



Global Clinical Journal

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



Mapeando a experiência global do paciente

2ª edição, Julho de 2020 – em português (Brasil)

United
Healthcare®
Global

Honramos o sacrifício dos profissionais da saúde em todo o mundo que deram a vida para curar outras pessoas durante a pandemia de COVID-19, incluindo os colaboradores, enfermeiros, médicos e demais prestadores de cuidados da nossa própria família UnitedHealth Group.

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

Uma mensagem da **Chief Medical Officer**

Tudo pode mudar muito rapidamente. Estávamos no processo de revisão dos conteúdos da segunda edição da Global Clinical Journal – com o tema Mapeando a Experiência Global do Paciente – quando a COVID-19 foi declarada uma pandemia. Médicos em todo o mundo, incluindo os 37 mil da UnitedHealthcare Global, se prepararam para combater uma doença que ameaçava os sistemas de saúde em todo o mundo.

Nosso modelo assistencial fundamentado em evidências, a coesão da nossa equipe clínica global e a nossa capacidade de personificar os valores da UnitedHealthcare afloraram durante essa crise. O comportamento dos nossos colaboradores assistenciais tem refletido perfeitamente o juramento de proteger as pessoas às quais servimos com compaixão, integridade, performance dedicada e inovação.

No momento da impressão desta edição, aproximadamente 10,4 milhões de pessoas em todo o mundo haviam sido infectadas com a COVID-19 e mais de 509.500 pessoas tinham morrido em consequência da doença. Entre os pacientes que sucumbiram, estão muitos profissionais de saúde. Heróis que deram a vida protegendo outras pessoas enquanto trabalhavam arduamente para aprimorar as suas habilidades e o seu treinamento e, assim, conter o avanço da doença.

Esta edição mostra os trabalhos relacionados ao nosso modelo clínico fundamental. Ela ilustra as nossas realizações no curso normal das atividades, que nos preparam para as crises e os desafios futuros. Mostra como nós, da equipe clínica da UnitedHealthcare Global, colocamos o paciente no centro de tudo o que fazemos.

Embora esta Global Clinical Journal não esteja diretamente relacionada aos temas da COVID-19 - pois foi finalizada antes da pandemia -, apresentamos o trabalho para celebrar a excelência do nosso time assistencial e honrar a memória dos nossos colegas que pereceram.



Dra. Margaret-Mary G. Wilson, MBA, MRCP, FNMCP

Chief Medical Officer e Vice-presidente sênior
UnitedHealthcare Global

Membros do Conselho Consultivo da Global Clinical Journal

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

Dr. Filipe Basto, MHA
Chief Medical Officer
Lusiadas Saúde
Portugal
carlos.goncalves.basto@
lusiadas.pt

Dra. Claudia Boada, MHA
Diretora de Gestão de Saúde
Colmédica/Aliansalud
Colômbia
claudialb@colmedica.com

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

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

Dr. Pedro Garcia Aspillaga, MBA
Chief Medical Officer
Isapre Banmédica/Vida Tres
Chile
pgarcia@banmedica.cl

Kristen Hellmer
Diretora de Comunicação
Externa
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
kristen_hellmer@uhc.com

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

Dr. Jorge Ospina
Vice-presidente clínico
Clínica del Country/
Clínica la Colina
Colômbia
jorge.ospina@
clinicadelcountry.com

Dra. Lais Perazo, MBA
Chief Medical Officer
Americas Serviços Médicos
Brasil
lperazo@uhgbrasil.com.br

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

Dra. Ana Ramos Rojas, MHM
Chief Medical Officer
Pacífico
Peru
aramos@pacifico.com.pe

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

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

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

Dr. Charles Souleyman Al Odeh, MSc, MBA
Chief Medical Officer
UnitedHealth Group Brasil
Brasil
csouleyman@uhgbrasil.com

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

Dr. Cristian Ugarte Palacios
Chief Medical Officer
Empresas Banmédica - Care
Delivery
Chile
cugarte@
empresasbanmedica.com

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

Dr. David Velasquez Echeverri
Chief Medical Officer
Colmédica/Aliansalud
Colômbia
DavidV@colmedica.com

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

Comitê editorial

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

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

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

Dr. Tomas Romero
Diretor de Qualidade
Clínica del Country/Clínica la
Colina
Colômbia
tomas.romero@
clinicadelcountry.com

Cartas à redação:
Envie comentários,
sugestões e perguntas para
globalclinical@uhcglobal.com

Índice

Cuidados de saúde mental no Sistema Amil: o desafio da continuidade do tratamento.	4
Aprimoramento da experiência do paciente em atendimento de emergência por meio de estratégias que impactam positivamente a pontualidade do atendimento: Clínica del Country, Bogotá, Colômbia	8
Nova experiência do paciente com métodos clínicos baseados em diretrizes de cuidados fundamentados em evidências – Clínica Dávila, Santiago, Chile	12
Implementação dos Componentes Fundamentais de Priorização da Organização Mundial da Saúde para melhorar as práticas de prevenção de infecções da corrente sanguínea associadas à linha central nos hospitais do Americas Serviços Médicos, no Brasil	14
Implementação do Centro de Infusão Ambulatorial na Clínica Dávila, em Santiago, no Chile. . .	16
Experiência do Paciente: Relatórios Concisos	18
<i>Cultura da UnitedHealth Group em ação: Programa ComPaixão – Colocar a compaixão em prática para melhorar a experiência do paciente</i>	<i>18</i>
<i>Unidade bariátrica multidisciplinar centrada no paciente do Hospital Lusíadas Porto – Experiência de cinco anos</i>	<i>20</i>
<i>Como dar más notícias em cuidados de saúde: o treinamento como uma ferramenta de gestão de riscos</i>	<i>22</i>
<i>Avaliações clínicas por pares: oportunidade para a melhoria contínua</i>	<i>23</i>
<i>Experiência do paciente em um novo modelo de cuidados integrados no Centro do Câncer, na Clínica Dávila, em Santiago, no Chile</i>	<i>24</i>
Publicações recentes selecionadas	25
Oportunidades de treinamento e recursos clínicos	25

Cuidados de saúde mental no Sistema Amil: o desafio da continuidade do tratamento

Introdução

A depressão é uma das principais causas de incapacidade no mundo, de acordo com informações de 2019 da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os dados indicam que cerca de 264 milhões de pessoas sofrem com o problema. Entre 2005 e 2015, o número de casos aumentou 18%. O transtorno afetivo 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 óbito em pessoas com idades entre 15 e 29 anos. Anualmente, quase 1,6 milhão de pessoas tentam tirar a própria vida. Delas, 800 mil acabam morrendo.

A análise econômica mostra que o investimento na expansão do acesso ao tratamento para pessoas com transtornos mentais tem um retorno de 4:1, impulsionado pela melhoria da saúde e da produtividade.² A integração do tratamento de saúde mental com os cuidados primários é uma etapa fundamental para possibilitar o acesso aos serviços e aos cuidados integrados, o que, por sua vez, proporciona atendimento de qualidade e diminui o custo.³

Entre 2017 e 2018, observamos um aumento de 30% nas hospitalizações psiquiátricas para os beneficiários da Amil com diagnósticos de saúde mental. Readmissões em 30 dias ocorreram em 32% dos casos. Os serviços ambulatoriais da Amil estavam sobrecarregados, enquanto isso, com casos de baixa complexidade, dificultando o acesso de pacientes psiquiátricos gravemente comprometidos.

A criação do Programa de Saúde Mental da Amil originou-se do desejo de avaliar a qualidade clínica prestada durante a hospitalização, administrar períodos de estada com mais eficiência, prevenir internações desnecessárias e readmissões evitáveis e facilitar o acompanhamento ambulatorial após a alta.

As equipes de gestão clínica acompanham os pacientes internados no hospital com comorbidade psiquiátrica e colaboram com os prestadores locais para apoiar o encaminhamento apropriado e a transição para os times de cuidados de saúde mental inpatient ou outpatient. As Equipes Saúde Mental (outpatient), por sua vez, atuam a nível ambulatorial, integradas aos cuidados de saúde primários, oferecendo atendimento abrangente e coordenado para os casos graves.

Essa integração inovadora entre equipes melhora a qualidade dos cuidados de saúde mental e reduz os custos gerais, resultando em uma rede focada na melhoria da experiência do paciente.

Implementação do Programa de Saúde Mental

O Programa de Saúde Mental da Amil começou em setembro de 2018. Atualmente, existem 11 equipes de referência: sete em unidades ambulatoriais de propriedade da Amil (Amil Espaços Saúde) e quatro na rede credenciada. Esses times estão distribuídos nos estados de São Paulo (4), Rio de Janeiro (2), Paraná (2), Rio Grande do Norte (1), Ceará (1) e Pernambuco (1). Cada equipe de referência em saúde mental é composta por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social, que atuam de forma integrada com médicos de família, enfermeiros de família e técnicos de enfermagem. A equipe de Gestão Clínica é composta por psiquiatras e enfermeiros que trabalham nos hospitais psiquiátricos credenciados da rede Amil e respondem pela gestão de 80% das hospitalizações por distúrbios de saúde mental.

As primeiras etapas do programa consistiram em rastrear e entrar em contato com pacientes graves e iniciar a coordenação da gestão clínica com os principais prestadores conveniados com internações psiquiátricas. A intenção era estabelecer um diálogo colaborativo para reforçar a qualidade clínica e da rede de tratamento por meio da discussão de evidências e abordagens atuais no campo da saúde mental.

