



Global Clinical Journal

Conectar e desenvolver a nossa comunidade clínica para servir melhor as pessoas



A Experiência Global do Doente

Número 2, julho de 2020 – português

**United
Healthcare®
Global**

Homenageamos o sacrifício dos profissionais de saúde de todo o mundo que sacrificaram as suas vidas enquanto curavam outras pessoas durante a pandemia da COVID-19, incluindo enfermeiros(as), médicos(as), colaboradores e outros prestadores de cuidados de saúde da nossa própria família do UnitedHealth Group.

Que a sua dedicação à profissão e às pessoas que serviram seja uma inspiração para todos nós.

Uma mensagem da **Chief Medical Officer**

As coisas podem mudar muito rapidamente. Estávamos no processo de revisão das submissões para a segunda edição do *Global Clinical Journal*, com o tema “Cuidados Centrados no Doente e a Experiência do Doente”, quando a COVID-19 foi declarada uma pandemia. Os profissionais de saúde de todo o mundo, incluindo os 37 mil médicos(as) da UnitedHealthcare Global, prepararam-se para combater uma doença que ameaçava os sistemas de saúde em todo o mundo.

O nosso modelo clínico, baseado em evidências fundamentais, a coesão da nossa equipa clínica global e a personificação dos valores da UnitedHealthcare ganharam vida durante esta crise. Os nossos profissionais comportaram-se de forma coerente com a promessa de proteger as pessoas que servimos com Compaixão, Integridade, Desempenho dedicado e inovação.

No momento da impressão deste número, aproximadamente 10,4 milhões pessoas em todo o mundo tinham sido infetadas com a COVID-19, e mais de 509.500 pessoas morreram devido a esta doença. Entre os mortos contam-se doentes e profissionais de saúde. Estes heróis deram as suas vidas protegendo outras pessoas, pois trabalharam arduamente para utilizar o seu conhecimento e formação para conter a doença.

Este número mostra o trabalho relacionado com as bases fundamentais do nosso modelo clínico. Mostra o trabalho que fazemos no decurso normal das atividades, que nos prepara para as crises e desafios futuros. Mostra como nós, a equipa clínica da UnitedHealthcare Global, colocamos o doente no centro de tudo o que fazemos.

Embora esta edição não esteja diretamente ligada a temas relacionados com a COVID-19, porque foi finalizada antes da pandemia, apresentamos o trabalho para celebrar a excelência dos nossos profissionais de saúde e em memória dos(as) nossos(as) colegas falecidos(as).



Margaret-Mary G. Wilson, Médica, MBA, MRCP, FNMCP
Chief Medical Officer e Vice-Presidente Sénior

Conselho Consultivo Global Clinical Journal

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

Filipe Basto, Médico, Mestrado em Administração da Saúde
Director Clínico
Lusiadas Saúde
Portugal
carlos.goncalves.basto@
lusiadas.pt

Claudia Boada, Médica, Mestrado em Administração da Saúde
Directora, Gestão de Saúde
Colômbia
claudialb@colmedica.com

Bernie Elliott, Médico
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

Pedro Garcia Aspillaga, Médico, MBA
Director Clínico
Isapre Banmédica/Vida Tres
Chile
pgarcia@banmedica.cl

Kristen Hellmer
Diretora,
Comunicações Externas
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
kristen_hellmer@uhc.com

Hilary Lyon, Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, MBA
Vice Presidente, Programas
Clínicos Globais
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
hilary.lyon@uhcglobal.com

Jorge Ospina, Médico
Vice-Presidente Clínico
Clínica del País/Clínica la
Colina
Colômbia
jorge.ospina@
clinicadelcountry.com

Lais Perazo, Médica, MBA
Diretora Clínica
Americas Serviços Médicos
Brasil
lperazo@uhgbrasil.com.br

Luis Ramirez, Médico
Diretor de Qualidade e
Segurança
SANNA/Clínica San Felipe/
Aliada
Perú
luis.ramirez@sanna.ef

Ana Ramos Rojas, Médica, MHM
Diretora Clínica
Pacífico
Perú
aramos@pacifico.com.ef

Maria Frias Rosengren, MBA
Diretora, Comunicações
Internas
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
maria.rosengren@uhg.com

Melinda D. Sawyer, DrPH, Mestre em Enfermagem, Enfermeira, CNS-BC
Vice-Presidente, Qualidade
Clínica e Segurança dos
Doentes
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
melinda_sawyer@
uhcglobal.com

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

Charles Souleyman, Médico, MSc, MBA
Diretor Clínico
UnitedHealth Group Brasil
Brasil
csouleyman@uhgbrasil.com

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

Cristian Ugarte Palacios, Médico
Diretor Clínico
Empresas Banmédica -
Care Delivery
Chile
cugarte@
empresasbanmedica.com

Mike Vaughan, MPP
Vice Presidente, Economia
da Saúde
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
mvaughan@uhc.com

David Velasquez Echeverri, Médico
Diretor Clínico
Colmédica/Aliansalud
Colômbia
DavidV@colmedica.com

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

Comité Editorial

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

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

Hilary Lyon, Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, MBA
Vice Presidente, Programas
Clínicos Globais
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
hilary.lyon@uhcglobal.com

Tomas Romero, Médico
Diretor Executivo de Qualidade
Clínica del Country/
Clínica La Colina
Colômbia
tomas.romero
@clinicadelcountry.com

Cartas ao Editor:

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

Sumário

Cuidados de Saúde Mental no Sistema Amil: O Desafio da Continuidade dos Cuidados	4
Melhorar a Experiência dos Doentes nos Serviços de Urgência através de Estratégias que Têm um Impacto Positivo na Temporalidade dos Cuidados: Clínica del Country, Bogotá, Colômbia	8
Nova Experiência do Doente com Percursos Clínicos Baseados em Evidências – Clínica Dávila, Santiago, Chile	12
Implementação dos Componentes Principais das Prioridades da Organização Mundial da Saúde para a Melhoria das Práticas de Prevenção das Infecções da Corrente Sanguínea Associadas à Linha Central nos Hospitais da Americas Serviços Médicos, Brasil	14
Implementação do Centro de Infusão Ambulatória na Clínica Dávila, Santiago, Chile	16
A Experiência do Doente: Relatórios Breves	18
<i>Cultura UnitedHealthcare em Ação: Programa ComPaixão — Operacionalizar a Compaixão para Melhorar a Experiência do Doente</i>	<i>18</i>
<i>Unidade Bariátrica Multidisciplinar do Hospital Lusíadas Porto Centrada no Doente — Experiência de Cinco Anos</i>	<i>20</i>
<i>Como Dar Más Notícias na Área da Saúde: Formação como Ferramenta de Gestão de Riscos</i>	<i>22</i>
<i>Análises Clínicas por Pares: A Oportunidade para a Melhoria Contínua.</i>	<i>23</i>
<i>Experiência do Doente num Novo Modelo de Cuidados Integrados no Centro de Oncologia — Clínica Dávila, Santiago, Chile</i>	<i>24</i>
Seleção de Publicações Recentes	25
Oportunidades educativas e recursos clínicos	25

Cuidados de Saúde Mental no Sistema Amil: O Desafio da Continuidade dos Cuidados

Introdução

A depressão é uma das condições de saúde mais observadas no mundo, segundo dados da Organização Mundial da Saúde de 2019. Os dados indicam que cerca de 264 milhões de pessoas sofrem de depressão. Entre 2005 e de 2015, o número de casos aumentou 18%. A doença afetiva bipolar também tem uma alta prevalência, afetando cerca de 45 milhões de pessoas em todo o mundo, enquanto a esquizofrenia afeta cerca de 20 milhões.¹ Infelizmente, o suicídio é a segunda principal causa de morte de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos. Anualmente, quase 1,6 milhões de pessoas tentam acabar com a sua vida; dessas, infelizmente, 800 mil morrem.

As análises económicas mostram que o investimento na expansão do acesso ao tratamento para pessoas com perturbações mentais tem um retorno do investimento de 4:1, impulsionado pela melhoria da saúde e da produtividade.² A integração do tratamento da saúde mental nos cuidados primários é um passo fundamental para tornar possível o acesso aos serviços e aos cuidados integrados que, por sua vez, proporcionam cuidados de maior qualidade e diminuem os custos.³

Entre 2017 e 2018, observámos um aumento de 30% nos internamentos psiquiátricos para os membros da Amil Insurance com diagnóstico de saúde mental. As readmissões no prazo de 30 dias ocorreram em 32% dos casos. Os serviços de ambulatório Amil foram sobrecarregados com casos de baixa complexidade, dificultando o acesso a serviços de ambulatório para doentes psiquiátricos gravemente doentes.

A criação do programa de saúde mental da Amil teve origem no desejo de avaliar a qualidade clínica prestada durante o internamento hospitalar, gerir melhor a duração dos internamentos, evitar internamentos desnecessários, prevenir internamentos evitáveis e facilitar o acompanhamento ambulatório após a alta hospitalar.

As equipas de tratamento clínico acompanham os doentes internados no hospital com comorbidade psiquiátrica e colaboram com os prestadores de cuidados locais para apoiar o encaminhamento atempado e adequado e a transição para equipas de doentes internados ou ambulatórios de saúde mental.

Estas equipas integram equipas de especialidade ambulatórias com cuidados de saúde primários, oferecendo cuidados coordenados e envolventes para casos graves.

Esta integração inovadora entre equipas melhora a qualidade dos cuidados de saúde mental e reduz os custos globais, resultando numa rede centrada na melhoria da experiência do doente.

A implementação de um programa de saúde mental

O Programa de Saúde Mental Amil teve início em setembro de 2018. Atualmente, existem 11 equipas de encaminhamento para a saúde mental: Sete equipas em unidades de ambulatório da Amil (Amil Espaços Saúde) e quatro equipas em unidades de ambulatório acreditadas na rede contratada da Amil. Essas equipas estão distribuídas pelos estados de São Paulo (4), Rio de Janeiro (2), Paraná (2), Rio Grande do Norte (1), Ceará (1) e Pernambuco (1). Cada equipa de referência em saúde mental é composta por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente de serviços sociais que asseguram a gestão dos cuidados de forma integrada com médicos de família, enfermeiros de família e técnicos de enfermagem. A equipa de prestação de cuidados é composta por psiquiatras e enfermeiros que trabalham nos hospitais psiquiátricos acreditados da rede Amil e gerem 80% das admissões por distúrbios de saúde mental.

Os passos iniciais do programa consistiram em seguir e contactar doentes graves para iniciar a coordenação dos prestadores de serviços de tratamento clínico com os principais prestadores de internamentos psiquiátricos. A intenção era estabelecer um diálogo colaborativo para reforçar os cuidados em rede e a qualidade clínica através da discussão de provas e abordagens atuais no campo da saúde mental.

