

HOSPITAL SANTA CASA DE
MISERICÓRIDA

CAMPO DE ESTÁGIO E SEUS DESAFIOS- VIVÊNCIAS.

Felipe Pereira
Patrícia Travassos



Conteúdo da apresentação

HISTÓRIA DO SCBH

ESTRUTURA FÍSICA

FLUXOS

ATRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

CURIOSIDADES SCBH

SEGURANÇA DO PACIENTE

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HISTÓRIA DO SCBH

Em 1898, percebeu-se a carência de assistência médica aos menos favorecidos - formaram a Associação Humanitária da Cidade de Minas, primeiro passo para a construção de um hospital que pudesse atender a parcela carente da população. Em uma reunião realizada em 1899, foram abertas inscrições para sócios-fundadores e adotadas providências para um empreendimento do alcance social que um hospital filantrópico deveria ter na cidade recém-inaugurada. Uma comissão formada por médicos e engenheiros propôs e aprovou, junto à Prefeitura de Belo Horizonte, o local mais apropriado à edificação. Nascia a Santa Casa BH.



ESTRUTURA FÍSICA

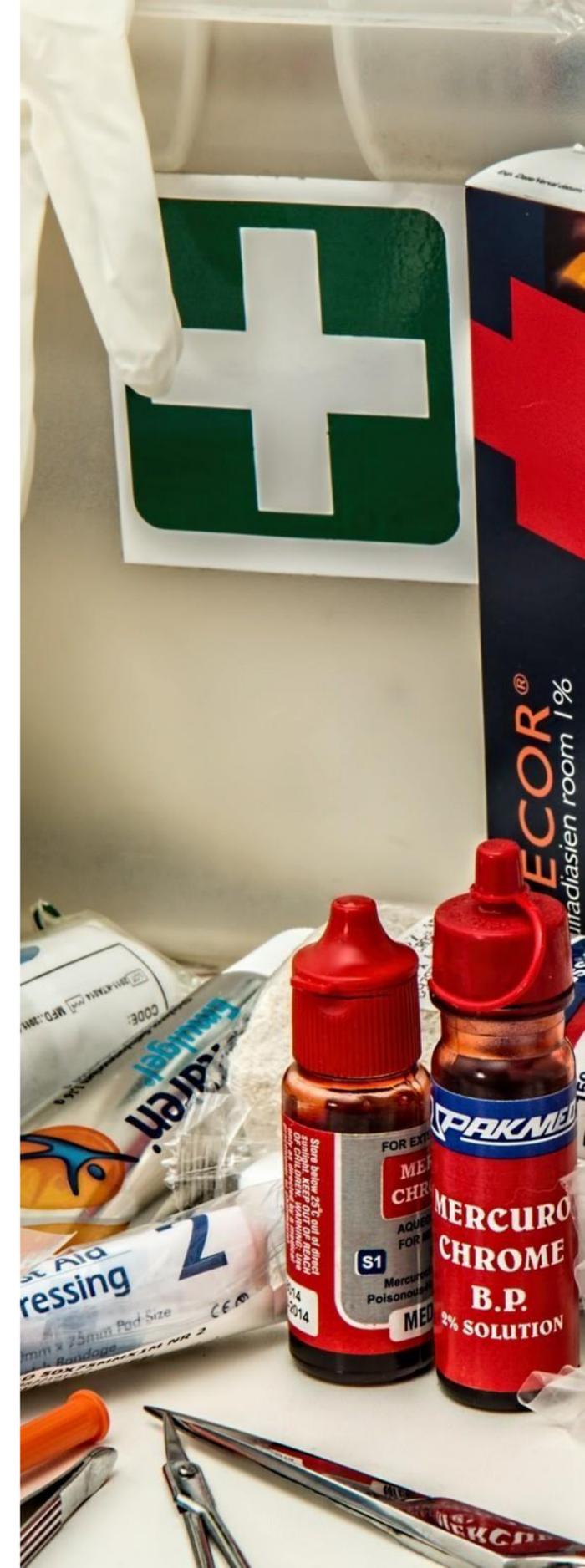
- **As atuais enfermarias como a do 6º andar ala B e D apresentam respectivamente 49 e 29 leitos. Na ala B temos a estrutura formada por 2 quartos interligados por porta, tendo um desses quartos um banheiro comunitário para uso dos pacientes, cada quarto comporta 6 leitos, tendo 4 quartos com acesso ao corredor, sendo conectados entre eles aos pares de 2 quartos, havendo também um leito isolado (49) para caso de paciente com precaução, seja de contato, gotículas ou aerossol.**
- **Possuindo somente 29 leitos na ala D, os quartos não são interligados tendo cada um banheiro comunitário para os pacientes, Possuindo 4 leitos cada portando 7 quartos comunitários e 1 individual.**
- **Os postos de enfermagem se encontram no centro do corredor em ambas as alas.**