As equipes de referência em saúde mental oferecem cuidado integral, com ampliação do acesso, a partir dos serviços de atenção primária. Pacientes com comorbidade psiquiátrica leve e moderada grave permanecem sob os cuidados da equipe médica de atenção primária, com o apoio da equipe de referência em saúde mental. Enquanto isso, os pacientes com comorbidades psiquiátricas graves ou em crise são tratados pela equipe de saúde mental. O plano terapêutico é individualizado e desenvolvido com o apoio dos membros da família e com suporte da equipe de atendimento. Está disponível para o paciente o contato direto com o assistente social e o técnico de enfermagem. As fontes de referência de pacientes para o programa são a equipe de gestão clínica, os hospitais gerais, os hospitais psiquiátricos, os prestadores de cuidados primários,

as equipes de gestão de saúde da população e o programa de atenção ao colaborador.

Os principais indicadores de desempenho foram:

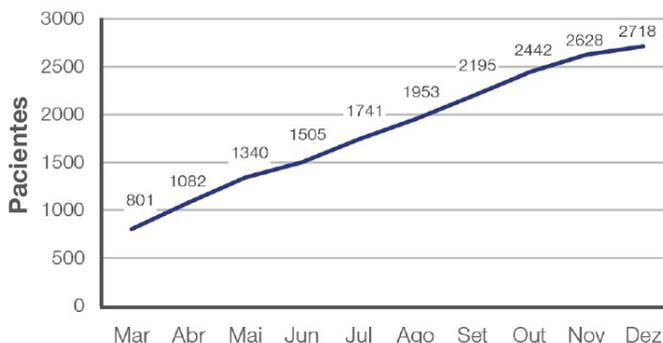
- Número de pacientes inscritos pelas equipes de referência em saúde mental
- Dias de leito/1.000
- Taxa de readmissão em 30 dias
- Número de admissões psiquiátricas de urgência evitadas

Resultados

De janeiro a dezembro de 2019, mais de 2.700 pacientes foram inscritos pelas equipes de saúde mental dos ambulatórios da Amil (Tabela 1). Aproximadamente 894 casos em crise foram tratados, prevenindo internações psiquiátricas de urgência desnecessárias (Tabela 6). Foram realizados em torno de 15.000 atendimentos, incluindo consultas com psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e consultas compartilhadas com profissionais de saúde mental, médicos de família e enfermeiros.

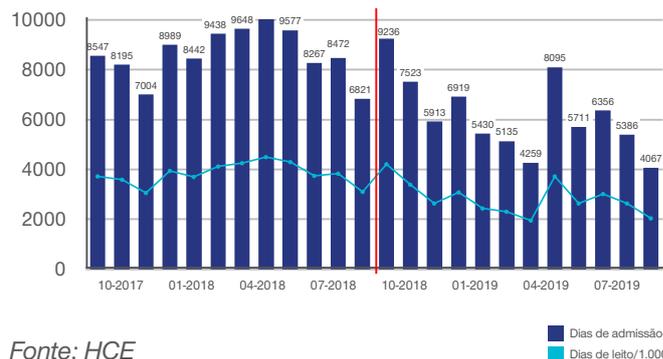
A análise comparativa dos dados mostra uma redução nos dias de leito por mil (Tabela 2), principalmente devido à tendência negativa no período de permanência (Tabela 3) após a implementação do programa de saúde mental. Também evidenciamos uma redução no custo por hospitalização (Tabela 4). A análise comparativa do período entre janeiro e novembro de 2018 e o mesmo período de 2019 mostrou que a taxa de readmissão em 30 dias na população com diagnóstico de saúde mental diminuiu 3 pontos percentuais, representando uma redução de 9%. Quando a mesma análise é realizada na população de pacientes inscritos em equipes de saúde mental, ocorre uma redução de 12 pontos percentuais, o que representa uma diminuição de 37,5% nas readmissões em 30 dias (Tabela 5).

Tabela 1. Número de pacientes inscritos em equipes de saúde mental em 2019.



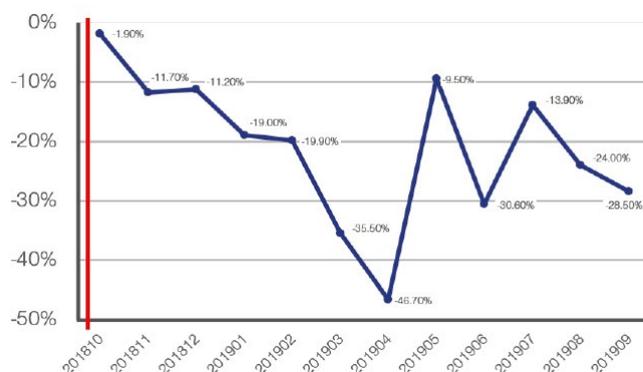
Fonte: SisWebCad Amil

Tabela 2. Dias de admissão/1.000 beneficiários ativos e volume total de dias de admissão. O período antes da linha vermelha é sem gestão clínica, e o período após a linha vermelha é com gestão clínica.



Fonte: HCE

Tabela 3. Variação de tempo médio de permanência hospitalar desde o início da gestão clínica.



Fonte: HCE

Cuidados de saúde mental no Sistema Amil: o desafio da continuidade do tratamento, a continuação

Conclusão

O Programa de Saúde Mental da Amil é uma solução inovadora com potencial para grande impacto social. Permite acesso facilitado e atendimento contínuo a pacientes com comorbidade psiquiátrica em ambulatorios. O programa facilita a gestão integrada de cuidados, as discussões colaborativas entre os prestadores, o gerenciamento eficiente dos cuidados transitórios e o acompanhamento eficaz após a alta hospitalar. O programa também fornece gestão de crises e terapia personalizada para todos os pacientes admitidos.

O Programa de Saúde Mental da Amil aprimorou a otimização da rede hospitalar e ambulatorial, abordando lacunas na continuidade dos tratamentos e nos cuidados de transição especificamente relacionados aos cuidados de saúde mental. As equipes de referência em saúde mental têm sido especialmente eficazes no tratamento de casos de crise de saúde mental em ambiente ambulatorial, prevenindo admissões psiquiátricas desnecessárias.

No box abaixo, relatamos um dos casos de acompanhamento.

¹WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Disorders, 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>>. Acessado em 11 de fevereiro de 2020.

²WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health ATLAS 2017, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>>. Acessado em 11 de fevereiro de 2020.

³WORLD HEALTH ORGANIZATION AND WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA). Integration of mental health in primary health care: a global perspective. National Coordination for Mental Health. Portugal, 2008.

Autoras

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

Fabiane Minozzo, Psy.D., Amil, Brasil

Dra. Samantha Pereira França, Amil, Brasil

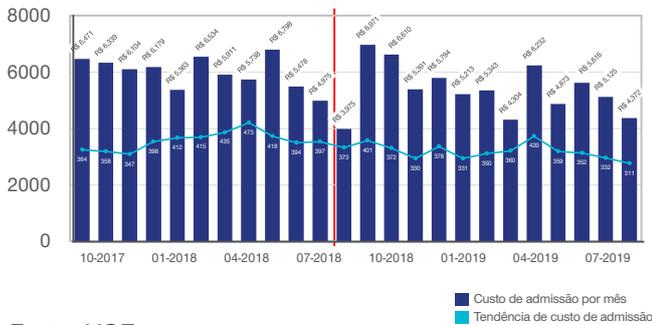
Estudo de caso: “Eu não sei viver. Estou pensando em desistir.”

MM, uma mulher de 45 anos, tinha um histórico de quatro hospitalizações psiquiátricas anteriores, repetidas visitas urgentes à clínica de cuidados primários e não conformidade com o acompanhamento ambulatorial e com o regime de medicação psiquiátrica. MM contava com frágil apoio familiar e apresentava sintomas de autoagressão. Ela tentou o suicídio várias vezes e, em um desses episódios, teve uma das mãos amputada após se atirar na frente de um trem que se aproximava.

A paciente foi atendida pela equipe de saúde mental do Amil Espaço Saúde em setembro de 2018, após um diagnóstico de transtorno de personalidade limítrofe. O time desenvolveu um programa de atendimento que incluía acompanhamento diário e ingestão supervisionada de medicamentos sob observação direta e consultas clínicas (conforme necessário) até a estabilização. Essa abordagem preveniu recidivas e estabeleceu um forte vínculo com a paciente. Ela apresentou melhora significativa e conformidade com a terapia ambulatorial subsequente.

Ela não foi readmitida no hospital e suas visitas ao pronto atendimento se tornaram muito menos frequentes. MM continua a aderir ao tratamento, continua a melhorar e agora está procurando trabalho.

Tabela 4. Variação do custo por admissão. O período antes da linha vermelha é sem gestão clínica e período após a linha vermelha é com gestão clínica.



Fonte: HCE

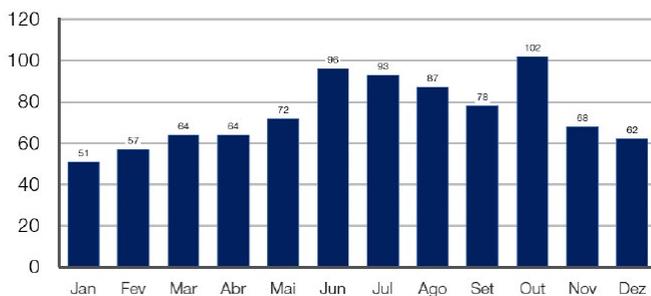
O Programa de Saúde Mental da Amil é uma solução inovadora com potencial para grande impacto social. **Permite acesso facilitado e atendimento contínuo a pacientes com comorbidade psiquiátrica em ambulatórios.**

Tabela 5. Taxa de readmissão psiquiátrica em 30 dias.

	2018 (jan. a nov.)	2019 (jan. a nov.)
% Readmissão em 30 dias - população geral	32%	29%
% Readmissão em 30 dias - população admitida	-	20%
Redução total de pontos percentuais - Readmissão em 30 dias - população geral 2018 x população admitida 2019	12 p.p.	
Redução total de pontos percentuais - Readmissão em 30 dias - população geral 2018 x população admitida 2019	3 p.p.	

Fonte: MicroStrategy

Tabela 6. Número de internações de urgência psiquiátrica evitadas - 2019.