As equipas de referência em matéria de saúde mental oferecem uma gestão integrada dos cuidados para apoiar os prestadores de cuidados primários e facilitar o acesso alargado e a transição sem descontinuidades para os serviços psiquiátricos. Os doentes com doenças psiquiátricas leves e moderadamente graves permanecem sob os cuidados da equipa médica de cuidados primários, com o apoio da equipa de referência em matéria de saúde mental. Em contrapartida, os doentes com patologia psiquiátrica grave ou em crise de saúde mental são atendidos

principalmente pela equipa de saúde mental, em consulta com a equipa de cuidados primários. Os percursos de cuidados são individualizados e desenvolvidos em parceria com os familiares e outros membros da equipa de cuidados. O relacionamento direto com o assistente social e o técnico de enfermagem está à disposição do doente. As fontes de referência para o programa são a equipa de gestão clínica, hospitais gerais, hospitais psiquiátricos, prestadores de cuidados primários, equipas de gestão de saúde da população e o programa de cuidados a funcionários.

Os indicadores-chave de desempenho foram:

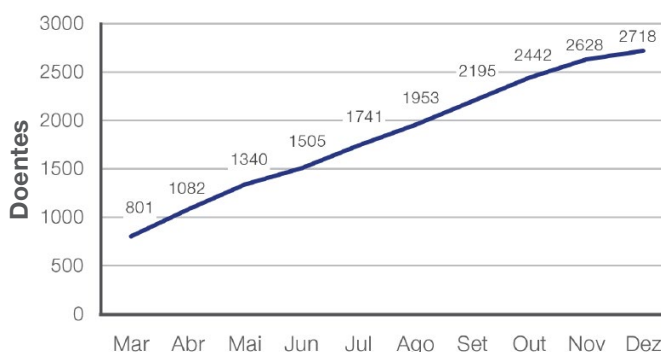
- Número de doentes incluídos por equipas de referência em matéria de saúde mental
- Dias de internamento / 1000
- Taxa de admissão a 30 dias
- Número de internamentos psiquiátricos urgentes evitados em regime de internamento hospitalar

Resultados

De janeiro a dezembro de 2019, mais de 2700 doentes foram incluídos pelas equipas de saúde mental das unidades de ambulatório da Amil (Fig. 1). Foram tratados cerca de 894 casos em crise, evitando internamentos desnecessários em serviços de urgência (Fig. 5). Foram observadas cerca de 15 000 interações doente-profissional, incluindo consultas com psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e consultas combinadas com profissionais de saúde mental e médicos de família e enfermeiros.

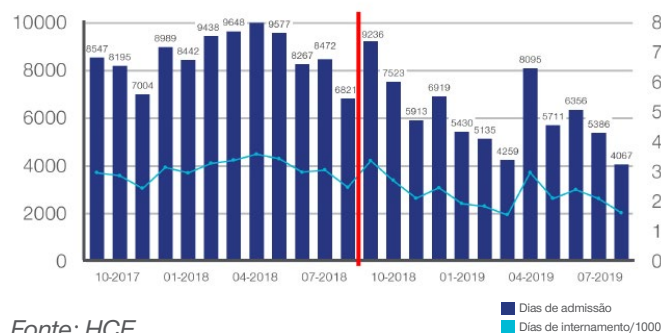
A análise comparativa dos dados mostra uma redução dos dias de internamento por 1000 (Fig. 2) principalmente devido à tendência negativa na duração do internamento (Fig. 3) na sequência da implementação do programa de saúde mental. Também assistimos a uma redução do custo por internamento (Fig. 4). A análise comparativa do período entre janeiro a novembro de 2018 e o mesmo período em 2019 mostrou que a taxa de readmissão de 30 dias da população com diagnóstico de saúde mental diminuiu 3 pontos percentuais, o que representa uma redução de 9%. Quando se procede à mesma análise da população de doentes incluídos em equipas de saúde mental, verifica-se uma redução de 12 pontos percentuais, o que representa uma diminuição de 37,5% na readmissão a 30 dias (Tabela 1).

Figura 1. Número total de doentes incluídos nas equipas de saúde mental em 2019.



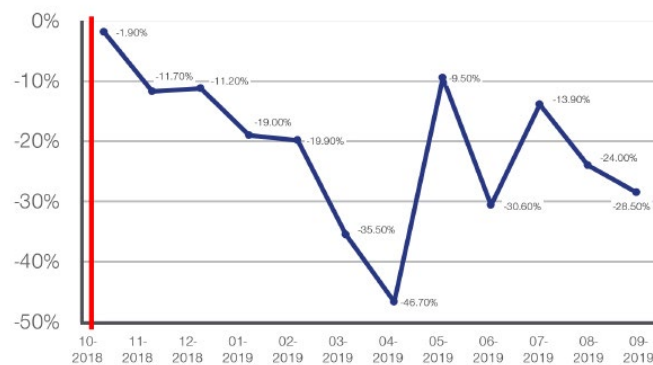
Fonte: SisWebCad Amil

Figura 2. Dias de admissão / 1000 beneficiários ativos e volume total de dias de admissão. O período antes da linha vermelha é sem tratamento clínico e o período depois da linha vermelha é com tratamento clínico.



Fonte: HCE

Figura 3. Tendência da duração da estadia desde o início do tratamento clínico.



Fonte: HCE

Cuidados de Saúde Mental no Sistema Amil: O Desafio da Continuidade dos Cuidados, a continuação

Conclusão

O Programa de Saúde Mental da Amil é uma solução inovadora com potencial para um grande impacto social. Permite o acesso facilitado e o cuidado contínuo a doentes com comorbidade psiquiátrica em ambulatórios e em ambientes hospitalares. Este programa facilita a gestão integrada dos cuidados, as discussões colaborativas entre prestadores de cuidados, a gestão eficiente dos cuidados de transição e o acompanhamento eficaz após a alta do hospital. O programa também oferece gestão de crises e terapia personalizada para todos os doentes incluídos. O Programa de Saúde Mental da Amil melhorou a otimização da rede hospitalar e de ambulatório, abordando as lacunas na continuidade dos cuidados e dos cuidados de transição especificamente relacionados com os cuidados de saúde mental. As equipas de referência em matéria de saúde mental têm sido especialmente eficazes no tratamento de casos de crise de saúde mental em regime ambulatorio, evitando assim internamentos psiquiátricos desnecessários.

Na caixa em baixo, apresentamos um relatório sobre um dos casos de seguimento.

Este artigo foi traduzido da submissão original em português do Brasil.

¹ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Mental Disorders, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Acesso em 11 de fevereiro de 2020.

²ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Mental Health ATLAS 2017, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>. Acesso em 11 de fevereiro de 2020.

³ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (WONCA). Integration of mental health in primary health care: a global perspective. National Coordination for Mental Health. Portugal, 2008.

Autores

Isabela Henriques Ferreira Ramos, Médica, Amil, Brasil
iramos@amil.com.br

Fabiane Minozzo, Psiquiatra, Amil, Brasil

Samantha Pereira França, Médica, Amil, Brasil

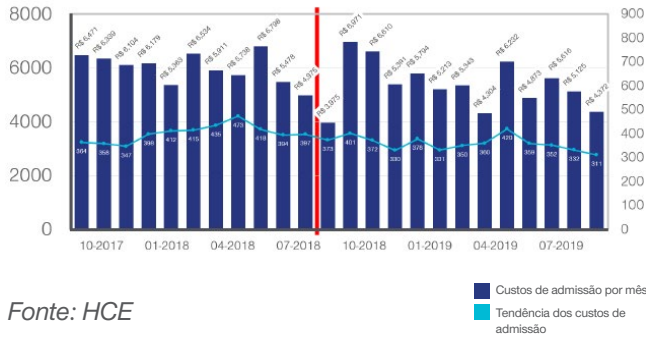
Estudo de caso: “Não sei como viver. Estou a pensar em desistir.”

Mulher de 45 anos de idade com um histórico de quatro internamentos psiquiátricos anteriores, visitas urgentes repetidas à clínica de cuidados primários e não cumprimento do seu regime de acompanhamento ambulatorio e medicação psiquiátrica. A doente tinha um apoio familiar frágil e apresentava sintomas de autoagressão. Tinha uma história de múltiplas tentativas de suicídio, uma das quais resultou na amputação de uma das suas mãos quando tentou atirar-se para a frente de um comboio.

A doente foi integrada na equipa de saúde mental do Amil Espaço Saúde em setembro de 2018, após um diagnóstico de transtorno de personalidade borderline. A equipa desenvolveu um programa de cuidados que incluiu acompanhamento diário, consumo supervisionado de medicamentos sob observação direta e consultas clínicas, conforme necessário, até à estabilização. Esta abordagem evitou recaídas e estabeleceu uma forte ligação com a doente. Apresentou uma melhoria significativa e adesão à terapêutica ambulatoria subsequente.

Não foi readmitida no hospital e as suas visitas ao centro de saúde tornaram-se muito menos frequentes. Continua a aderir ao tratamento, continua a melhorar e está agora à procura de emprego.

Figura 4. Tendência dos custos de admissão. O período antes da linha vermelha é sem tratamento clínico e o período depois da linha vermelha é com tratamento clínico.



Fonte: HCE

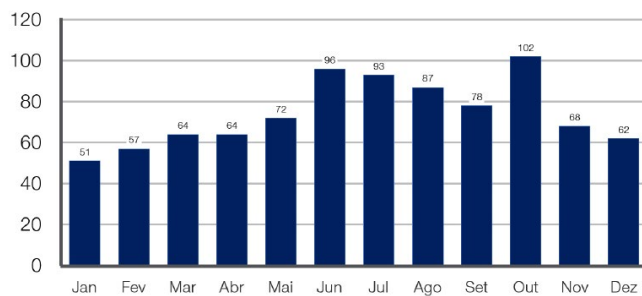
O Programa de Saúde Mental da Amil é uma solução inovadora com potencial para um grande impacto social. **Permite o acesso facilitado e o cuidado contínuo a doentes com comorbidade psiquiátrica em ambulatórios e em ambientes hospitalares.**

Tabela 1. Taxa de readmissão psiquiátrica a 30 dias.

	2018 (Jan a Nov)	2019 (Jan a Nov)
% Readmissão em 30 dias - população em geral	32%	29%
% Readmissão em 30 dias - população incluída	-	20%
Redução total em pontos percentuais - Readmissão em 30 dias - população em geral 2018 x população incluída 2019	12 p.p.	
Redução total de pontos percentuais - Readmissão em 30 dias - população em geral por período (2018 e 2019)	3 p.p.	

Fonte: MicroStrategy

Figura 5. Número de admissões psiquiátricas urgentes evitadas - 2019.



Fonte: Folha de Cálculo da Saúde Mental

Melhorar a Experiência dos Doentes nos Serviços de Urgência através de Estratégias que Têm um Impacto Positivo na Temporalidade dos Cuidados: Clínica del Country, Bogotá, Colômbia

Introdução

O serviço de urgência (SU) é o principal ponto de entrada nos hospitais, desempenhando assim um papel fundamental na moldagem dos primeiros momentos da experiência de um doente. Isto constitui um desafio permanente porque a percepção que o doente tem da experiência de assistência pode ter um impacto na reputação institucional e na fidelidade do cliente.

