ele sempre está evoluindo, até que o atendimento seja finalizado. O tempo de espera diminui, melhora a eficiência dos processos de trabalho e o hospital funciona de maneira mais assertiva.

Essa ferramenta tem como objetivo garantir um atendimento diferenciado para casos mais brandos que são atendidos no pronto socorro, gerando mais eficiência e agilidade, além de reduzir o fluxo de pacientes da linha de cuidado.

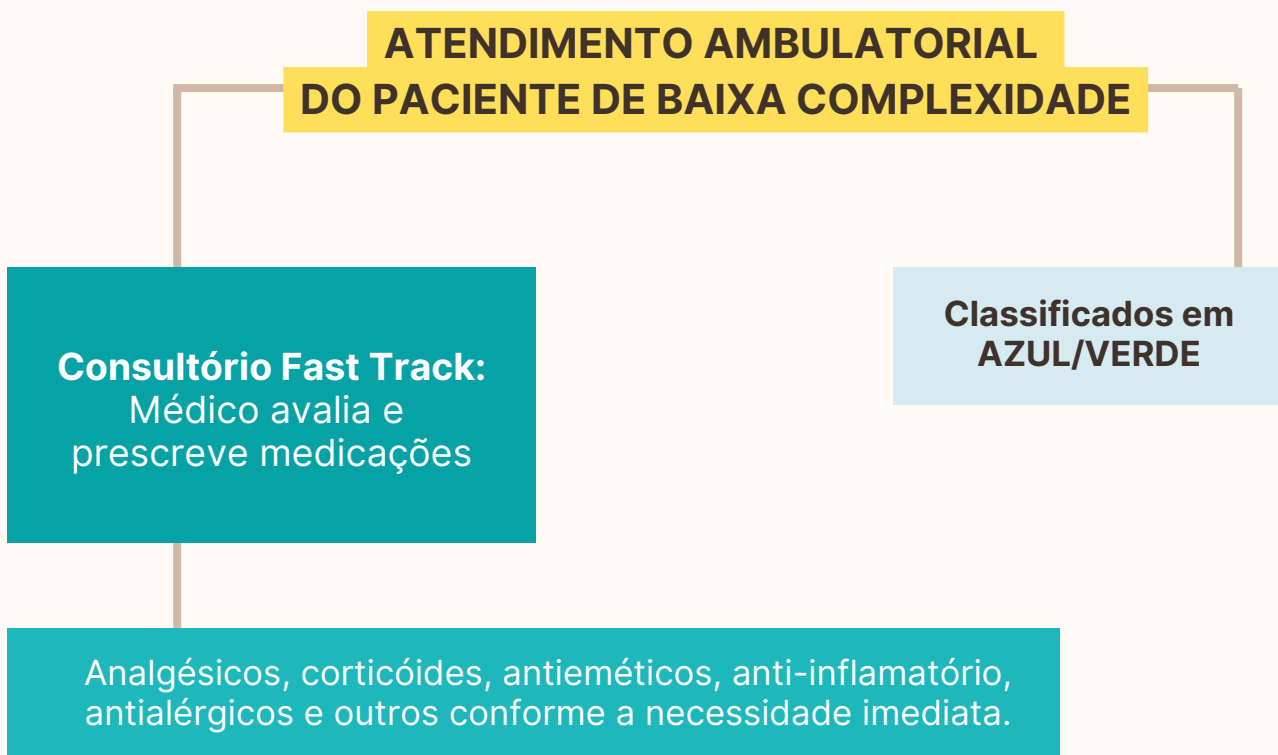
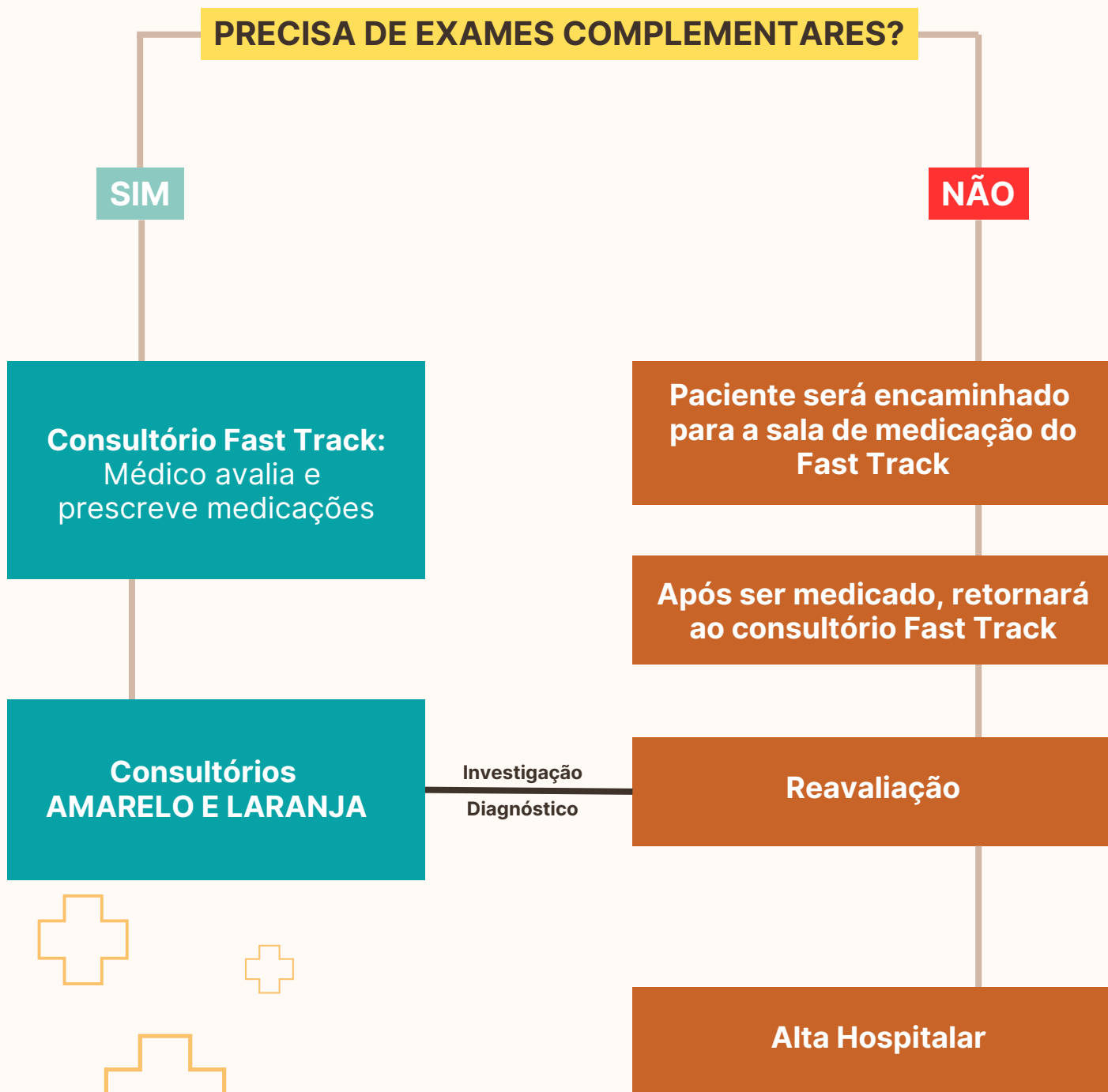