Fonte: Planilha de saúde mental

Aprimoramento da experiência do paciente em atendimento de emergência por meio de estratégias que impactam positivamente a pontualidade do atendimento: Clínica del Country, Bogotá, Colômbia

Introdução

O pronto-socorro (PS) é o principal ponto de entrada em hospitais e, portanto, desempenha um papel crítico na formação dos primeiros momentos da experiência do paciente. Isso constitui um desafio contínuo, porque a percepção do paciente sobre a experiência de atendimento pode afetar a reputação institucional e a lealdade do cliente.

O Net Promoter Score (NPS) dos nossos hospitais revelou que a nossa experiência com o paciente não atendia aos objetivos que estabelecemos para os nossos prontos-socorros. Assim sendo, para trabalharmos nas estratégias de melhoria, identificamos as causas-raiz das pontuações NPS abaixo do ideal e os principais fatores que impulsionam a experiência do paciente. Identificamos dois fatores principais: pontualidade dos cuidados e controle da dor. Este artigo enfoca nossa estratégia de intervenção para melhorar a pontualidade da prestação de cuidados de emergência.

Objetivo

Nosso objetivo era melhorar a experiência do paciente, reduzindo o tempo gasto em todas as fases do atendimento de emergência. Usamos os seguintes indicadores: tempo de resposta, número de pacientes que saem antes de serem atendidos, reclamações e elogios e percepção do paciente.

Definimos os seguintes objetivos:

1. Atingir a *promessa de valor* em tempo de espera para a assistência médica inicial após a triagem em 80% dos casos de PS (o tempo necessário para que o paciente seja atendido por um médico e receba tratamento após a triagem). Essa promessa corresponde a 60 minutos para casos de nível de triagem III e 90 minutos para casos de nível de triagem IV e V.
2. Atingir uma redução de 25% na taxa de pacientes que deixam o pronto-socorro antes de serem atendidos.
3. Melhorar a percepção dos pacientes do pronto-socorro.

Metodologia

Aplicamos uma análise de causa básica usando gráficos de indicadores de tendências comportamentais e tempos de espera em diferentes estágios da rota de atendimento. Os principais fatores de maior impacto foram identificados. Esses fatores foram priorizados com base na magnitude do impacto previsto e do esforço necessário para implementar uma estratégia de remediação, usando gráficos de Pareto e metodologia PDCA.^{1,2}

Resumo das estratégias

Desenvolvemos estratégias de remediação com base nos seguintes domínios:

Cuidados médicos especializados no pronto-socorro: alteramos a composição das equipes clínicas dos prontos-socorros, substituindo os clínicos gerais por médicos especializados em medicina de família e aumentando o número de médicos de medicina de emergência, cirurgia geral e medicina interna designados para cobrir o departamento de emergência.

Avaliação de médicos necessários por hora e introdução de pagamentos baseados na produtividade: analisamos o número médio de pacientes tratados por hora, ajustado pelas seguintes variáveis: hora do dia, tempo médio de consulta, tempo de deslocamento do médico e reavaliação do paciente. Com base nesses números, criamos uma tabela de turnos com diferentes horários de início e término para os médicos. Também modificamos os contratos dos médicos para que eles agora tenham direito a um salário básico, além de um incentivo à produtividade com base na capacidade de atingir uma meta esperada de número de casos resolvidos e benchmarks pré-determinados de qualidade de atendimento.

Fornecimento de informações sobre os tempos de espera aos pacientes durante todo o processo de atendimento: nossa avaliação inicial indicou que os pacientes geralmente não são informados sobre o tempo de espera previsto no pronto-socorro antes de serem atendidos por um médico. Corrigimos essa lacuna criando uma placa eletrônica com destaque no pronto-socorro, que permite a cada paciente visualizar e monitorar o tempo de espera previsto com base na classificação da triagem.

Otimização de espaço e redução nos tempos de

transferência: um grande problema identificado nos pronto-socorros com um alto fluxo de pacientes é a incapacidade da força de trabalho de lidar com a demanda. As altas taxas de ocupação em nosso hospital geraram mais atrasos no PS. Adotamos uma política de transferência de pacientes do pronto-socorro que priorizou a alocação do leito de acordo com o volume do PS, facilitou transferências precoces para cirurgia e transferências oportunas de pacientes na rede integrada de hospitais UnitedHealthcare Global da Colômbia. Também desenvolvemos e implementamos políticas internas padronizadas de transferência de pacientes que permitiram uma diminuição nos tempos internos de realocação. Essas ações reduziram o tempo de transferência de pacientes de 20 para sete minutos durante um período de três meses.

Correção em curso - rota de atendimento de emergência: no momento, estamos redesenhando o mapa da jornada do paciente para melhorar a experiência dele no pronto-socorro. Até agora, trabalhamos para aumentar o número de salas de triagem; e concluímos um sistema de turnos para todo o processo de assistência médica, procedimentos otimizados e áreas de radiologia de emergência, a fim de melhorar os tempos de transferência, de exames e de análise de imagens e aprimorar a comunicação entre especialistas.

Resultados

As mudanças trazidas pelas estratégias acima tiveram um impacto positivo nos seguintes indicadores:

Rapidez de atendimento após a triagem: os padrões para tempos de espera pós-triagem para assistência médica inicial (promessa de serviço: triagem III em 60 minutos e triagem IV e V em 90 minutos), com base na classificação dos pacientes para triagem, estão sendo atendidos até esta data.

Pacientes que deixam o hospital sem serem atendidos: nossa análise inicial indicou que a deserção de pacientes do PS está diretamente ligada a tempos de espera mais prolongados. Antes de junho de 2019, nossa taxa de deserção de pacientes do PS era de 2,5%. Após a implementação de nossa estratégia, observamos uma diminuição imediata, atingindo níveis abaixo da meta proposta de 1,5%.

Reclamações e elogios: após a implementação do modelo de medicina especializada no pronto-socorro, testemunhamos uma redução das reclamações na experiência do paciente. As reclamações sobre a pontualidade do atendimento diminuíram 38% entre o primeiro e o segundo semestre de 2019. Da mesma forma, os elogios dos pacientes relacionados à sua experiência no PS aumentaram, durante o mesmo período, em 142%.

Percepção do paciente: nossa pesquisa de satisfação do paciente avalia o ciclo de atendimento de emergência por meio de três perguntas sobre a pontualidade do atendimento. As respostas da pesquisa revelaram uma tendência positiva ao longo de 2019. As três perguntas analisam os seguintes domínios:

Net Promoter Score (NPS): esse indicador mede a lealdade do paciente com base na disposição dele de recomendar os nossos serviços. Em nossos hospitais, o NPS constitui o indicador mais importante para a experiência do paciente. Até junho de 2019, após a implementação das estratégias descritas acima, houve um aumento em nosso NPS.

Figura 1. Oportunidade de tratamento inicial.



Figura 2. Taxa de deserção de pacientes do PS.



Aprimoramento da experiência do paciente em atendimento de emergência por meio de estratégias que impactam positivamente a pontualidade do atendimento: Clínica del Country, Bogotá, Colômbia, a continuação

Figura 3. Reclamações e elogios.

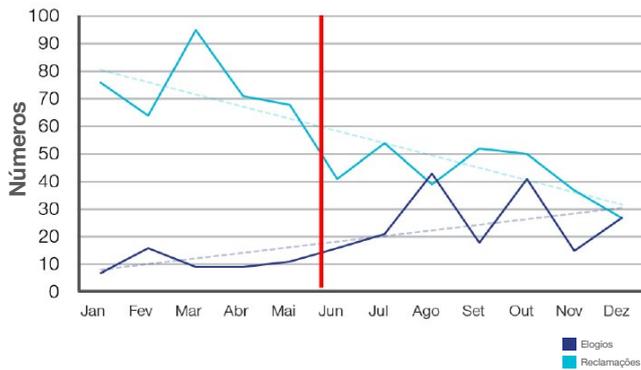


Figura 6. Tempo de espera para ser chamado para um check-up médico de acompanhamento.

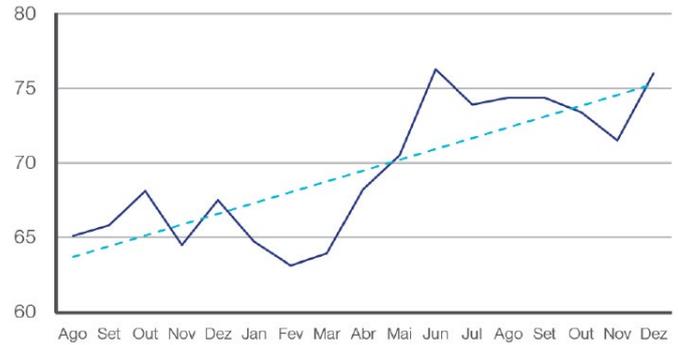


Figura 4. Informações recebidas sobre atrasos e tempos de espera no pronto-socorro.

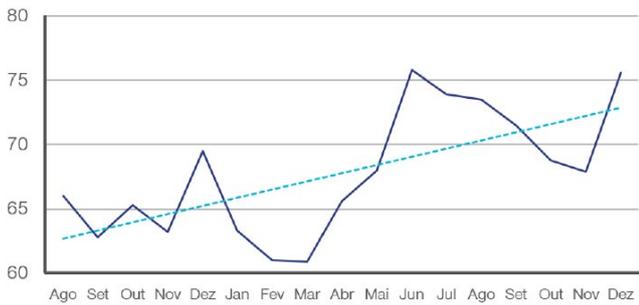


Figura 7. NPS do hospital.