O Net Promoter Score (NPS) dos nossos hospitais revelou que a experiência do doente não atingiu os objetivos que tínhamos estabelecido para os nossos serviços de urgência. Assim, a fim de trabalharmos em estratégias de melhoria, identificámos as causas profundas das nossas pontuações de NPS subótimas e os principais fatores que influenciam a experiência dos doentes. Identificámos dois fatores principais: a temporalidade dos cuidados e a gestão da dor. Este artigo centra-se na nossa estratégia de intervenção para melhorar a temporalidade da prestação de cuidados de urgência.

Objetivo

O nosso objetivo foi melhorar a experiência do doente, reduzindo o tempo gasto durante todas as fases da prestação de cuidados de urgência, utilizando os seguintes indicadores: tempo de resposta, número de doentes que saem antes de serem vistos, queixas e elogios e a percepção do doente.

Estabelecemos os seguintes objetivos:

1. Atingir a promessa de valor em tempos de espera para cuidados médicos iniciais após a triagem em 80% dos casos do SU (o tempo que leva para o doente ser visto por um médico e receber tratamento após a triagem). Esta promessa corresponde a 60 minutos para os casos de nível de triagem III e 90 minutos para os casos de nível de triagem IV e V.
2. Atingir uma redução de 25% na taxa de doentes que abandonam o serviço de urgência antes de serem atendidos.
3. Melhorar a percepção que os doentes têm do serviço de urgência.

Metodologia

Aplicámos uma análise de causa raiz utilizando gráficos de indicadores de tendência comportamental e tempos de espera em diferentes fases do percurso de cuidados. Foram identificados os principais fatores com maior impacto. Estes fatores foram hierarquizados com base na magnitude do impacto previsto e no esforço necessário para implementar uma estratégia de remediação, utilizando os gráficos de Pareto e a metodologia PDCA.^{1,2}

Resumo das Estratégias

Desenvolvemos estratégias de remediação baseadas nos seguintes domínios:

Cuidados médicos especializados no SU: procedemos a alterações na composição das equipas clínicas das urgências, substituindo os médicos de clínica geral por médicos especializados em medicina familiar e aumentando o número de médicos de urgência, cirurgia geral e medicina interna afetos ao serviço de urgência.

Avaliar os médicos necessários por hora e introduzir pagamentos baseados na produtividade:

analisámos o número médio de doentes tratados por hora ajustado para as seguintes variáveis: hora do dia, tempo médio de consulta, tempo de deslocação dos médicos e reavaliação dos doentes. Com base nestes números, criámos um quadro de turnos com horários de início e fim diferentes para os médicos. Também alterámos os contratos dos médicos de modo a que tenham agora direito a um salário de base, mais um incentivo à produtividade baseado na sua capacidade de cumprir um objetivo esperado de número de casos resolvidos e de padrões de referência de qualidade de cuidados predeterminados.

Fornecer informações aos doentes sobre os tempos de espera ao longo de todo o processo de tratamento:

a nossa avaliação de base indicou que os doentes normalmente não são informados dos tempos de espera previstos no serviço de urgência antes de serem atendidos por um médico. Corrigimos esta lacuna criando um quadro eletrónico colocado de forma proeminente nas urgências, que permite a cada doente visualizar e monitorizar o seu tempo de espera previsto com base na sua classificação de triagem.

Otimização do espaço e redução dos tempos de transferência: um dos principais problemas identificados nos serviços de urgência com um elevado fluxo de doentes é a insuficiência da capacidade instalada para fazer face à procura. As elevadas taxas de ocupação no nosso hospital originaram mais atrasos no SU. Adotámos uma política de transferência de doentes do serviço de urgência que privilegiava a alocação de camas de acordo com o volume do SU, facilitava as transferências precoces para cirurgia e as transferências oportunas de doentes dentro da rede global integrada de hospitais UnitedHealthcare na Colômbia. Também desenvolvemos e implementámos políticas padronizadas de transferência interna de doentes que permitiram uma diminuição dos tempos de transferência interna. Estas ações diminuíram o tempo de transferência dos nossos doentes de 20 minutos para sete minutos ao longo de um período de três meses.

Remediação em curso - percurso de cuidados de urgência: estamos atualmente a redesenhar o mapa de percurso do doente para melhorar a experiência do doente nas urgências. Até à data trabalhamos no aumento do número de salas de triagem, completámos um sistema de turnos para todo o processo de tratamento médico, otimizámos os procedimentos e as áreas de radiologia de urgência para melhorar os tempos de transferência, imagiologia e análise de imagem, e melhorámos a comunicação entre especialistas.

Resultados

As alterações provocadas pelas estratégias acima referidas tiveram um impacto positivo nos seguintes indicadores:

Temporalidade dos cuidados após a triagem: as normas para os tempos de espera pós-triagem para os cuidados médicos iniciais (promessa de serviço: triagem III em 60 minutos, e triagem IV e V em 90 minutos) estão a ser cumpridas até à presente data, com base na classificação de triagem dos doentes.

Doentes que abandonam o hospital sem ser observados: A nossa análise de base indicou que o abandono do SU pelos doentes está diretamente ligado a tempos de espera mais longos. Antes de junho de 2019, a nossa taxa de abandono do SU pelos doentes era de 2,5%. Na sequência da implementação da nossa estratégia, observámos uma

diminuição imediata, atingindo níveis inferiores ao objetivo proposto de 1,5%.

Reclamações e elogios: na sequência da implementação do modelo de medicina especializada no SU, assistimos a uma redução das queixas da experiência dos doentes. As queixas sobre a temporalidade dos cuidados diminuíram 38% entre o primeiro e o segundo semestre de 2019. Do mesmo modo, os elogios dos doentes relacionados com a sua experiência no SU aumentaram no mesmo período em 142%.

Perceção do doente: o nosso inquérito à satisfação dos doentes avalia o ciclo de cuidados de urgência através de três perguntas sobre a temporalidade dos cuidados. As respostas ao inquérito revelaram uma tendência positiva ao longo de 2019. As três perguntas abordam os seguintes domínios:

Net Promoter Score (NPS): este indicador mede a lealdade dos doentes com base na sua vontade de recomendar os nossos serviços. Nos nossos hospitais, o NPS constitui o indicador mais importante para a experiência do doente. A partir de junho de 2019, na sequência da implementação das estratégias acima descritas, registou-se um aumento do nosso NPS.

Figura 1. Oportunidade de tratamento inicial.

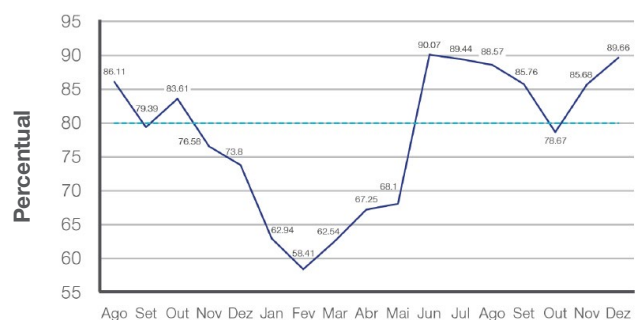
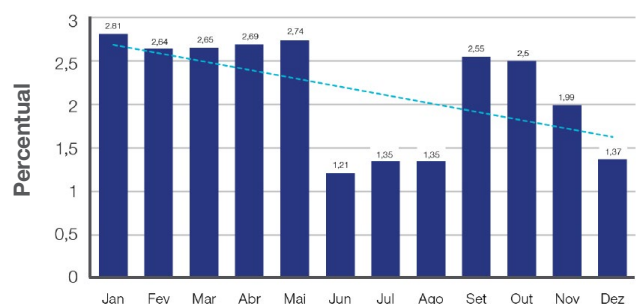


Figura 2. Taxa de abandono do SU pelos doentes..



Melhorar a Experiência dos Doentes nos Serviços de Urgência através de Estratégias que Têm um Impacto Positivo na Temporalidade dos Cuidados: Clínica del Country, Bogotá, Colômbia, a continuação

Figura 3. Reclamações e elogios.

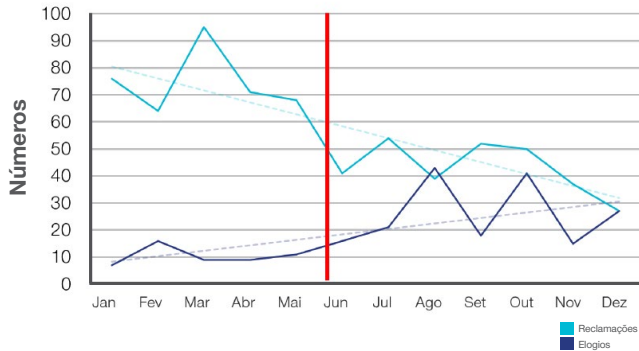


Figura 6. Tempo de espera para ser chamado para um exame médico de seguimento.

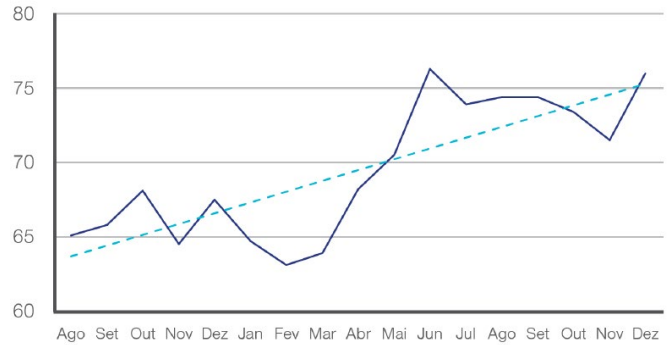


Figura 4. Informações recebidas sobre atrasos e tempos de espera no SU.

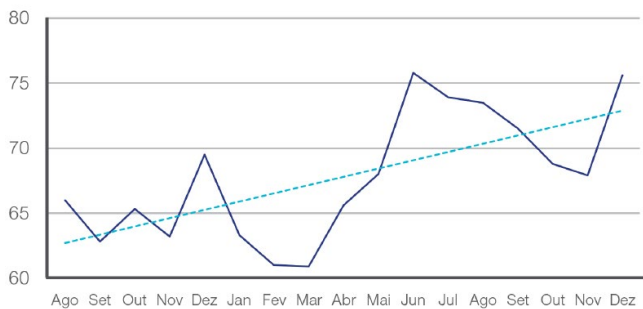


Figura 7. NPS do hospital.

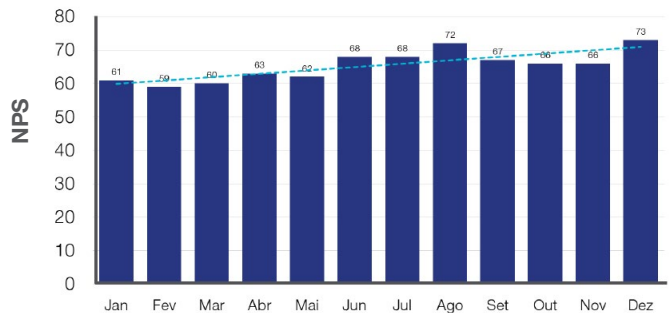
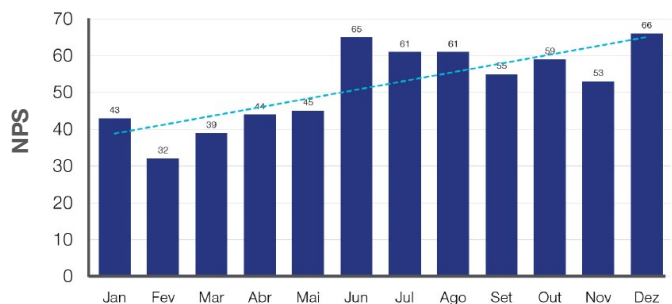


Figura 5. Tempo de espera para serem atendidos por um médico após a triagem.