Figura 13.1- Fluxograma Fast Track | Fonte: Pronto Socorro 28 de Agosto (2024).

Figura 13.2- Fluxograma Fast Track | Fonte: Pronto Socorro 28 de Agosto (2024).



11

FARMÁCIA SATÉLITE

A farmácia satélite foi inaugurada dia 29 de Outubro de 2020, onde foram instalados armários próprios para estoque e dispensação de medicamentos devidamente identificados, mesa, computador e armário com cadeado para os medicamentos controlados.

A mesma foi projetada com a finalidade de estar centralizada no pronto socorro. Neste andar ficam as clínicas CCO, CMO, Unidade de Decisão Clínica, Politrauma, Sala de Emergência e Fast Track, com o objetivo de atender todos esses setores, desde o recebimento das prescrições, análise farmacêutica até a distribuição dos medicamentos para cada paciente que são admitidos no hospital.

Figura 14- Principais melhorias. | Fonte: Pronto Socorro 28 de Agosto (2024).

1. Assistência Farmacêutica

Efetiva assistência farmacêutica para o controle, distribuição e racionalização do uso de medicamentos, além de melhorar a qualidade de atendimento prestada ao paciente e a interação entre a equipe multiprofissional. (Oliveira, Noemi, 2019)

2. Segurança

Dispensação segura de medicamentos

3. Agilidade

Tempo de dispensação e administração medicamentosa seja minimizado, otimizando o manejo terapêutico

4. Controle

Controle e distribuição conforme a quantidade utilizada evitando desperdícios e irregularidades no estoque

5. Redução de Custos

A existência de farmácias satélites em setores críticos de um hospital promove a racionalização do seu sistema de distribuição de medicamentos possibilitando uma redução dos custos e permitindo uma maior proximidade em relação às necessidades do paciente e aumento da quantidade de serviço prestado pela farmácia junto à equipe de saúde envolvida no atendimento prestado

6. Descentralização

Anterior à farmácia satélite, todas as clínicas eram atendidas na farmácia central, trazendo alta demanda, dificuldade em atender, demora na análise de prescrições, separação e distribuição. Com isso dificultava o serviço do pronto-socorro, visto que os pacientes são de urgência e precisam de atendimento e medicamento imediato, além da farmácia central não está situada no mesmo andar e a equipe de enfermagem precisar se deslocar de um andar ao outro para obter medicamentos.



REFERÊNCIAS

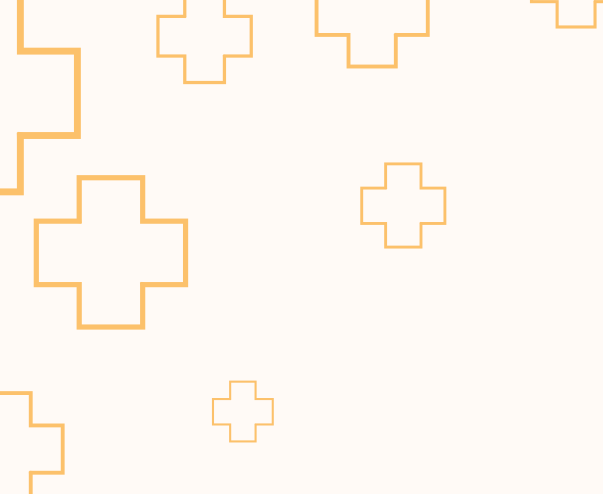
Weiss, S. J.; et al. Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medical centers: Results of the national ED overcrowding study. In: Acad Emerg Med. Vol 11 nº 1, pp. 37 – 50 Nedoc Results. New York, NY: PagNy. 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.^a edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Campos, G.; Lemos, S. T. F. O PTS na Clínica Médica de um Hospital Universitário: Potencialidades e Desafios. Universidade Federal do Maranhão. 2019.

Cardoso, C.G.; Hennington, E.A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. Trabalho, Educação e Saúde, 9 (Suppl. 1), 85-112. 2011.

Pacheco, D. A.; et al. Projeto Terapêutico Singular no Âmbito Hospitalar: Um Relato de Experiência na Residência Multiprofissional. Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. 2019.



Wagner, D.; et al. Implementação do Projeto Terapêutico Singular em um hospital universitário: relato de experiência. hu rev [Internet]. 17º de novembro de 2020; 46:1-6. 2020.

Toussaint, J. Writing the new playbook for U.S. health care: lessons from Wisconsin. Health Affairs, 28(5), pp. 1343-1350. 2009.

Pronto Atendimento Fast Track. Disponível em: <https://prosaude.arq.br>. Acesso realizado: 26 de janeiro de 2023.

HPS 28 de Agosto Implementa Fast Track. 2023. Disponível em: <https://www.acritica.com>. Acesso realizado: 26 de janeiro de 2023.

Graban, M. Lean Hospitals: improvising quality, patient safety and employee engagement (3th ed.) New York, NY: CRC Press. 2016.

Fernandes, O. D. V., et al. Daily Huddle: Uma estratégia para gerenciamento dos riscos. Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês – IRSSL. 2019.

Rahman, N. A. A.; et al. Lean Manufacturing case study with Kanban system implementation. In: International Conference on Economics and Business Research. Procedic Economics and Finance 7 174-180. Selangor, Malaysia: Elsevier. 2013.