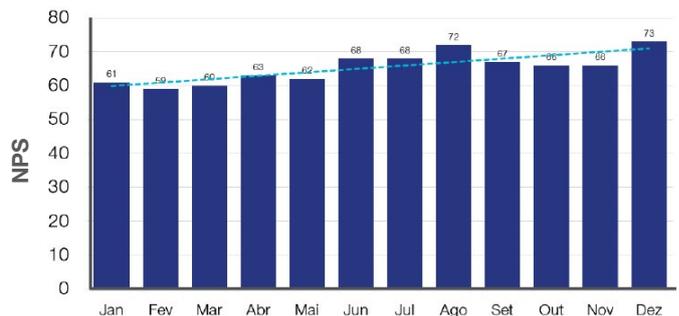


Figura 5. Tempo de espera para ser examinado por um médico após a triagem.

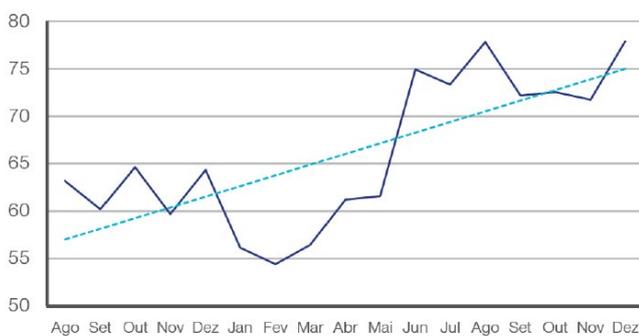
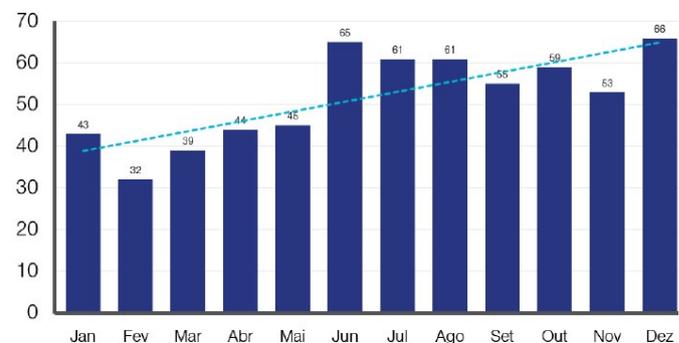


Figura 8. NPS do pronto-socorro.



Conclusão

Na Clínica del Country, identificamos a falta de pontualidade no atendimento como um dos principais fatores de insatisfação do paciente da emergência. Implementamos uma estratégia de remediação que se concentrou em melhorar a pontualidade dos cuidados médicos pós-triagem, diminuir a taxa de deserção de pacientes, padronizar os processos de transferência e aumentar a cobertura da especialidade de PS e a implementação de modelos de reembolso baseados no desempenho do prestador de cuidados médicos. Esses esforços melhoraram com sucesso a percepção do paciente, a experiência do paciente e o NPS.

Este artigo foi traduzido da versão 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 pronto-socorro (PS) é o principal ponto de entrada em hospitais e, portanto, **desempenha um papel crítico na formação dos primeiros momentos da experiência do paciente.***

Autores

Dra. Carolina Marquez, Clínica del Country, Colômbia
carolina_marquez@clinicadelcountry.com

Dr. Jorge Ospina, Clínica del Country, Colômbia

Dra. Ana María Quijano, Clínica del Country, Colômbia

Nova experiência do paciente com métodos clínicos baseados em diretrizes de cuidados fundamentados em evidências – Clínica Dávila, Santiago, Chile

Introdução

A padronização da prática clínica é fundamental para oferecer maior valor ao paciente e melhorar a qualidade do serviço e a experiência no cuidado da saúde. Métodos clínicos baseados em diretrizes de cuidados fundamentados em evidências atingem ambos os objetivos.^{1,2}

Programa

A metodologia baseia-se no desenvolvimento de um modelo clínico baseado em evidências com médicos de todas as especialidades, usando as Diretrizes de Cuidados com o MCG.³ O método ideal de atendimento para cada paciente é um mapa detalhado de todos os processos de atendimento, incluindo consulta pré-operatória, admissão, atendimento intra-hospitalar e pós-operatório e acompanhamento.

A equipe clínica da linha de serviço inclui o elemento distintivo de um enfermeiro navegador que cumpre o papel de supervisionar e orientar o paciente. Os enfermeiros navegadores fornecem ao paciente direcionamento constante, respondendo a eventuais perguntas e os orientando nos procedimentos administrativos e clínicos.

A equipe clínica existente é treinada pelo líder médico e pelos enfermeiros navegadores na abordagem da trajetória de atendimento. O cumprimento dessa trajetória é verificado por meio de indicadores utilizados pela equipe de monitoramento, permitindo que sejam tomadas ações para a melhoria imediata. Desde junho de 2019, 32 vias de atendimento de patologia foram desenvolvidas.

Tabela 1. Número de pacientes pesquisados.

Pacientes que receberam ligações	297
Pacientes que responderam à pesquisa	191 (64%)
Pacientes com experiência anterior na Clínica Dávila	58 (30%)

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

Satisfação do usuário quanto à hospitalização – Com experiência na linha de serviço	74,1%
Satisfação do usuário quanto à hospitalização – Sem experiência na linha de serviço	48,2%
Enfermeiro navegador – satisfação do usuário	87,9%

Experiência com a linha de serviço:

"Minha experiência até agora tem sido muito boa. Considero o programa excelente e não consigo imaginar um atendimento clínico sem ele. Pacientes de patologias como esse câncer têm que enfrentar um mundo estranho, com procedimentos, códigos e termos desconhecidos. Um tratamento longo e angustiante, que inclui más notícias. Tudo parece caótico. O apoio dos enfermeiros abre uma janela, cria um vínculo com os médicos e ajuda a solucionar pequenos problemas que se encontram em toda parte."

*Ingrid O.,
Paciente da linha de serviço com câncer de mama*

Tabela 3. Número de médicos da linha de serviço pesquisados.

Médicos pesquisados	116
Número e porcentagem de médicos que responderam à pesquisa	81 (69,8%)

Tabela 4. NPS da linha de serviço – Net Promoter Score entre os médicos.

Satisfação do médico sobre a implementação da linha de atendimento na Clínica Dávila	55,5%
--	-------

Cada paciente recebe orientações relacionadas à sua patologia, permitindo que todos tenham as ferramentas para tomar decisões e agir com mais certeza. Esse direcionamento também contribui para a saúde do paciente e de sua família, melhorando a satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde e a experiência do paciente.

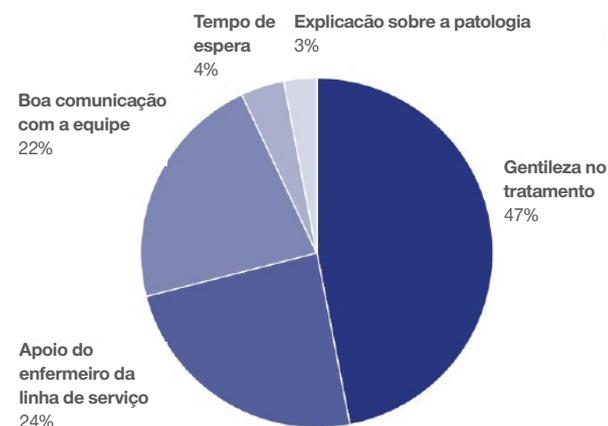
Uma pesquisa por telefone foi realizada para avaliar a experiência do uso desses métodos em duas especialidades: neurocirurgia e cirurgia de mama.

Resultados

Do número total de pacientes que receberam ligações, 191 responderam à pesquisa telefônica (64%). Apenas 58 (30%) deles tinham experiência hospitalar prévia na Clínica Dávila. Nesse último grupo, o maior Net Promoter Score (NPS) identificado foi de 74,1% (anteriormente, esse índice era de 48,2%). O NPS médico relacionado à satisfação com a implementação do serviço foi de 55,5% (Tabela 1).

A análise qualitativa dos resultados da pesquisa mostra que o enfermeiro navegador é um fator essencial da satisfação do paciente (Tabela 2). A presença profissional proporciona aos pacientes uma sensação de segurança e melhora a sua percepção sobre a qualidade do tratamento. O enfermeiro navegador também facilita o fluxo contínuo de cuidados e ajuda a resolver preocupações clínicas e administrativas, o que permite ao médico-assistente se concentrar em solicitações e demandas específicas.

Figura 1. Aspecto mais valorizado da experiência hospitalar por linha de serviço.



Este artigo foi traduzido da versão 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 [a correção da publicação aparece em *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/>. Recuperado em 24 de maio de 2020.

Autores

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

Dr. Marcelo Parra, Clínica Dávila, Chile

Dra. Marcela Amar, Clínica Dávila, Chile

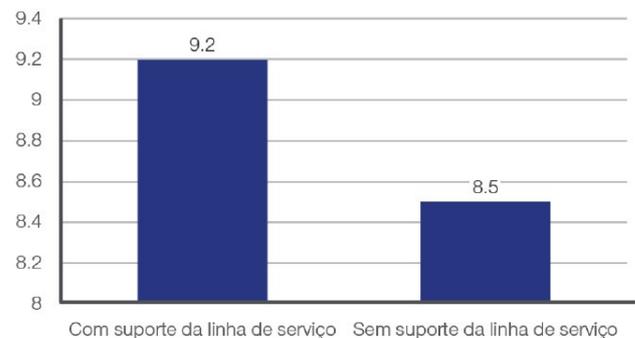
Dra. Cherie Gutiérrez, Clínica Dávila, Chile

Denisse Gómez, RN, Clínica Dávila, Chile

Camila Carrasco, RN, Clínica Dávila, Chile

Carolina Risso, RN, Clínica Dávila, Chile

Figura 2. Comparação entre a experiência hospitalar com o suporte da unidade de linha de serviço e as experiências anteriores sem o suporte da unidade de linha de serviço.