Figura 8. NPS do Serviço de Urgência.



Conclusão

Na Clínica del País identificámos a temporalidade dos cuidados como um fator importante de insatisfação dos doentes com os cuidados de urgência. Implementámos uma estratégia de remediação que se concentrou na melhoria da temporalidade dos cuidados médicos pós-triagem, na redução da taxa de abandono dos doentes, na normalização dos processos de transferência, no aumento da cobertura das especialidades no SU e na implementação de modelos de reembolso baseados no desempenho dos prestadores. Estes esforços melhoraram com sucesso a perceção, experiência e NPS dos doentes.

Este artigo foi traduzido da submissão original em inglês.

¹Dunford. R., Su, Q., and Tamang, E. (2014) 'The Pareto Principle', The Plymouth Student Scientist, 7(1), p. 140-148.

²Peter J. Koiesar (1994) What Deming Told the Japanese in 1950, Quality Management Journal, 2:1, 9-24, DOI: 10.1080/10686967.1994.11918672

³D. F. Hamilton, J. V. Lane, P. Gaston, et al. Assessing treatment outcomes using a single question the Net Promoter Score. Bone Joint J 2014;96-B:622-8.

*O serviço de urgência (SU) é o principal ponto de entrada nos hospitais, **desempenhando assim um papel fundamental na moldagem dos primeiros momentos da experiência de um doente.***

Autores

Carolina Marquez, Médica, Clínica del Country, Colombia
carolina_marquez@clinicadelcountry.com

Jorge Ospina, Médico, Clínica del Country, Colombia

Ana María Quijano, Médica, Clínica del Country, Colombia

Nova Experiência do Doente com Percursos Clínicos Baseados em Evidências – Clínica Dávila, Santiago, Chile

Introdução

A padronização da prática clínica é fundamental para oferecer maior valor ao doente e melhorar a qualidade do serviço e da experiência em cuidados de saúde. Os percursos clínicos baseados em diretrizes de cuidados baseados em evidências cumprem os dois objetivos.^{1,2}

Programa

A metodologia baseia-se no desenvolvimento de um percurso clínico baseado na evidência com médicos de cada especialidade utilizando as Diretrizes de Cuidados MCG.³ O percurso de cuidados ideal para cada doente é um mapa detalhado de cada processo de cuidados, incluindo a consulta pré-operatória, admissão, cuidados intra-hospitalares, cuidados pós-operatórios e cuidados de seguimento.

A equipa clínica da linha de serviço inclui o elemento distintivo de um enfermeiro navegador que cumpre o papel de supervisão e orientação do doente. Os enfermeiros navegadores dão formação constante ao doente, respondem a perguntas e orientam-no através de procedimentos administrativos e clínicos.

O pessoal clínico existente é formado na abordagem do percurso pelo líder médico e pelos enfermeiros-navegadores. O cumprimento do percurso de cuidados é verificado através de indicadores utilizados pela equipa de monitorização, permitindo que sejam tomadas medidas para uma melhoria imediata. Desde junho de 2019, foram desenvolvidos 32 percursos de cuidados patológicos.

Experiência da Linha de Serviço:

"A minha experiência até agora tem sido muito boa. Acho que este é um excelente programa e não consigo imaginar os cuidados clínicos sem ele, como novo doente de uma patologia como este cancro, onde tudo é um mundo estranho com procedimentos, códigos e termos que não se conhece, com um tratamento longo e agonizante que inclui más notícias, tudo parece caótico. Encontra-se uma janela através do apoio dos enfermeiros, criando uma ligação com os médicos e contribuindo para a solução de pequenos problemas que se encontram ao longo do processo."

Ingrid O.,
Doente do linha de serviço

Tabela 1. Número de doentes que responderam ao inquérito.

Doentes contactados	297
Doentes que responderam ao inquérito	191 (64%)
Doentes com experiência anterior em Dávila	58 (30%)

Tabela 2. Net Promoter Score (NPS): Doentes com experiência anterior.

Satisfação do utilizador na hospitalização: experiência de linha de serviço	74,1%
Satisfação do utilizador na hospitalização: sem experiência de linha de serviço	48,2%
Satisfação do utilizador: enfermeiro navegador	87,9%

Tabela 3. Número de Médicos da Linha de Serviço Inquiridos.

Médicos inquiridos	116
Número e percentagem de médicos que responderam ao inquérito	81 (69,8%)

Tabela 4. NPS Linha de Serviço — Net Promoter Score Médicos.

Satisfação médica no que respeita à implementação da Linha de Serviço na Clínica Dávila	55,5%
---	-------

Cada doente recebe educação relacionada com a sua patologia, permitindo-lhe ter os instrumentos para tomar decisões e agir com maior segurança. Esta educação também contribui para a saúde do doente e da sua família, melhorando a satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde e a experiência do doente.

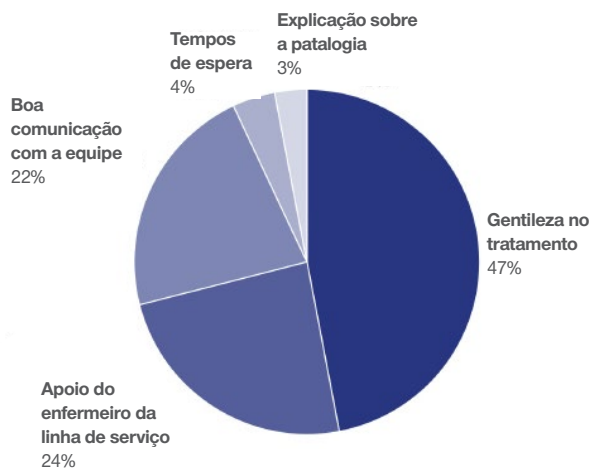
Foi realizado um inquérito telefónico para avaliar a experiência de utilização destes percursos em duas especialidades: neurocirurgia e cirurgia mamária.

Resultados

Do número total de doentes contactados, 191 responderam ao inquérito telefónico (64%). Apenas 58 (30%) desses doentes tinham uma experiência hospitalar anterior na Clínica Dávila. Deste último grupo, o maior Net Promoter Score (NPS) identificado foi de 74,1%, em comparação com a experiência hospitalar anterior, de 48,2%. O NPS médico relacionado com a satisfação com a implementação do serviço foi de 55,5% (Tabela 1).

A análise qualitativa dos resultados do inquérito mostra que o enfermeiro navegador é um fator-chave de satisfação dos doentes (Tabela 2). A sua presença dá aos doentes uma sensação de segurança e melhora a sua perceção da qualidade dos cuidados prestados. Facilitam também um fluxo contínuo de cuidados e ajudam a resolver preocupações clínicas e administrativas, o que permite ao médico assistente concentrar-se em pedidos e exigências específicas.

Figura 1. Aspeto Mais Valorizado da Experiência Hospitalar por Linha de Serviço.



Este artigo foi traduzido da submissão original em inglês.

¹Wolf JS Jr, Hubbard H, Faraday MM, Forrest JB. Clinical practice guidelines to inform evidence-based clinical practice. *World J Urol.* 2011;29(3):303-309. doi:10.1007/s00345-011-0656-5

²Becker M, Breuing J, Nothacker M, et al. Guideline-based quality indicators—a systematic comparison of German and international clinical practice guidelines [published correction appears in *Implement Sci.* 2020 May 20;15(1):36]. *Implement Sci.* 2019;14(1):71. Publicado em 9 de julho de 2019. doi:10.1186/s13012-019-0918-y

³Industry-Leading Evidence-Based Care Guidelines. MCG Care Guidelines. <https://www.mcg.com/care-guidelines/care-guidelines/>. Obtido em 24 de maio de 2020

Autores

Carolina Asenjo, Médica, Clínica Dávila, Chile
carolina.asenjo@davila.cl

Marcelo Parra, Médico, Clínica Dávila, Chile

Marcela Amar, Médica, Clínica Dávila, Chile

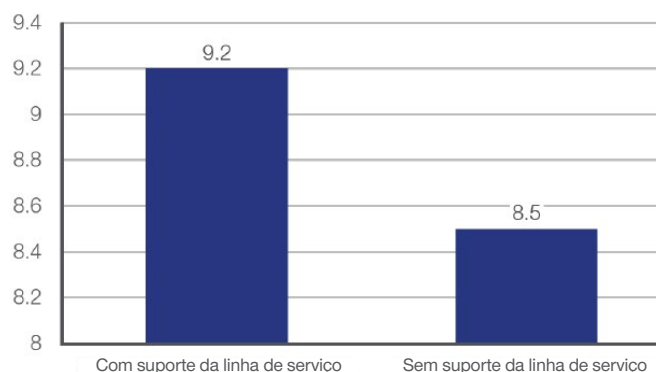
Cherie Gutiérrez, Médica, Clínica Dávila, Chile

Denisse Gómez, Enfermeira, Clínica Dávila, Chile

Camila Carrasco, Enfermeira, Clínica Dávila, Chile

Carolina Risso, Enfermeira, Clínica Dávila, Chile

Figura 2. Comparação da Experiência Hospitalar com o Apoio da Unidade de Linha de Serviço e Experiências Anteriores sem o Apoio da Unidade de Linha de Serviço.



Implementação dos *Componentes Principais das Prioridades* da Organização Mundial da Saúde para a Melhoria das Práticas de Prevenção das Infecções da Corrente Sanguínea Associadas à Linha Central nos Hospitais da Americas Serviços Médicos, Brasil

Introdução

As infecções da corrente sanguínea associadas a cateter venoso central (CLABSI) podem representar uma grande ameaça para a segurança dos doentes. Está associada a taxas de mortalidade mais elevadas e a custos mais elevados, o que tem um impacto profundo na experiência do doente.¹ Os dados de um estudo de coorte do International Nosocomial Infection Control Consortium, que incluiu 43 países em desenvolvimento, mostraram uma taxa de mortalidade de 17%.² No Brasil, um estudo de Vigilância e Controle Brasileiro de Agentes Patogênicos de Importância Epidemiológica revelou uma taxa de mortalidade de 40% entre os doentes com CLABSI.³

Em 2016, numa tentativa de apoiar os países e as instituições de saúde no desenvolvimento e reforço dos programas de prevenção e controlo das infecções (PIP) e dos planos de Ação e práticas de resistência antimicrobiana, a Organização Mundial da Saúde publicou orientações sobre as componentes essenciais dos PIP a nível nacional e das instituições de cuidados de saúde agudos. O nosso objetivo era investigar o efeito da implementação das componentes principais das diretrizes na definição de prioridades para a prevenção da CLABSI.

O Problema

Embora a CLABSI seja uma infecção evitável associada a cuidados de saúde, a manutenção de baixas taxas de infecção foi um desafio nos hospitais da Americas Serviços Médicos (ASM). Além disso, as estratégias utilizadas para prevenir a CLABSI variaram muito entre hospitais e diferentes regiões. Assegurar as melhores práticas de prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde específicas de cada local, e a responsabilização pelas mudanças de cultura entre os profissionais de saúde, foi uma missão desafiadora.

Estratégia do Programa

No terceiro trimestre de 2018, a taxa de CLABSI na Americas Serviços Médicos foi de 2%. Para resolver este problema, implementámos as Componentes Principais de Priorização (CCP) da Organização Mundial da Saúde como guia e enquadramento para as estratégias de redução da CLABSI nos hospitais da Americas Serviços Médicos.

As medidas da Organização Mundial da Saúde para o controlo e melhoria da prevenção das infecções incluem:

- Preparativos para a ação
- Avaliação de base
- Desenvolvimento e execução de um plano de ação
- Avaliar o impacto
- Sustentar o programa a longo prazo

Este enquadramento foi aplicado em 17 hospitais ao longo de 16 meses (setembro de 2018 a dezembro de 2019). As estratégias específicas de redução da CLABSI implementadas foram:

1. Implementação de tecnologia para suportar sistemas fechados: por exemplo, sistemas de tratamento de feridas e seringas de lavagem pré-cheias
2. Educação para os trabalhadores da linha da frente dos cuidados de saúde
3. Auditoria/monitorização e feedback: Pacote específico do processo de auditoria relacionado com a manutenção da linha central (cateter em uso e curativo necessário, estéril e intato, visualização da inserção, sinais inflamatórios, conector sem agulha, linhas sem resíduos sanguíneos)
4. Reforço positivo e compromisso da liderança

De setembro de 2018 a abril de 2019, foram realizadas auditorias da situação pelas equipas de controlo de infecções hospitalares (ICT) em conjunto com a equipa corporativa de controlo de infecções (CICT). As ICT locais foram igualmente objeto de auditorias de acompanhamento e forneceram um feedback sistemático ao longo dos meses seguintes. O envolvimento das ICT locais contribuiu para fortalecer e reforçar as estratégias de redução da CLABSI.

Resultados

Os nossos resultados mostraram uma diminuição global de 40% na incidência da CLABSI. No terceiro trimestre de 2019, atingimos uma taxa CLABSI de 1,2%. As auditorias realizadas pelas ICT locais mostraram que esta melhoria se manteve nos 12 meses seguintes (Fig. 1).

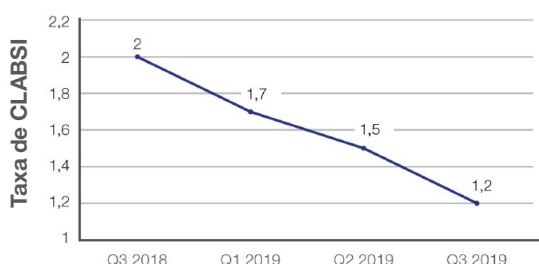
Lições Aprendidas

Uma estratégia única e estática de prevenção da CLABSI não pode ser vista como o único contribuinte para reduzir as infecções, porque o desenvolvimento de uma infecção da corrente sanguínea associada a uma linha central pode normalmente ser atribuído a múltiplos fatores. Na nossa experiência, a implementação de um processo sistemático de auditoria e a análise contínua do feedback conduziu a uma redução significativa das taxas da CLABSI nos nossos hospitais. Ao incluir os profissionais de saúde da linha da frente no processo de auditoria, reforçámos uma mudança cultural em torno das auditorias, da responsabilização e do feedback que contribuiu para a prevenção da CLABSI. Por último, a divulgação rotineira de medidas consolidadas do processo e dos resultados influenciou diretamente e guiou as iniciativas de melhoria da qualidade.

Estas estratégias melhoraram os resultados e evitaram tratamentos desnecessários, tendo, por conseguinte, um impacto positivo na experiência do doente. De acordo com o Institute for Healthcare Improvement, melhorar a experiência do doente exige mais do que a utilização estratégica dos dados, porque a experiência do doente é muitas vezes vista através dos olhos dos prestadores e não dos doentes. Assim, é importante compreender o que é importante para os doentes. As práticas de prevenção de infecções devem garantir uma maior segurança dos processos e ter um impacto positivo na qualidade dos cuidados e na experiência dos doentes.

Os dados internacionais revelam que as infecções associadas aos cuidados de saúde são o acontecimento adverso mais frequente no mundo. Há também algumas evidências que ilustram o impacto variado das infecções associadas aos cuidados de saúde na experiência do doente e na das suas famílias.⁴ Uma análise sistemática mostrou que todas as formas de infecções associadas aos cuidados de saúde podem ter consequências adversas para a vida social e para as relações dos doentes. Nestes estudos, alguns doentes relataram expressar culpa, ansiedade e medo sobre a possível transmissão de infecções associadas aos

Figura 1. Taxas CLABSI nos hospitais Americas Serviços Médicos, por trimestre.



cuidados de saúde. Em muitos casos, este medo teve um impacto significativo na vida diária do doente, nas suas relações com a família e nas implicações para o trabalho e finanças futuros.⁵ Além disso, é importante considerar que os doentes não esperam acontecimentos adversos durante a hospitalização, mas concentram-se principalmente em alcançar o resultado esperado de uma recuperação segura no hospital.

Conclusão

A implementação dos Componentes Principais das Prioridades da Organização Mundial da Saúde, em conjunto com estratégias adicionais impulsionadas pela experiência do sistema hospitalar local, são eficazes para melhorar a prevenção de infecções em países com recursos limitados. O envolvimento dos hospitais locais e um processo de responsabilização robusto aumentam as probabilidades de sucesso da redução da CLABSI. Finalmente, para garantir melhores experiências aos nossos doentes — com menos acontecimentos adversos graves, como a CLABSI e outras infecções associadas aos cuidados de saúde — recomenda-se que se procure continuamente melhorar os processos de cuidados na prossecução da cultura de zero danos.

Este artigo foi traduzido da submissão original em português do inglês.

¹Allegranzi B, Bagheri NS, Combescure C, et al. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide: a systematic review of the literature. Genebra (Suíça): Organização Mundial da Saúde; 2011.

²Rosenthal RD, Maki DG, Mehta Y, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 43 countries for 2007-2012. Device-associated module. Am J Infect Control 2014;42:942-56.

³Marra AR, Camargo LF, Pignatari AC, et al Brazilian SCOPE Study Group Nosocomial bloodstream infections in Brazilian hospitals: analysis of 2,563 cases from a prospective nationwide surveillance study. J Clin Microbiol. 2011;49:1866-71.

⁴Institute for Healthcare Improvement. Improving Patient Experience: What's Working, What's Not. Acesso em 13 de janeiro de 2020. Disponível em: <http://www.ihp.org/resources/Pages/AudioandVideo/WIHI-Improving-Patient-Experience-Whats-Working-Whats-Not.aspx>

⁵Ibid

Autores

Lais Perazo Nunes de Carvalho, Médica, MBA, Americas Serviços Médicos, lperazo@americasmed.com.br

Daiane Patrícia Cais, Mestre em Enfermagem, Americas Serviços Médicos

Lígia Maria Abraão, Doutorada, Americas Serviços Médicos

Sarita Lessa Scorzoni Pires, Enfermeira, Americas Serviços Médicos

Fernando Colombari, Médico, Americas Serviços Médicos

Implementação do Centro de Infusão Ambulatória na Clínica Dávila, Santiago, Chile

Introdução

A Clínica Dávila em Santiago, Chile, presta cuidados a muitos doentes com doenças inflamatórias crônicas (Tabela 1). Estes doentes são frequentemente tratados com medicamentos biológicos. Uma vez que estes medicamentos podem ter efeitos secundários importantes, os doentes que recebem terapia de perfusão biológica devem ser acompanhados de perto. Antes deste projeto, a Clínica Dávila admitiu doentes para terapêutica de perfusão biológica e não tinha experiência com outros níveis de cuidados para tratar estes doentes.

Muitas especialidades estão envolvidas no tratamento destes doentes, incluindo, entre outras: reumatologia, gastroenterologia, neurologia, imunologia e especialistas respiratórios. Com as infusões que podiam demorar até dois dias, cada tratamento significava que os doentes passariam uma grande quantidade de tempo no hospital. Estes tratamentos hospitalares não só afetam e interrompem a vida diária dos doentes; também expõem o doente a possíveis consequências negativas da hospitalização hospitalar, tais como infeções contraídas no hospital, acontecimentos adversos e grandes despesas. Os inconvenientes são especialmente difíceis para os doentes pediátricos e as suas famílias.

Para proporcionar aos nossos doentes melhores cuidados e serviços, concebemos um novo centro de perfusão ambulatória como um nível alternativo de cuidados ambulatoriais. Esperávamos um maior nível de satisfação dos doentes e uma redução do custo do tratamento. O nosso relatório abrange o período de julho a dezembro de 2019.

Objetivos

- Implementar um novo nível de cuidado
- Melhorar a experiência do doente
- Modificar a prática clínica atual dos médicos
- Redução das despesas com tratamentos
- Obter cobertura do sistema de seguro para cuidados ambulatoriais de perfusão

O Centro de Perfusão Ambulatório (AIC)

Uma nova área composta por oito unidades foi destinada ao AIC na secção de ambulatório do hospital. A área foi aprovada pelo Ministério da Saúde e foram implementadas as seguintes medidas:

- Equipas médicas especializadas desenvolveram

protocolos de tratamento para cada medicamento.

- Foi concebido um novo percurso administrativo com uma unidade de admissão específica.
- Médicos, enfermeiros e assistentes receberam formação nos protocolos de perfusão de medicamentos e cuidados aos doentes durante a perfusão de medicamentos biológicos.
- Foi criado um novo acordo com a companhia de seguros para a cobertura do tratamento no âmbito de um sistema de pagamentos agrupados.
- Os doentes foram informados pelo seu médico que o nível de cuidados de perfusão em ambulatório estava disponível para infusões de medicamentos biológicos.

Indicadores relevantes: O novo nível de cuidados (AIC) foi avaliado utilizando vários indicadores e comparado com o nível de cuidados anteriormente utilizado (internamento), como mostrado na Tabela 2.

Resultados para a Experiência dos Doentes:

Consulte a Tabela 2 e a Figura 1.

Resultados para a Experiência dos Médicos::

Consulte a Tabela 3.

Conclusão

As seguradoras desenvolveram um novo sistema de cobertura que nos permitiu implementar um novo nível de cuidados. Este foi um fator-chave que nos permitiu oferecer aos doentes este novo nível de cuidados.

Os médicos aceitaram o novo nível de cuidados. A sua participação na conceção de protocolos clínicos ajudou-os a compreender os benefícios para os doentes. A principal preocupação dos médicos era a segurança dos doentes neste novo contexto. O NPS dos médicos para perfusão em ambulatório foi de 85,7% e todos eles preferiram tratar os doentes em ambulatório.