Implementação dos Componentes Fundamentais de Priorização da Organização Mundial da Saúde para melhorar as práticas de prevenção de infecções da corrente sanguínea associadas à linha central nos hospitais do Americas Serviços Médicos, no Brasil

Introdução

As infecções da corrente sanguínea associadas à linha central (central line-associated bloodstream infections, CLABSI) podem representar uma grande ameaça à segurança do paciente. Estão ligadas a taxas de mortalidade e custos mais altos, impactando profundamente a experiência do paciente.¹ Dados de um estudo de corte do International Nosocomial Infection Control Consortium, que incluiu 43 países em desenvolvimento, mostraram que a incidência de mortes relacionadas ao problema é de 17%.² No Brasil, o Brazilian Surveillance and Control of Pathogens of Epidemiological Importance (SCOPE) apontou uma taxa de mortalidade de 40% entre pacientes com CLABSI.³

Em 2016, em uma tentativa de apoiar países e instituições de saúde no desenvolvimento e no reforço de programas e práticas de Prevenção e Controle de Infecções (PCI) e de ação contra a resistência antimicrobiana, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou diretrizes sobre os principais componentes de PCI em nível nacional e nas unidades de tratamento agudo. Nosso objetivo foi pesquisar o efeito da implementação dessas diretrizes na prevenção das CLABSI.

O Problema

As CLABSI são infecções evitáveis associadas aos cuidados de saúde. As estratégias utilizadas para prevenir as CLABSI variaram amplamente entre hospitais e diferentes regiões. Garantir as melhores práticas específicas de cada localidade para a prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde e responder às mudanças de cultura entre os profissionais era uma missão desafiadora.

Estratégia do Programa

No terceiro trimestre de 2018, a taxa de CLABSI no Americas Serviços Médicos foi de 2%. Para resolver esse problema, implementamos os Componentes Fundamentais de Priorização (Core Components of Priorization, CCP) da Organização Mundial da Saúde como um guia para estratégias de redução de CLABSI nos nossos hospitais.

As etapas da OMS para o controle e a melhoria da prevenção de infecções incluem:

- Preparação para a ação
- Avaliação de base
- Desenvolvimento e execução de um plano de ação
- Avaliação do impacto
- Sustentação do programa em longo prazo

Essa estrutura foi aplicada em 17 hospitais ao longo de 16 meses (de setembro de 2018 a dezembro de 2019). As estratégias específicas de redução de CLABSI implementadas foram:

1. Implementação de tecnologia para apoiar sistemas fechados: por exemplo, sistemas de curativos e seringas pré-cheias
2. Educação para profissionais de saúde da linha de frente
3. Auditoria/monitoramento e comentários: pacote específico do processo de auditoria relacionado à manutenção da linha central (cateter em uso e curativo necessário, estéril e intacto; visualização de inserção; sinais inflamatórios; conector sem agulha; e linhas sem resíduo de sangue)
4. Reforço positivo e envolvimento da liderança

De setembro de 2018 a abril de 2019, as auditorias iniciais foram realizadas pelos times de controle de infecção hospitalar das unidades em conjunto com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) corporativo. As equipes locais também foram envolvidas em auditorias de acompanhamento e forneceram feedback sistemático nos meses subsequentes. O envolvimento delas ajudou a fortalecer e reforçar as estratégias de redução das CLABSI.

Resultados

Nossos resultados mostraram uma diminuição geral de 40% na incidência de CLABSI. No terceiro trimestre de 2019, atingimos uma taxa de 1,2%. Auditorias conduzidas pelas equipes de controle de infecções locais mostraram que essa melhora foi mantida ao longo dos 12 meses subsequentes. (Figura 1).

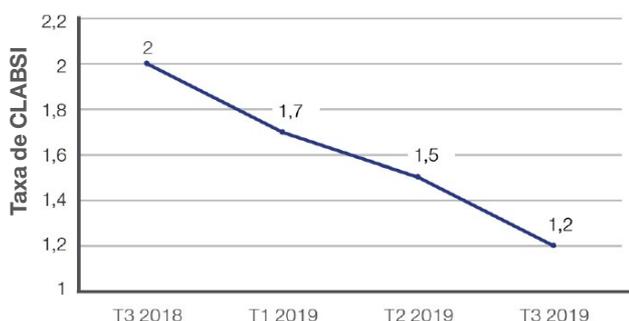
Lições Aprendidas

Uma estratégia de prevenção de CLABSI única e estática não pode ser vista como o solitário contribuinte para a redução de sua incidência, já que o desenvolvimento de uma infecção da corrente sanguínea associada à linha central geralmente pode ser atribuído a vários fatores. Em nossa experiência, a implementação de um processo sistemático de auditoria e a análise de feedback contínuo geraram uma redução significativa nas taxas de CLABSI de nossos hospitais. Ao incluir os profissionais de saúde da linha de frente desse processo, reforçamos uma mudança de cultura em torno de auditorias, prestação de contas e feedback que contribuiu para a prevenção das CLABSI. Finalmente, a disseminação rotineira de medidas consolidadas de processos e resultados influenciou diretamente nessa diminuição e informou as iniciativas de melhoria da qualidade.

Essas estratégias melhoraram os resultados e impediram o tratamento desnecessário. Portanto, tiveram um impacto positivo na experiência do paciente. De acordo com o Institute for Healthcare Improvement, melhorar a experiência do paciente requer mais do que utilizar dados estrategicamente porque ela é frequentemente vista pelos olhos dos profissionais e não pelos de quem recebe o atendimento. Sendo assim, é imprescindível entender o que importa para os pacientes. As práticas de prevenção de infecções precisam garantir maior segurança ao processo e influenciar positivamente a qualidade do atendimento e a experiência do paciente.

Dados internacionais revelam que infecções associadas à assistência à saúde são os eventos adversos mais frequentes no mundo. Há também algumas evidências que ilustram o impacto variado delas na experiência do paciente e de suas famílias.⁴ Uma revisão sistemática mostrou que todas as formas de infecção associada à assistência médica podem levar a consequências adversas na vida social e nos relacionamentos dos pacientes.

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



Nesses estudos, alguns pacientes relataram expressar culpa, ansiedade e medo sobre a possível transmissão desse tipo de problema. Em muitos casos, esse medo teve um impacto significativo na vida diária do paciente, em seus relacionamentos com a família e em implicações para futuros trabalhos e finanças.⁵ Além disso, é importante considerar que os pacientes não esperam eventos adversos durante a hospitalização, mas concentram-se principalmente em alcançar o resultado esperado de recuperação segura no hospital.

Conclusão

A implementação dos Componentes Fundamentais de Priorização da Organização Mundial da Saúde, em conjunto com estratégias adicionais impulsionadas pela experiência do sistema hospitalar local, é eficaz para melhorar a prevenção de infecções em países com recursos limitados. O envolvimento do hospital local e um processo robusto de responsabilidade aumentam a probabilidade de redução bem-sucedida das CLABSI. Finalmente, para garantir melhores experiências para os nossos pacientes — com um número menor de eventos adversos sérios - como CLABSI e outras infecções relacionadas à assistência à saúde —, recomenda-se buscar continuamente a melhoria dos processos de atendimento em busca da cultura de zero dano.

Este artigo foi traduzido da versão original em 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. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2011.

²Rosenthal VD, 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. Acessado 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

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

Daiane Patrícia Cais, MSN, Americas Serviços Médicos

Lígia Maria Abraão, PhD, Americas Serviços Médicos

Sarita Lessa Scorzoni Pires, RN, Americas Serviços Médicos

Dr. Fernando Colombari, Americas Serviços Médicos

Implementação do Centro de Infusão Ambulatorial na Clínica Dávila, em Santiago, no Chile

Introdução

A Clínica Dávila, em Santiago, no Chile, atende muitas pessoas com doenças inflamatórias crônicas (Figura 1). Esses pacientes são frequentemente tratados com medicamentos biológicos. Como essas substâncias podem ter efeitos colaterais importantes, quem recebe terapia de infusão biológica deve ser monitorado de perto. Antes do projeto, a Clínica Dávila admitia pacientes para terapia de infusão biológica e não tinha experiência com outros níveis de atendimento para tratá-los.

Muitos profissionais estão envolvidos no tratamento dessas pessoas, incluindo especialistas em reumatologia, gastroenterologia, neurologia, imunologia e respiração. Com as infusões levando até dois dias para serem concluídas, cada tratamento significava que os pacientes passariam muito tempo no hospital. Esses tratamentos hospitalares não apenas afetam e interrompem a vida diária dos pacientes, mas também expõem essas pessoas a possíveis consequências negativas da internação, como infecções adquiridas no hospital, eventos adversos e grandes despesas. O inconveniente é especialmente difícil para os pacientes pediátricos e as suas famílias.

Para proporcionar aos nossos pacientes melhores cuidados e serviços, projetamos um novo centro de infusão ambulatorial como um nível alternativo de atendimento ambulatorial. Esperamos um grau mais alto de satisfação do paciente e um custo reduzido do tratamento. Nosso relatório abrange o período de julho a dezembro de 2019.

Objetivos

- Implementar um novo nível de atendimento
- Melhorar a experiência do paciente
- Modificar a prática clínica atual dos médicos
- Reduzir gastos com tratamentos
- Obter cobertura do sistema de seguro para atendimento ambulatorial de infusão

O Centro de Infusão Ambulatorial (CIA)

Uma nova área, composta por oito unidades, foi designada para o CIA na seção ambulatorial do hospital. A área foi aprovada pelo Ministério da Saúde, e as seguintes medidas foram concluídas:

- Equipes de médicos especializados desenvolveram protocolos de tratamento para cada medicamento.

- Um novo método administrativo foi projetado com uma unidade de admissão específica.
- Médicos, enfermeiros e auxiliares foram treinados nos protocolos de infusão de medicamentos e assistência ao paciente durante a infusão de medicamentos biológicos.
- Um novo contrato foi criado com a companhia de seguros para a cobertura do tratamento em um sistema de pagamento agrupado.
- Os pacientes foram informados pelo médico de que o nível de atendimento ambulatorial para infusão estava disponível para infusões de medicamentos biológicos.