Melhorámos a eficiência no regime de internamento e reduzimos o custo total dos cuidados porque os exames laboratoriais e de imagem eram realizados com menos frequência quando a terapêutica de perfusão biológica era administrada em ambulatório.

A educação dos doentes foi mais fácil do que o esperado, tendo os médicos concordado em promover o novo nível de tratamento. Os doentes tiveram entrevistas e telefonemas com o centro de enfermagem para coordenar

o melhor horário para cada um deles, e mais tarde tiveram a oportunidade de fazer perguntas sobre os seus próprios tratamentos.

Os doentes têm 10% de maior satisfação com o nível de cuidados ambulatoriais (NPS 64%) em relação aos cuidados hospitalares anteriores (NPS 54%). Apreciam o menor impacto nas suas atividades diárias, em comparação com os tratamentos no hospital. Aprovaram também os cuidados de enfermagem, a facilidade de admissão nesta nova unidade e a diminuição do tempo necessário no hospital (uma poupança de tempo de 84%). O custo mais baixo do novo sistema é também apreciado pelos doentes. Especialmente para os doentes crónicos mais jovens, os cuidados ambulatoriais constituíram uma melhoria significativa no seu tratamento, experiência e vida.

[Clique aqui](#) para uma experiência pessoal de um doente do novo Centro de Infusão Ambulatória da Clínica Dávila.

Este artigo foi traduzido da submissão original em inglês.

Autores

Carolina Asenjo, Médica, Clínica Dávila, Chile
carolina.asenjo@davila.cl

Cherie Gutierrez, Médica, Clínica Dávila, Chile

Max Ventura, Médico, Clínica Dávila, Chile

Natalia Jorquera, Enfermeira, Clínica Dávila, Chile

María Eugenia Salazar, Enfermeira, Clínica Dávila, Chile

Tabela 1. Descrição dos doentes.

Sexo		Diagnóstico	
Feminino	28	Esclerose Múltipla	18
Masculino	26	Espondilite Anquilosante	12
Idade		Artrite Reumatóide	9
Faixa	13-72	Colite Ulcerativa	5
Média	38,6	Doença de Crohn	4
13-20	3	Granulomatose de Wegener	3
20-30	12	Lupus	2
30-40	17	Outros	2
40-50	12	Total	54
50-60	5		
60-70	4		
>70	1		

Tabela 2. Indicadores relevantes.

	Internamento de julho a dezembro de 2018	AIC de julho a dezembro de 2019 (período de 6 meses)	% alteração
Horas por evento	26,7	4,9	-82%
NPS doente	54%*	64%**	
Número de doentes em tratamento	17	54	
Número de eventos	122	121	
Número de eventos por doente	7,1	2,2	
Exames laboratoriais de acordo com o evento	5,4	1,8	-66,6%
Taxa por evento médico	1,5	1	-33%
Total das despesas por evento ***	US \$2863	US \$1890	US -\$973

*T1-T2 2019 **T3-T4 2019 ***Dólar US\$ = 803 CLP 02/13/2020

Resultados para a Experiência dos Doentes. Foi realizado um inquérito online, via e-mail, aos doentes tratados no novo Centro de Infusão Ambulatória.

NPS Global T3-T4 2019	64%
Satisfação com a instalação (1-5)	4,3
Satisfação com cuidados de enfermagem (1-5)	4,8
Satisfação com o médico (1-5)	4,7
Com base em experiências anteriores, como prefere ser tratado? (internamento/ambulatório)	85,7% de preferência em ambulatório (Centro de Infusão Ambulatória)
28 dos 54 doentes responderam	51,8% taxa de resposta ao inquérito

Figura 1. Pesquisa com pacientes: atributos mais valorizados.

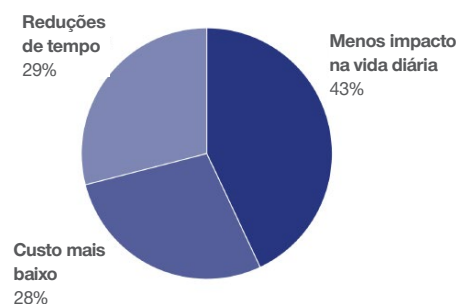


Tabela 3. Resultados para Experiência dos Médicos.

NPS do Centro de Infusão Ambulatória	
NPS	85,7%
Médicos Preferência entre internamento e ambulatório	
Ambulatório (Centro de Infusão Ambulatória)	100%
Internamento	0%

A Experiência do Doente: Relatórios Breves

Cultura UnitedHealthcare em Ação: Programa ComPaixão – Operacionalizar a Compaixão para Melhorar a Experiência do Doente

O problema: Os doentes e as famílias relatam frequentemente desafios psicológicos e espirituais em resposta a doenças graves. Estes desafios são frequentemente ignorados como parte do plano global de gestão dos cuidados de saúde quando os doentes são internados no hospital. A equipa clínica da Américas Serviços Médicos procurou melhorar a experiência dos doentes internados e de longa duração, desenvolvendo um programa que proporcionasse apoio psicológico, emocional e espiritual aos doentes e às famílias.

O programa: O conceito central do Programa ComPaixão – ComPaixão para “compaixão” — é 'ouvir os nossos doentes, fazer o que é importante para eles e compreender os seus desafios e desejos únicos.' Este conceito está diretamente ligado ao valor da compaixão na cultura da UnitedHealthcare. As nossas equipas ComPaixão têm a missão de praticar uma avaliação ativa, fazer com que os nossos doentes se sintam realmente apreciados e respeitados e melhorar a sua experiência global no hospital. O resultado é uma viagem agradável, compassiva e empática através do sistema de prestação de cuidados para os nossos doentes e suas famílias. Este programa também procura facilitar a melhoria dos resultados clínicos e aumentar o envolvimento das nossas equipas de prestação de cuidados nos cuidados aos doentes.

*Cada membro da equipa ComPaixão esforça-se por conseguir o que é mais importante para os nossos doentes, **fazendo tudo o que estiver ao seu alcance para cumprir a vontade do doente.***

Cada membro da equipa ComPaixão esforça-se por conseguir o que é mais importante para os nossos doentes, fazendo tudo o que estiver ao seu alcance para cumprir a vontade do doente. Na nossa experiência muitos doentes têm desejos não relacionados com os seus cuidados clínicos enquanto estão no hospital, muitos dos quais são relativamente fáceis de satisfazer. O programa ComPaixão incentiva os doentes a expressar esses desejos e coopera com outros intervenientes para que estes respondam. Exemplos dessas respostas compassivas, baseadas nos desejos expressos do doente, incluem um pequeno-almoço bem preparado, um breve passeio ao sol ou mesmo um encontro com os seus ídolos (geralmente solicitado por doentes pediátricos).

Os desejos dos nossos doentes são realizados pelo programa ao longo de todo o ano. Semestralmente, reconhecemos os hospitais que tomaram medidas em três categorias diferentes: (1) Melhor resposta compassiva; (2) Melhor vídeo; e (3) Mais respostas compassivas. Durante 2019, o programa foi responsável por 446 respostas compassivas em 21 unidades diferentes da Américas Serviços Médicos. Os últimos vencedores de cada prémio foram: (1) Melhor resposta compassiva - Hospital Vitória Anália Franco (São Paulo); (2) Melhor vídeo – Hospital Samaritano – Higienópolis (São Paulo); e (3) Mais respostas compassivas – Hospital e Maternidade Madre Theodora (Campinas).

Impacto do Programa ComPaixão: Experiências dos doentes: Uma mulher de 82 anos que vivia sozinha, foi internada no Hospital Vitória Anália Franco após um acidente vascular cerebral (AVC). Não estava casada e não tinha filhos nem parentes próximos. Tinha uma depressão coexistente e uma mobilidade deficiente, o que a fazia ficar de cama; ela tinha manifestado o desejo de morrer.

A equipa ComPaixão tinha notado na sua interação com a paciente que se sentia isolada por não ter família. A equipa organizou o envio de um chá especial à tarde com os seus petiscos e bebidas preferidas. Este foi servido num local ao ar livre, no recinto do hospital. A paciente declarou que gostava de respirar o ar fresco pela primeira vez desde que tinha ficado doente. Convidou então um médico para se juntar a ela para cantar um dueto. Médicos hospitalares, enfermeiros e outros membros da equipa de prestação de cuidados pararam para ouvir e afirmaram que a sua alegria e energia eram motivadoras e inspiradoras.

Três meses após o internamento, tinha demonstrado uma resposta significativa ao tratamento e à terapia de reabilitação. Já não estava deprimida e foi capaz de se manter de pé pela primeira vez depois de ter sido internada.

No Hospital Samaritano Higienópolis, um doente de 11 anos foi internado no hospital com rabdomiossarcoma. Ela contou à equipa da ComPaixão que sonhava muitas vezes em conhecer a sua atriz favorita. A equipa marcou o encontro da criança com a atriz no estúdio de televisão. A atriz fez-lhe uma visita guiada ao cenário do programa de televisão e passou um tempo considerável a interagir com o paciente.

O paciente e os seus pais ficaram entusiasmados e muito agradecidos com a experiência. O pai enviou uma mensagem, agradecendo a experiência à equipa. A mensagem dizia: "O belíssimo trabalho da equipa tornou este tratamento mais fácil de suportar."

Conclusão: O Programa ComPaixão tem sido bem recebido tanto pelos doentes como pelos profissionais de saúde. Na Americas Serviços Médicos estamos a trabalhar para expandir este programa a todo o sistema de prestação de cuidados. Estamos também a explorar a definição de medidas objetivas de sucesso para apoiar a quantificação do valor criado por este programa.

Este artigo foi traduzido da submissão original em inglês.

Autores: Lais Perazo, Médica, MBA, Americas Serviços Médicos, lperazo@americasmed.com.br;
Rita Grotto, Americas Serviços Médicos

A Experiência do Doente: Relatórios Breves

Unidade Bariátrica Multidisciplinar do Hospital Lusíadas Porto Centrada no Doente — Experiência de Cinco Anos

Introdução: A obesidade é uma epidemia global crescente e é o problema de saúde que mais rapidamente cresce em muitos países desenvolvidos, levando frequentemente a uma incapacidade significativa ou à morte.^{1,2} A cirurgia bariátrica continua a ser um dos tratamentos mais eficazes para a perda de peso a longo prazo e para a melhoria das comorbidades associadas.³ Além disso, as unidades bariátricas multidisciplinares podem ajudar a criar percursos clínicos válidos e centrados no doente para a avaliação, tratamento e acompanhamento a longo prazo dos doentes, melhorando os resultados clínicos e os resultados dos doentes.⁴

Em 2015, o Hospital Lusíadas Porto, integrado na Lusíadas Saúde em Portugal, implementou uma unidade bariátrica multidisciplinar centrada no doente para melhorar a gestão da obesidade. Partilhamos a nossa experiência ao longo dos últimos cinco anos neste artigo.