Indicadores relevantes: o novo nível de atendimento (CIA) foi avaliado por meio de vários indicadores e comparado ao nível de atendimento utilizado anteriormente (paciente internado), como mostra a Figura 2.

Resultados da experiência do paciente: Consulte a Figuras 3 e 4.

Resultados da experiência dos médicos: Consulte a Figura 5.

Conclusão

As companhias de seguros desenvolveram um novo sistema de cobertura que nos permitiu implementar um novo nível de atendimento. Esse foi um fator importante que nos possibilitou oferecer aos pacientes esse tipo de serviço.

Os médicos aceitaram o novo nível de atendimento. Sua participação na elaboração de protocolos clínicos os ajudou a entender os benefícios para os pacientes. A principal preocupação dos médicos era a segurança dos pacientes nessa nova condição. O NPS médico para a infusão ambulatorial foi de 85,7%, e todos eles preferiram tratar pacientes em ambiente ambulatorial.

Melhoramos a eficiência no ambiente hospitalar e diminuimos o custo total do atendimento porque os exames laboratoriais e de imagem eram feitos com menos frequência quando a terapia de infusão biológica era administrada no ambiente ambulatorial.

Educar os pacientes foi mais fácil do que o esperado, com os médicos concordando em promover o novo nível de tratamento. Os pacientes participaram de entrevistas e receberam telefonemas do centro de enfermagem para coordenar o melhor horário para cada um deles e,

posteriormente, tiveram a oportunidade de fazer perguntas sobre os seus próprios tratamentos.

Os pacientes têm uma satisfação 10% maior com o nível de atendimento ambulatorial (NPS 64%) em relação ao atendimento hospitalar anterior (NPS 54%). Eles apreciam o menor impacto em suas atividades diárias em comparação com os cuidados hospitalares. Eles também aprovaram os cuidados de enfermagem, a facilidade de admissão na nova unidade e a diminuição do tempo exigido no hospital (economia de tempo de 84%). O custo mais baixo do novo sistema também é apreciado pelos pacientes. Particularmente para pacientes crônicos mais jovens, o atendimento ambulatorial foi uma melhoria significativa em seus tratamentos, experiências e em suas vidas.

[Clique no link](#) para conferir uma experiência pessoal de um paciente do novo Centro de Infusão Ambulatorial da Clínica Dávila.

Este artigo foi traduzido da versão original em inglês

Autores

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

Dra. Cherie Gutierrez, Clínica Dávila, Chile

Dr. Max Ventura, Clínica Dávila, Chile

Natalia Jorquera, RN, Clínica Dávila, Chile

María Eugenia Salazar, RN, Clínica Dávila, Chile

Figura 1. Descrição de pacientes.

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

Figura 2.

	Hospitalização de julho a dezembro de 2018	CIA de julho a dezembro de 2019 (período de 6 meses)	% alteração
Horas por evento	26,7	4,9	-82%
NPS do paciente	54%*	64%**	
Número de pacientes em tratamento	17	54	
Número de eventos	122	121	
Número de eventos por paciente	7,1	2,2	
Exames laboratoriais por evento	5,4	1,8	-66,6%
Taxa médica por evento	1,5	1	-33%
Despesa total por evento***	US \$2,863	US \$1,890	US -\$973

*T1-T2 2019 - **T3-T4 2019 ***US dólar = 803 CLP 02/13/2020

Figura 3. Resultados da experiência do paciente.

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 você prefere ser tratado? (hospitalização/ambulatorial)	85,7% preferem instalação ambulatorial (Centro de Infusão Ambulatorial)
28 dos 54 pacientes responderam	Taxa de resposta à pesquisa: 51,8%

Figura 4. Pesquisa com pacientes: atributos mais valorizados.

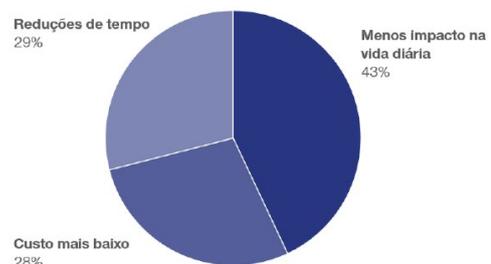


Figura 5. Resultados da experiência dos médicos.

NPS do Centro de Infusão Ambulatorial	
NPS	85,7%
Preferência dos médicos entre pacientes hospitalizados e ambulatoriais	
Paciente Ambulatorial (Centro de Infusão Ambulatorial)	100%
Paciente Hospitalizado	0%

Experiência do Paciente: Relatórios Concisos

Cultura do UnitedHealth Group em ação: Programa ComPaixão – Colocar a compaixão em prática para melhorar a experiência do paciente

O problema: Pacientes e seus familiares frequentemente relatam desafios psicológicos e espirituais em resposta a doenças graves. Esses desafios são muitas vezes negligenciados pelo plano geral de gestão de cuidados quando os pacientes são internados em um hospital. A equipe clínica do Americas Serviços Médicos procurou aprimorar a experiência de pacientes internados e de longa permanência, desenvolvendo um programa que fornecesse apoio psicológico, emocional e espiritual para pacientes e familiares.

O programa: O conceito central do Programa ComPaixão é “*ouvir os nossos pacientes, fazer o que é importante para eles e entender os seus desafios e desejos únicos.*” Esse conceito está diretamente vinculado ao nosso valor de compaixão na cultura do UnitedHealth Group. Nossas equipes do programa têm a tarefa de praticar a escuta ativa, fazendo com que os nossos pacientes se sintam apreciados e respeitados e melhorando sua experiência geral no hospital. O resultado é uma jornada agradável, compassiva e empática através do sistema de atendimento aos nossos pacientes e a suas famílias. O programa também procura facilitar os melhores resultados clínicos e aumentar o envolvimento de nossas equipes de atendimento no tratamento do paciente.

*Todo membro da equipe do ComPaixão se esforça para realizar o que é mais importante para os nossos pacientes, **fazendo todo o possível para satisfazer os seus desejos.***

Todo membro da equipe do ComPaixão se esforça para realizar o que é mais importante para os nossos pacientes, fazendo todo o possível para satisfazer os seus desejos. Em nossa experiência, muitos pacientes têm anseios não relacionados aos seus cuidados clínicos enquanto estão no hospital, e muitos deles são relativamente fáceis de realizar. O programa ComPaixão incentiva os pacientes a expressarem tais desejos e trabalha com outras partes interessadas para oferecer uma resposta. Alguns exemplos dessas respostas compassivas, baseadas nas vontades demonstradas pelos pacientes, são: um café da manhã bem preparado, um breve passeio ao sol ou até conhecer celebridades (geralmente, solicitado por pacientes pediátricos).

Os desejos dos nossos pacientes são atendidos pelo programa ao longo do ano. Semestralmente, reconhecemos os hospitais que agiram em três categorias diferentes: (1) Melhor Resposta Compassiva; (2) Melhor Vídeo; e (3) Respostas Mais Compassivas. Durante 2019, o programa foi responsável por 446 respostas compassivas em 21 unidades diferentes do Americas Serviços Médicos. Os últimos vencedores de cada prêmio foram: (1) Melhor Resposta Compassiva - Hospital Vitória Anália Franco (São Paulo); (2) Melhor Vídeo - Hospital Samaritano - Higienópolis (São Paulo); e (3) Respostas Mais Compassivas - Hospital e Maternidade Madre Theodora (Campinas).

Impacto do Programa ComPaixão: experiências dos pacientes: "MC", uma mulher de 82 anos de idade que vivia sozinha, foi hospitalizada no Hospital Vitória Anália Franco após um acidente vascular cerebral. Ela não era casada e não tinha filhos ou parentes próximos. MC tinha depressão coexistente e mobilidade prejudicada, condição que a deixava presa à cama. Ela expressava o desejo de morrer.

A equipe do ComPaixão notou, em seu envolvimento com MC, que ela se sentia isolada por não ter família. A equipe providenciou que ela recebesse um chá da tarde especial com seus lanches e bebidas favoritos. O chá foi servido em um local ao ar livre no terreno do hospital. MC afirmou que apreciava respirar o ar fresco pela primeira vez desde o início da sua doença. MC, então, convidou um médico para se juntar a ela cantando em dueto. Médicos do hospital, enfermeiros e outros membros da equipe de assistência pararam para ouvir e afirmaram que sua alegria e energia eram motivadoras e inspiradoras.

Três meses após a admissão, MC demonstrou resposta significativa ao tratamento e à terapia de reabilitação. Ela não estava mais deprimida e conseguia ficar em pé pela primeira vez após ser admitida.

No Hospital Samaritano Higienópolis, JP, uma paciente de 11 anos de idade, foi internada com rhabdomyosarcoma. Ela informou à equipe do ComPaixão que sempre sonhara conhecer a sua atriz favorita. O time providenciou que a criança fosse levada ao estúdio de televisão para se encontrar pessoalmente com a artista. A atriz a levou para conhecer a emissora de televisão e passou muito tempo conversando com JP.

JP e seus pais ficaram emocionados e muito agradecidos pela experiência. O pai de JP enviou uma mensagem manuscrita, agradecendo à equipe pela experiência. A mensagem dizia: "O belo trabalho da equipe tornou esse tratamento mais fácil."

Conclusão: O Programa ComPaixão foi bem recebido por pacientes e profissionais. No Americas Serviços Médicos, estamos trabalhando para expandir essa iniciativa a todo o sistema de atendimento. Também estamos explorando a definição de um método objetivo de mensuração de sucesso para apoiar a quantificação do valor criado pelo programa.

Este artigo foi traduzido da versão original em inglês.

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

Experiência do Paciente: Relatórios Concisos

Unidade bariátrica multidisciplinar centrada no paciente do Hospital Lusíadas Porto – experiência de cinco anos

Introdução: A obesidade é uma epidemia global crescente e é o problema de saúde que mais aumenta em muitos países desenvolvidos, muitas vezes levando à incapacidade significativa ou à morte.^{1,2} A cirurgia bariátrica continua sendo um dos tratamentos mais eficazes para a perda de peso em longo prazo e a melhora das comorbidades associadas.³ Além disso, as unidades bariátricas multidisciplinares podem ajudar a criar caminhos clínicos válidos e com foco no paciente para a avaliação, o tratamento e o acompanhamento em longo prazo, melhorando os resultados clínicos e a resposta dos pacientes.⁴

Em 2015, o Hospital Lusíadas Porto, parte da Lusíadas Saúde, em Portugal, implementou uma unidade bariátrica multidisciplinar centrada no paciente para melhorar a gestão da obesidade. Compartilhamos nossa experiência nos últimos cinco anos neste artigo.

O desafio: O desafio foi construir um modelo centrado no paciente, multiprofissional, colaborativo e integrado, alavancando caminhos clínicos baseados em evidências para facilitar a gestão abrangente de pacientes com obesidade. Os objetivos definidos foram melhorar os resultados dos pacientes, alcançar maior conformidade com os protocolos pré e pós-operatórios, diminuir o tempo de hospitalização e reduzir a morbidade pós-operatória.

Implementamos, com sucesso, um modelo baseado em evidências alinhado às diretrizes internacionais, fornecendo um ambiente seguro para a gestão de pacientes locais e internacionais. Um foco especial foi dedicado à melhoria da experiência do paciente, garantindo o empoderamento dele e apoiando a conformidade, em longo prazo, com as consultas de acompanhamento.

Processos e procedimentos padronizados foram desenvolvidos para ajudar a reduzir as variações e melhorar a coordenação de cuidados ao longo dos métodos de tratamento. Esses processos abrangem várias especialidades e todas as áreas clínicas, incluindo ambulatórios, salas de cirurgia e unidades de hospitalização.

Unidade bariátrica multidisciplinar centrada no paciente: A unidade bariátrica do Hospital Lusíadas Porto é multidisciplinar, integrando todas as especialidades relevantes para o tratamento de pacientes obesos. Essas especialidades incluem cirurgia bariátrica, endocrinologia, nutrição, psicologia, psiquiatria, gastroenterologia e cirurgia plástica, entre outras.

A unidade conta com um navegador de pacientes — um membro da equipe que coordena o atendimento e acompanha os pacientes ao longo de todas as etapas do caminho clínico. O navegador tem uma perspectiva única devido à própria experiência pessoal de ser tratado, com sucesso, como paciente bariátrico no Hospital Lusíadas Porto. Em consequência disso, ele pode se relacionar com as perspectivas dos pacientes, explicar facilmente todo o processo de atendimento e ajudar com quaisquer dúvidas ou preocupações.

Todos os pacientes encaminhados à unidade são avaliados inicialmente por especialistas nas áreas de atenção básica - cirurgia bariátrica, endocrinologia, nutrição e psicologia. O método clínico é personalizado para cada paciente e são feitos encaminhamentos para as especialidades adequadas, conforme necessário.

O prazo médio entre a primeira consulta, a avaliação e a aprovação para o tratamento por todas as especialidades é de 30 dias. Após um parecer favorável de cada uma das especialidades principais, o cirurgião bariátrico discute o procedimento cirúrgico recomendado com o paciente, descrevendo benefícios, riscos e outras especificidades ou preocupações neste momento. Após a cirurgia, o paciente é solicitado a retornar para visitas de acompanhamento com a equipe multidisciplinar por um período de, pelo menos, três anos.

Resultados: Antes da implementação da unidade, não era provável que os pacientes bariátricos recebessem os benefícios de uma avaliação de assistência multidisciplinar coordenada e de alta qualidade. O encaminhamento de pacientes obesos para o hospital era baixo, e a experiência desses pacientes não era abordada especificamente.

Equipes multidisciplinares, procedimentos padronizados e um nível de atendimento mais humanizado trouxeram perspectivas sustentáveis, integradas e conscientes sobre a comorbidade. Isso melhorou a conformidade do paciente com os protocolos

de acompanhamento e se traduziu em melhores resultados. Em 2019, conseguimos alcançar uma taxa de 97% de conformidade com os protocolos pré-operatórios. A conformidade de nossos pacientes com os protocolos de acompanhamento, em três anos, é de aproximadamente 80%.

Nosso processo de atendimento envolve uma gestão personalizada das necessidades e expectativas de cada paciente durante todo o percurso clínico, desde a primeira consulta ambulatorial até as consultas de acompanhamento de longo prazo. O processo de atendimento inclui um acompanhante pessoal que orienta os pacientes ao entrarem e saírem da sala de operações. Os pacientes relataram que isso diminuiu a sua ansiedade e melhorou o seu empoderamento. Essas melhorias na experiência são fundamentais para a conformidade futura e os resultados clínicos em longo prazo.

O número anual de pacientes bariátricos tratados cirurgicamente no Hospital Lusíadas Porto aumentou. Atualmente, realizamos mais de 100 procedimentos bariátricos por ano, com uma média de 20% de cirurgia revisional. Conseguimos diminuir o tempo médio de hospitalização de quatro para dois dias. Nossa taxa global de complicações é inferior a 3% e não temos mortalidade registrada até esta data. Nosso volume, nossos dados de segurança e nossos resultados clínicos estão alinhados com os melhores centros bariátricos do mundo. O número de novas consultas ambulatoriais por ano é superior a 300, com um aumento no encaminhamento de pacientes vindos do exterior.

Lições aprendidas: Um modelo de atendimento centrado nas pessoas atrai novos pacientes devido à experiência favorável deles e à qualidade do atendimento em longo prazo. O número de pacientes tratados em nossa unidade tem crescido constantemente desde a implementação do nosso modelo de atendimento, em 2015.

Um importante fator de sucesso é a seleção adequada de pacientes para a cirurgia bariátrica. O processo se apoia em diretrizes padrão baseadas em evidências (IMC ≥ 40 ou IMC ≥ 35 com a presença de pelo menos uma comorbidade relacionada à obesidade). Em nossa experiência, o IMC médio no pré-operatório foi de 41,1 kg/m².

Protocolos padronizados, gestão personalizada do paciente, consulta especializada adequada e percursos clínicos baseados em evidências são fundamentais para otimizar a coordenação do atendimento, reduzir o tempo cirúrgico e melhorar os resultados clínicos. Em nossa experiência, o estabelecimento de um protocolo de acompanhamento pós-operatório que cubra, pelo menos, três anos melhorou a conformidade do paciente com os planos de atendimento ambulatorial e os resultados clínicos de longo prazo. A conformidade de nossos pacientes com os respectivos protocolos de acompanhamento em três anos é de 80%.

"A cirurgia segura e especializada é fundamental para o sucesso, assim como a estruturação de uma parceria colaborativa e fortalecida com os nossos pacientes, do diagnóstico à alta". Isso reforça o conhecimento, a confiança e a autoestima. Tudo isso é fundamental para a transformação de opiniões e comportamentos necessários para sustentar resultados favoráveis em longo prazo. Contribuições multidisciplinares com uma abordagem coordenada, centrada no paciente e personalizada facilitam todas essas conquistas.

O toque humano: Empregar um dos nossos ex-pacientes como navegador foi um fator fundamental para melhorar a gestão e a experiência centradas nas pessoas. Esse navegador ajuda a confortar os pacientes bariátricos, compartilhando a própria experiência e acompanhando-os através de todos os detalhes médicos e cirúrgicos. Isso confere um toque humano.

Nossos pacientes entendem que terão a oportunidade de uma nova vida após a cirurgia e não terão que enfrentar sozinhos os desafios pós-operatórios. Eles sabem que sempre há apoio disponível daqueles que passaram, com sucesso, pela mesma experiência. Essa rede ajuda os pacientes a atingir seus objetivos e ter confiança de que "juntos podemos ser bem-sucedidos!"

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

Este artigo foi traduzido da versão original em inglês.

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. Published 2019 Apr 27. 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

Experiência do Paciente: Relatórios Concisos

Como dar más notícias em cuidados de saúde: o treinamento como uma ferramenta de gestão de riscos

O problema: Dar más notícias e comunicar situações difíceis nos cuidados de saúde (eventos adversos, complicações ou incerteza nos resultados clínicos) podem ser desafios para os médicos e profissionais da área. Muitos prestadores de serviços não recebem treinamento específico para a comunicação de tais eventos. Posteriormente, essas situações podem afetar negativamente o atendimento ao paciente e o bem-estar do cuidador, além de aumentar os riscos legais e de mídia social. Isso pode ter um impacto prejudicial nos resultados dos cuidados, na reputação organizacional e no crescimento dos negócios.¹

O programa: Em 2019, a Clínica San Felipe, em Lima, no Peru, introduziu um programa para fornecer aos profissionais de saúde habilidades e ferramentas de comunicação eficazes, necessárias para fornecer notícias de eventos difíceis e mostrar aos participantes o impacto dessas metodologias de treinamento no comportamento e na comunicação do provedor. O programa compreendeu 12 sessões (uma por mês), que procuravam ensinar aos participantes estratégias e táticas específicas para aumentar a sua eficácia na comunicação. Essas táticas foram implementadas em cenários simulados a fim de ajudar os participantes a praticar os métodos corretos para fornecer notícias sensíveis ou difíceis. Os tópicos cobertos incluíram: (1) Situações relacionadas à segurança do paciente, (2) Revisão dos erros de comunicação mais comuns e (3) Revisão de casos que devem ser relatados como eventos adversos ou sentinelas.