O desafio: O desafio era construir um modelo multiespecializado, colaborativo e integrado centrado no doente, potenciando percursos clínicos baseados na evidência para facilitar a gestão abrangente dos doentes com obesidade. Os objetivos definidos foram: melhorar os resultados dos doentes, alcançar maior adesão aos protocolos pré e pós-operatórios, diminuir o tempo de hospitalização e diminuir a morbilidade pós-operatória.

Implementámos com sucesso um modelo baseado em evidências que se alinhou com as orientações internacionais e proporcionou um ambiente seguro para o tratamento tanto de doentes locais como internacionais. Foi dada uma atenção especial à melhoria da experiência dos doentes, garantindo o seu empoderamento e apoiando a sua adesão a longo prazo às consultas de seguimento.

Foram desenvolvidos processos e procedimentos padronizados para ajudar a reduzir a variação e melhorar a coordenação dos cuidados ao longo dos percursos de cuidados. Estes processos abrangeram múltiplas especialidades e todas as áreas clínicas, incluindo os ambulatórios, os blocos operatórios e as unidades de internamento.

A Unidade Bariátrica Multidisciplinar e Centrada no Doente: A unidade bariátrica do Hospital Lusíadas Porto é multidisciplinar, integrando todas as especialidades relevantes para a gestão de doentes com obesidade. Estas especialidades incluem a cirurgia bariátrica, endocrinologia, nutrição, psicologia, psiquiatria, gastroenterologia e cirurgia plástica, entre outras.

A unidade tem um navegador de doentes — um membro do pessoal que coordena os cuidados aos doentes e acompanha os doentes ao longo de cada passo do percurso clínico. O navegador tem uma perspetiva única devido à sua própria experiência pessoal de ser tratado com sucesso como doente bariátrico no Hospital Lusíadas Porto. Como resultado, pode identificar-se com as perspetivas dos doentes, explicar facilmente todo o processo de cuidados e ajudar com quaisquer questões ou preocupações.

Todos os doentes encaminhados para a unidade são inicialmente avaliados por especialistas nas áreas de cuidados principais - cirurgia bariátrica, endocrinologia, nutrição e psicologia. O percurso clínico de cada doente é personalizado e os encaminhamentos são feitos para as especialidades adequadas, conforme necessário.

O prazo médio entre a primeira consulta, avaliação e aprovação para tratamento por todas as especialidades é de 30 dias. Após um parecer favorável de cada uma das especialidades principais, o cirurgião bariátrico discute com o doente o procedimento cirúrgico recomendado, descrevendo os benefícios, os riscos e quaisquer outras especificidades ou preocupações existentes nesse momento. Após a cirurgia, o doente é obrigado a regressar para consultas de seguimento com a equipa multidisciplinar durante um período de pelo menos três anos.

Resultados: Antes da implementação desta unidade, os doentes bariátricos não eram tão propensos a receber os benefícios de uma avaliação dos cuidados de saúde multidisciplinar, coordenada e de alta qualidade. O encaminhamento dos doentes com obesidade para o hospital foi baixo e a experiência destes doentes não foi especificamente abordada.

Equipas multidisciplinares, procedimentos padronizados e um nível de cuidados mais humanizado trouxeram perspetivas sustentáveis, integradas e com consciência de comorbidade. Isto melhorou a adesão dos doentes aos protocolos de seguimento e traduziu-se em melhores resultados. Em 2019, conseguimos alcançar uma taxa de adesão de 97% aos protocolos pré-operatórios. A adesão dos nossos doentes aos protocolos de seguimento aos três anos é de aproximadamente 80%.

O nosso processo de tratamento envolve a gestão personalizada das necessidades e expectativas de cada doente durante todo o percurso clínico, desde a primeira consulta ambulatorial até às visitas de seguimento a longo prazo. O processo de cuidados inclui um acompanhante pessoal que conduz os doentes de e para o bloco operatório. Os doentes referiram que isto diminuiu a sua ansiedade e melhorou a sua capacitação. Estas melhorias na experiência dos doentes são todas elas críticas para a adesão futura e para os resultados clínicos a longo prazo.

O número anual de doentes bariátricos tratados cirurgicamente no Hospital Lusíadas Porto tem vindo a aumentar. Realizamos atualmente mais de 100 procedimentos bariátricos por ano, com uma média de 20% de cirurgia de revisão. Conseguimos diminuir a nossa estadia hospitalar média de quatro dias para dois dias. A nossa taxa de complicação global é inferior a 3% e não temos mortalidade registada até à data. O nosso volume, dados de segurança e resultados clínicos estão ao nível dos melhores centros bariátricos do mundo. O número de novas consultas externas por ano é superior a 300, com um aumento do número de consultas de doentes do estrangeiro.

Lições aprendidas: Um modelo de cuidados centrado no doente atrai novos doentes devido à experiência favorável dos doentes e à qualidade dos cuidados a longo prazo. O número de pacientes tratados na nossa unidade tem vindo a crescer continuamente desde a implementação do nosso modelo de cuidados em 2015.

Um importante fator de sucesso é a seleção adequada dos doentes para a cirurgia bariátrica. A seleção de doentes baseou-se em orientações padrão baseadas em evidências (IMC ≥ 40 ou IMC ≥ 35 com a presença de pelo menos uma comorbidade relacionada com a obesidade). Na nossa experiência, o IMC pré-operatório médio foi de 41,1 kg/m².

Protocolos padronizados, gestão personalizada do doente, consulta especializada adequada e percursos clínicos baseados na evidência são fundamentais para otimizar a coordenação dos cuidados, reduzir o tempo de espera cirúrgica e melhorar os resultados clínicos. A nossa experiência demonstra que o estabelecimento de um protocolo de seguimento pós-cirúrgico, abrangendo pelo menos três anos, melhora a adesão dos doentes aos planos de cuidados ambulatoriais e melhora os resultados clínicos a longo prazo. A adesão dos nossos doentes aos protocolos de seguimento aos três anos é de 80%.

A cirurgia segura e especializada é fundamental para o sucesso, mas também o é estruturar uma parceria colaborativa e capacitada com os nossos doentes, desde o diagnóstico até à alta. Isto reforça a literacia, a confiança e a auto-estima. Todas elas são cruciais para a transformação de crenças e comportamentos necessários para sustentar resultados favoráveis a longo prazo. As contribuições multidisciplinares com uma abordagem coordenada, centrada no doente e personalizada facilitam todas estas conquistas.

O toque humano: A utilização de um dos nossos doentes anteriores como navegador de doentes foi um fator crítico para melhorar a gestão e a experiência centrada no doente. Este navegador de doentes ajuda a tranquilizar os doentes bariátricos, partilhando a sua experiência em primeira mão e acompanhando-os em todos os pormenores médicos e cirúrgicos. Isto confere um toque humano.

Os nossos doentes compreendem que terão a oportunidade de uma nova vida após a cirurgia, e não terão de enfrentar sozinhos os desafios do pós-operatório. Sabem que há sempre apoio disponível por parte daqueles que viveram com sucesso a mesma experiência. Esta rede ajuda os doentes a atingirem os seus objetivos e a terem confiança de que “podemos fazer com que funcione, em conjunto!”

Este artigo foi traduzido da submissão original em inglês.

Autores: John Rodrigues Preto, Médico, Hospital Lusíadas Porto, john.rodrigues.preto@lusiadas.pt; Filipe Basto, Médico, FACP, Hospital Lusíadas Porto

¹Kushner RF, Kahan S. Introduction: The State of Obesity in 2017. *Med Clin North Am.* 2018;102(1):1-11. doi:10.1016/j.mcna.2017.08.003

²Fox A, Feng W, Asal V. What is driving global obesity trends? Globalization or "modernization"? *Global Health.* 2019;15(1):32. Publicado em 27 de abril de 2019. Doi:10.1186/s12992-019-0457-y

³Welbourn R, Hollyman M, Kinsman R, et al. Bariatric Surgery Worldwide: Baseline Demographic Description and One-Year Outcomes from the Fourth IFSO Global Registry Report 2018. *Obes Surg.* 2019;29(3):782-795. doi:10.1007/s11695-018-3593-1

⁴Mottalib A, Tomah S, Hafida S, et al. Intensive multidisciplinary weight management in patients with type 1 diabetes and obesity: A one-year retrospective matched cohort study. *Diabetes Obes Metab.* 2019;21(1):37-42. doi:10.1111/dom.13478

A Experiência do Doente: Relatórios Breves

Como Dar Más Notícias na Área da Saúde: Formação como Ferramenta de Gestão de Riscos

O problema: A comunicação de más notícias e de situações difíceis nos cuidados de saúde (acontecimentos adversos, complicações ou incerteza dos resultados clínicos) pode ser um desafio para os médicos e profissionais de saúde. Muitos profissionais de saúde não recebem formação especificamente adaptada para a comunicação de tais eventos. Subsequentemente, estas situações podem ter um impacto negativo nos cuidados prestados aos doentes e no bem-estar dos seus prestadores de cuidados, bem como aumentar os riscos legais e sociais. Isto pode ter um impacto negativo nos resultados dos cuidados, na reputação da organização e no crescimento do negócio.¹

O programa: Em 2019, a Clínica San Felipe, em Lima, Peru, introduziu um programa para fornecer aos profissionais de saúde ferramentas e habilitações de comunicação eficazes, necessárias para dar notícias de eventos difíceis e mostrar aos participantes o impacto dessas metodologias de formação no comportamento e comunicação dos profissionais. O programa consistiu em 12 sessões (uma por mês), que procuraram ensinar aos participantes estratégias e táticas de comunicação específicas para aumentar a sua eficácia de comunicação. Estas táticas foram implementadas em cenários simulados para ajudar os participantes a praticarem os métodos corretos de transmissão de notícias delicadas ou difíceis. Os tópicos abordados incluíram: (1) Situações relacionadas com a segurança dos doentes, (2) Revisão dos erros de comunicação mais comuns e (3) Revisão dos casos que devem ser comunicados como acontecimentos adversos ou eventos sentinela.

Os resultados: Os resultados positivos foram obtidos em duas áreas: em primeiro lugar, os profissionais de saúde relataram um aumento da confiança na comunicação de notícias desagradáveis; em segundo lugar, após a formação e implementação das competências adquiridas em contextos reais, os médicos e profissionais de saúde assistiram a uma diminuição nos riscos em redes sociais e em potenciais riscos legais devidos a erros de comunicação. Setenta por cento dos médicos, depois de terem participado no programa, sentiram que tinham melhorado as suas capacidades de comunicação para transmitir más notícias em situações difíceis. Todos os participantes reconheceram que as ferramentas e táticas que aprenderam os ajudaram a enfrentar situações difíceis com os doentes com mais confiança e facilidade.

Foram aprendidas várias lições após o primeiro ano deste programa:

- Os médicos devem comunicar as notícias de eventos difíceis em pares para se beneficiarem do apoio emocional e psicológico de um membro da equipa durante a conversa. Ter outra pessoa para ajudar a acompanhar o doente ao longo do impacto emocional de receber más notícias é reconfortante para o médico e pode levar a um melhor resultado da conversa.
- As táticas e os instrumentos de comunicação são necessários não só para prevenir riscos, mas também para dar confiança aos profissionais de saúde.
- A formação em ambientes simulados pode ajudar os profissionais de saúde a desenvolver competências de comunicação de alta qualidade.

A Clínica San Felipe vai continuar este programa em 2020 com 22 sessões. Os temas abrangidos estarão relacionados com diferentes especialidades médicas. O programa será alargado a outros estabelecimentos médicos, incluindo a Clínica SANNA El Golf.

Este artigo foi traduzido da submissão original em inglês.

Autores: Marcela Argumedo Estay, Médica, Clínica San Felipe, Perú, margumedo@clincasanfelipe.com; Paula Ponce de León Lovatón, Médica, MBA, HCQM, Clínica San Felipe, Perú; Ernesto Aspillaga Morey, Médico, MBA, Msc, HCQM, CPE, Clínica San Felipe, Perú

¹Berkey FJ, Wiedemer JP, Vitalani ND. Delivering Bad or Life-Altering News. Am Fam Physician. 2018 Jul 15;98 (2):99-104.

Análises Clínicas por Pares: A Oportunidade para a Melhoria Contínua

O problema: A revisão clínica pelos pares proporciona a oportunidade para o grupo de pares de um prestador avaliar as lacunas detetadas na gestão clínica de um caso e identificar potenciais oportunidades de melhoria do processo ou dos cuidados de saúde.¹ Identificar ou culpar os prestadores de cuidados de saúde pode inibir uma visão macroscópica e sistémica do problema e das suas causas profundas. Por conseguinte, é necessário estar aberto à apresentação de relatórios e encontrar origens de qualidade reduzida - sem culpas - para introduzir melhorias. Os esforços de melhoria são especialmente eficazes se as soluções forem criadas pelo pessoal envolvido no processo com base na sua experiência pessoal e prática institucional.²

O programa: Em 2019, 10 casos foram sujeitos a revisão clínica pelos pares, por oito médicos. Seis casos eram clínicos e quatro casos eram cirúrgicos. A análise dos casos resultou em 69 propostas de melhoria, 28 das quais já foram implementadas e 38 estão em curso.

Das 69 melhorias propostas, 26 evoluíram para projetos de melhoria em escala real porque eram mais complexos e identificaram oportunidades de melhoria em múltiplas áreas e/ou serviços. Os processos orientados para a melhoria incluem os cuidados diretos e os processos administrativos que têm um impacto indireto nos cuidados de saúde..

Os resultados: Os principais projetos implementados foram: O workshop “Comunicação de Más Notícias”, Doenças Crónicas com Medicamentos em Casa, e o “Passaporte Cirúrgico”, que é um localizador de percursos para os doentes durante a preparação cirúrgica a ser implementado este ano.

Em conclusão, o envolvimento dos médicos na análise de casos permite uma experiência de crescimento institucional altamente eficaz, proporcionando assim cuidados mais seguros e melhorados a todos os doentes.

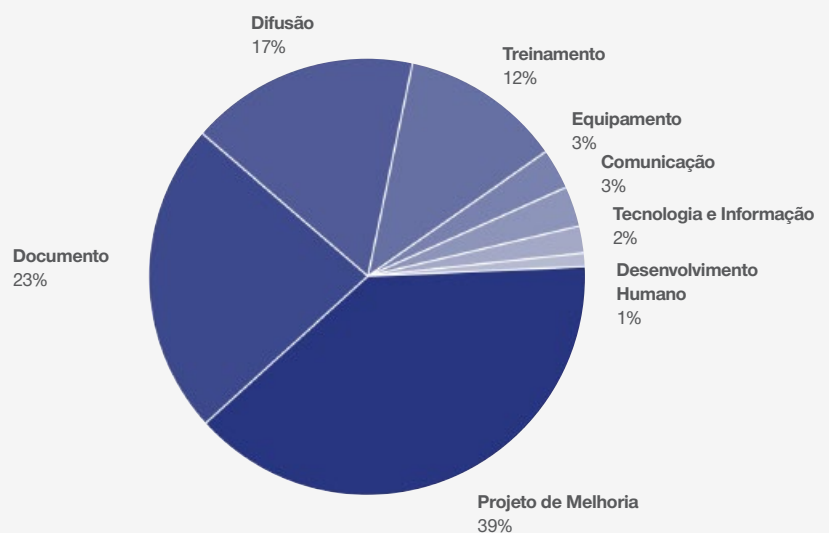
Este artigo foi traduzido da submissão original em inglês.

Autores: Marcela Argumedo Estay, Médica, Clínica San Felipe, Perú, margumedo@clinicasanfelipe.com; Paula Ponce de León Lovatón, Médica, MBA, HCQM, Clínica San Felipe, Perú

¹Edwards MT. The objective impact of clinical peer review on hospital quality and safety. Am J Med Qual. 2011 Mar-Apr;26(2):110-9. doi: 10.1177/1062860610380732. Epub 2010 Dec 15.

²Bismark M1, Paterson R. Naming, blaming and shaming? Med Law. 2006 Mar;25(1):115-25.

Figura 1. Projetos de Intervenção.



A Experiência do Doente: Relatórios Breves

Experiência do Doente num Novo Modelo de Cuidados Integrados no Centro de Oncologia – Clínica Dávila, Santiago, Chile

O programa: Em agosto de 2019 foram implementados novos modelos de cuidados integrados baseados na evidência para doentes pediátricos e adultos com cancro nas novas instalações da Clínica Dávila, em Santiago do Chile. Era de esperar uma melhoria na experiência do doente, uma vez que passámos de uma unidade de perfusão de quimioterapia básica para um centro de cuidados integrados hospitalares e ambulatoriais para doentes oncológicos e suas famílias.

O centro integrado de oncologia é uma instalação abrangente onde todas as necessidades do doente são satisfeitas, das consultas à quimioterapia. É composto por profissionais multidisciplinares e uma equipa médica que inclui hematologistas, oncologistas e especialistas em transplantes de medula óssea. Este modelo de cuidados integrados de medicina baseada em equipas multidisciplinares, centrado nas necessidades dos doentes, cria um ambiente mais favorável aos doentes e facilita os cuidados personalizados que melhoram a experiência do doente. O modelo de cuidados, assente em protocolos clínicos baseados na evidência, também apoia uma educação e aconselhamento abrangente e holístico do doente.

Quais os desafios enfrentados?

- Cumprir padrões de cuidados de alta qualidade
- Melhorar a experiência do doente
- Abrir novas instalações
- Implementar um modelo de cuidados integrados para apoiar a continuidade dos cuidados, melhorar o acesso e melhorar os resultados
- Aumentar a capacidade para responder à crescente procura de serviços de oncologia por parte dos doentes

Resultados: A experiência do doente: entre agosto e dezembro de 2019, após a implementação do modelo de cuidados integrados, foi realizado um inquérito online aos doentes por correio eletrónico:

- Net Promoter Score (NPS): 94%
- Satisfação geral (1 a 5): 4,8
- 100% dos doentes classificam a nova instalação e o novo modelo de cuidados de saúde a um nível superior ao do modelo antigo
- Os doentes expressaram voluntariamente as suas opiniões sobre os melhores atributos da experiência: tratamento caloroso e humano, empatia, pessoal qualificado, ambiente e novas instalações.
- Ouça os testemunhos de doentes sobre a sua experiência [1](#) e [2](#) e [veja uma descrição geral do centro médico integrado.](#)

Que lições foram aprendidas durante todo o processo? Aprendemos que o nosso modelo de cuidados interdisciplinares integrados tem um impacto positivo no nosso NPS e na satisfação geral dos consumidores. Aprendemos também que os doentes valorizam a oportunidade de os membros da família permanecerem com eles durante os cuidados. Além disso, um ambiente confortável e privado tem um impacto positivo no humor e nas experiências dos doentes.

Este artigo foi traduzido da submissão original em inglês.

Autores: Carolina Asenjo, Médica, Clínica Dávila, Chile, carolina.asenjo@davila.cl; Pablo Ramírez, Médico; Manuel Yáñez, Médico; José Santander, Médico; Alvarado Bernardita, Médico; Cherie Gutiérrez, Médica; Jacqueline Quezada, Enfermeira; Carolina Cabrera, Enfermeira; Isabel Fernández

Seleção de Publicações Recentes

Os artigos seguintes são recomendados para melhorar o conhecimento dos tópicos de experiência do doente.

“Anticoagulation Therapy in Patients with Non-valvular Atrial Fibrillation in a Private Setting in Brazil: A Real-World Study.” Silva, P., Szejder, H., Vasconcellos, R., Charles, G. M., Mendonca-Filho, H., Mardekian, J., Nascimento, R., Dukacz, S., & Fusco, M. D., [Arquivos Brasileiros de Cardiologia](#), 2020 Feb 7.

“Baseline characteristics and risk profiles of participants in the ISCHEMIA randomized clinical trial.” Hochman, J. S., Reynolds, H. R., Bangalore, S., O’Brien, S. M., Alexander, K. P., Senior, R., ... & Lopez-Sendon, J., *JAMA cardiology*, 2019 Feb 27.

“High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence.” Topol, E. J., *Nature medicine*, 2019 Jan 7.

“At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation.” Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A., Brambillasca, P., Lussana, F., Pisano, M., ... & Longhi, L., *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 2020 March 21.

“COVID-19: protecting health-care workers.” Lancet, T., *Lancet*, 2020 March 19.

“How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic?” Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D., *The Lancet*, 2020 March 9.

“Critical care management of adults with community-acquired severe respiratory viral infection.” Arabi, Y. M., Fowler, R., & Hayden, F. G., *Intensive care medicine*, 2020 Feb 10.

“Coronavirus disease 2019 (COVID-19): protecting hospitals from the invisible.” Klompas, M., *Annals of Internal Medicine*, 2020 May 5.

“Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19.” Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., ... & Phillips, J. P., *NEJM*, 2020 March 23.

Estas publicações estão listadas na língua original da publicação para permitir a pesquisa online.

Oportunidades educativas e recursos clínicos

Recursos Clínicos para COVID-19

Visite uhc.care/GlobalCOVID para consultar importantes recursos clínicos criados especificamente para si.

Grupo de LinkedIn Estamos Juntos

Estamos juntos é uma simples forma de recordar que embora estejamos separados por quilómetros, idiomas e oceanos, juntamo-nos como uma só equipa UnitedHealthcare Global. Visite uhc.care/Together para se conectar aos seus colegas clínicos em todo o mundo.

OptumHealth Education

OptumHealth Education (OHE), uma empresa UnitedHealth Group, disponibiliza formação médica acreditada, gratuita e online. OHE é uma das poucas organizações mundiais acreditadas, tendo recebido acreditação para simultaneamente promover formação nas seguintes áreas: médica, enfermagem, farmácia, psicologia e trabalho social. **Crie uma conta em optumhealtheducation.com e ganhe acesso a quase 100 horas de formação gratuita (conteúdos atualmente disponíveis em inglês).**

Informação proprietária do UnitedHealth Group.
Não distribuir nem reproduzir sem autorização
expressa do UnitedHealth Group.