Os resultados: Os resultados positivos foram observados em duas áreas: (1) os profissionais de saúde relataram maior confiança na comunicação de notícias desagradáveis; (2) após o treinamento e a implementação das habilidades aprendidas em contextos da vida real, médicos e profissionais de saúde viram uma diminuição nas postagens negativas em mídias sociais e no risco legal potencial atribuído a erros de comunicação. Setenta por cento dos médicos, depois de participar do programa, sentiram que haviam melhorado suas habilidades de comunicação ao fornecer más notícias em situações difíceis. Todos os participantes reconheceram que as ferramentas e táticas que aprenderam os ajudaram a enfrentar situações difíceis com pacientes com mais confiança e facilidade.

Várias lições foram aprendidas após o primeiro ano do programa:

- Os médicos devem comunicar notícias de eventos difíceis em pares para se beneficiar do apoio emocional e psicológico de um membro da equipe durante a comunicação. Contar com alguém para ajudar a dar suporte ao paciente enquanto ele lida com o impacto emocional de receber más notícias é reconfortante para o médico e pode levar a um melhor resultado da discussão.
- Táticas e ferramentas de comunicação são necessárias não apenas para prevenir riscos, mas também para dar confiança aos profissionais de saúde.
- O treinamento em ambientes simulados pode ajudar os profissionais de saúde a desenvolver habilidades de comunicação de alta qualidade.

A Clínica San Felipe continuará esse programa, em 2020, com 22 sessões. Os tópicos abordados serão relacionados a diversas especialidades médicas. O programa será expandido para outros estabelecimentos médicos, incluindo a Clínica SANNA El Golf.

Este artigo foi traduzido da versão original em inglês.

Autores: Dra. Marcela Argumedo Estay, Clínica San Felipe, Peru, margumedo@clinicasanfelipe.com; Dra. Paula Ponce de León Lovatón, MBA, HCQM, Clínica San Felipe, Peru; Dr. Ernesto Aspíllaga Morey, MBA, Msc, HCQM, CPE, Clínica San Felipe, Peru

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

Avaliações clínicas por pares: oportunidade para a melhoria contínua

O problema: A avaliação por pares clínicos permite ao grupo de pares de um profissional avaliar as lacunas percebidas na gestão clínica de um caso e identificar possíveis oportunidades de melhoria de processo ou atendimento.¹ Identificar ou culpar os prestadores de cuidados de saúde pode inibir uma visão macroscópica e sistêmica do problema e as causas-raiz relacionadas. Portanto, é necessário estar aberto a relatos e encontrar fontes de redução da qualidade - sem culpa - para implementar melhorias. Os esforços de melhoria são especialmente eficazes se as soluções forem geradas pela equipe envolvida no processo com base em sua experiência pessoal e prática institucional.²

O programa: Em 2019, 10 casos foram submetidos à avaliação clínica por oito médicos. Seis casos eram médicos e quatro eram cirúrgicos. A análise deles resultou em 69 melhorias propostas, das quais 28 já foram implementadas e 38 estão em andamento.

Das 69 mudanças sugeridas, 26 evoluíram para projetos de melhoria em larga escala porque eram mais complexas e identificaram oportunidades em várias áreas e/ou serviços. As questões direcionadas à melhoria incluíram processos diretos de atendimento e administrativos, com impacto indireto em serviços de saúde.

Os resultados: Os principais projetos implementados foram o workshop de comunicação Más Noticias e o Doenças Crônicas com Medicamentos em Casa. O Passaporte Cirúrgico, que se trata de um rastreador de rotas para pacientes durante o preparo cirúrgico será implementado ainda este ano.

Concluindo, envolver médicos na análise de casos não punitivos permite uma experiência de crescimento institucional altamente eficaz, proporcionando, assim, um atendimento mais seguro e aprimorado a todos os pacientes.

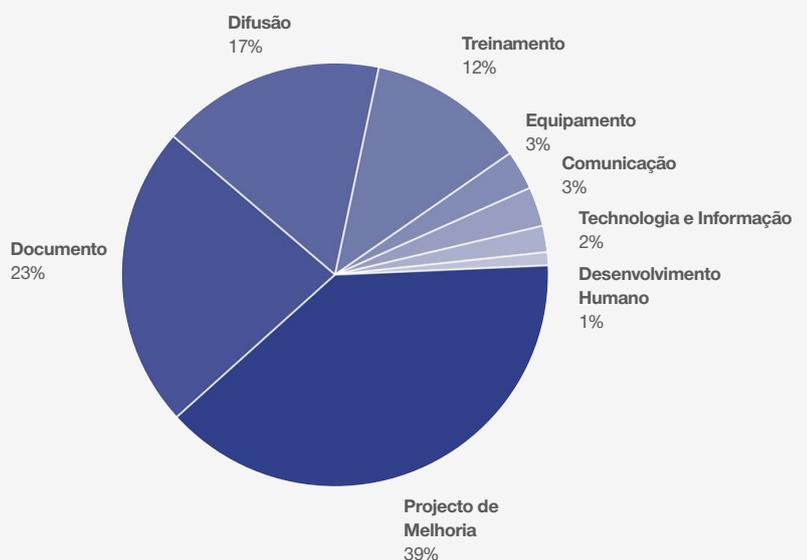
Este artigo foi traduzido da versão original em inglês.

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

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. Convenção, culpado e shaming? Legislação relevante. 2006 Mar;25 (1):115-25.

Figura 1: Projetos de intervenção.



Experiência do Paciente: Relatórios Concisos

Experiência do paciente em um novo modelo de cuidados integrados no Centro do Câncer, na Clínica Dávila, em Santiago, no Chile

O programa: Novos modelos de atendimento integrado e baseado em evidências para pacientes pediátricos e adultos com câncer foram implementados, em agosto de 2019, em novas instalações da Clínica Dávila, em Santiago, no Chile. Esperava-se uma melhora na experiência do paciente à medida que passávamos de uma unidade básica de infusão de quimioterapia para um centro integrado de atendimento hospitalar e ambulatorial voltado aos pacientes oncológicos e a suas famílias.

O centro de oncologia integrado é uma instalação abrangente, onde todas as necessidades do paciente são atendidas, desde a consulta até a quimioterapia. É composto por profissionais multidisciplinares e uma equipe médica, que inclui hematologistas, oncologistas e especialistas em transplante de medula óssea. Esse modelo de atendimento integrado de medicina, baseado em equipe e centrado nas necessidades das pessoas cuidadas, cria um ambiente mais favorável aos pacientes e facilita o atendimento personalizado que aprimora a experiência deles. O modelo de atendimento, construído em protocolos clínicos baseados em evidências, também oferece suporte à educação e aconselhamento abrangente e holístico ao paciente.

Quais desafios foram abordados?

- Atender aos padrões de atendimento de alta qualidade
- Melhorar a experiência do paciente
- Abrir novas instalações
- Implementar um modelo de atendimento integrado para apoiar a continuidade do atendimento, melhorar o acesso e aprimorar os resultados
- Aumentar a capacidade de atender à crescente demanda de pacientes por serviços oncológicos

Resultados: Experiência do paciente - Uma pesquisa online com pacientes foi realizada, por e-mail, entre agosto e dezembro de 2019, após a implementação do modelo de atendimento integrado:

- Net Promoter Score (NPS): 94%
- Satisfação geral (de 1 a 5): 4,8
- 100% dos pacientes classificam o novo modelo de instalação e atendimento como superior ao antigo
- Os pacientes ofereceram opiniões sobre os melhores atributos da experiência: tratamento caloroso e humano, empatia, equipe treinada, ambiente e novas instalações. Ouvir a narrativa de Experiência Pessoal [1](#) e [2](#) e ver uma [visão geral do centro de atendimento integrado](#).

Que lições foram aprendidas ao longo do processo? Aprendemos que o nosso modelo de atendimento interdisciplinar integrado tem um impacto positivo em nosso NPS e na satisfação geral do consumidor. Também aprendemos que os pacientes 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 pacientes.

Este artigo foi traduzido da versão original em inglês.

Time: Dra. Carolina Asenjo, Clínica Dávila, Chile, carolina.asenjo@davila.cl; Dr. Pablo Ramírez; Dr. Manuel Yáñez; Dr. José Santander; Dr. Alvarado Bernardita; Dra. Cherie Gutiérrez; Jacqueline Quezada, RN; Carolina Cabrera, RN; Isabel Fernández

Publicações recentes selecionadas

Os seguintes artigos são recomendados para aumentar o seu conhecimento sobre os tópicos relacionados à experiência do paciente.

“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](#), 7 de fevereiro de 2020.

“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*, 27 de fevereiro de 2019.

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

“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*, 21 de março de 2020.

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

“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*, 9 de março de 2020.

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

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

“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*, 23 de março de 2020.

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

Oportunidades de treinamento e recursos clínicos

Site de conteúdos COVID-19 Clinician Resources

Visite [uhc.care/globalCOVID](#) para obter conteúdos clínicos preparados especialmente para os nossos colaboradores (em inglês).

Estamos Juntos LinkedIn Group

Estamos juntos é uma frase para lembrar você de que, apesar da distância, dos idiomas e dos oceanos que separam as nossas equipes ao redor do mundo, permanecemos unidos como UnitedHealthcare Global na luta contra a COVID-19. Visite [uhc.care/together](#) para se conectar aos colaboradores assistenciais do nosso grupo ao redor do mundo.

OptumHealth Education

A OptumHealth Education (OHE) — uma empresa do UnitedHealth Group — oferece, gratuitamente, em seu website, treinamentos médicos acreditados. Ela é uma das poucas organizações acreditadas em conjunto no mundo, tendo sido simultaneamente credenciada por promover atividades de educação continuada nas seguintes áreas: medicina, enfermagem, farmácia, psicologia e serviço social. **Crie uma conta em [optumhealtheducation.com](#) e obtenha acesso a quase 100 horas de educação continuada gratuita (conteúdo disponível em inglês).**

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