FLUXOS

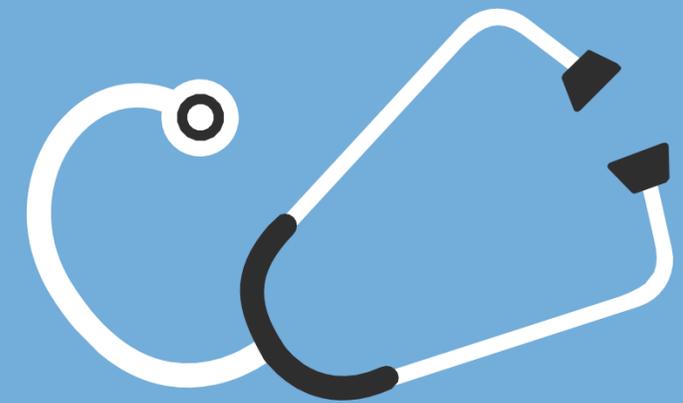
O 6º andar refere-se a enfermaria do hospital Santa Casa. Neste setor encontra-se um fluxo alto de rotatividade entre os pacientes devido a demanda do local.

Lá encontramos pacientes pré operatório, pós operatório e aqueles que aguardam exames para possíveis diagnósticos.

- Os pacientes em pré operatório, quando necessário, são internados 1 dia anterior a cirurgia ou referem-se a pacientes internados com proposta de cirurgia de urgência aguardando data para ser realizada.
- Os pacientes em pós operatório passam o tempo necessário para estabilização, sendo encaminhados posteriormente para recuperação em casa. O tempo médio de internação gira em torno de 3 a 5 dias, dependendo da extensão de cada cirurgia.



ATRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM



Procedimentos de assistência do Enfermeiro: punção de veia jugular e punção arterial; cateterismo vesical de demora/alívio, sonda nasoentérica e umbilical, troca de curativos de lesões agudas ou crônicas de maior complexidade e etc.

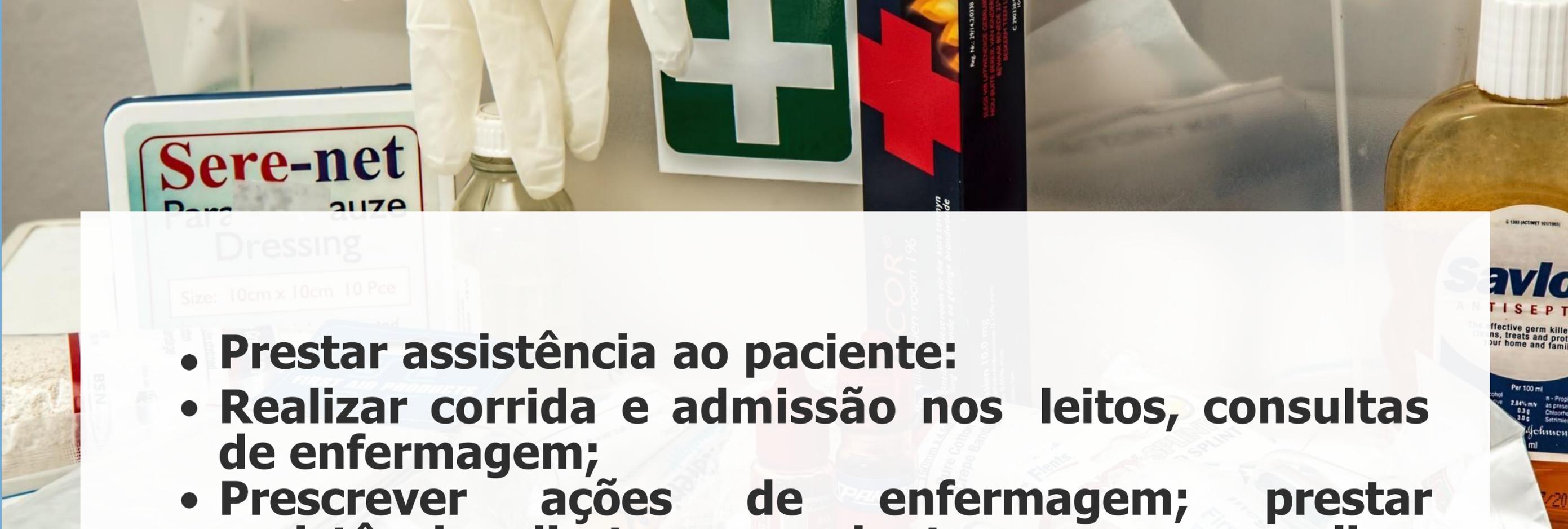


**Planejar ações de enfermagem:
Apontar necessidades e problemas; diagnosticar situação; identificar áreas de risco; estabelecer prioridades; elaborar projetos de ação; avaliar resultados.**

Coordenar serviços de enfermagem:

- **Padronizar normas e procedimentos de enfermagem;**
- **Monitorar processo de trabalho;**
- **Aplicar métodos para avaliação de qualidade; Selecionar materiais e equipamentos.**

- **Comunicar-se: trabalhar em equipe;**
- **Demonstrar capacidade de liderança;**
- **Demonstrar habilidade para negociação.**

- 
- **Prestar assistência ao paciente;**
 - **Realizar corrida e admissão nos leitos, consultas de enfermagem;**
 - **Prescrever ações de enfermagem; prestar assistência direta a pacientes graves; realizar procedimentos de maior complexidade; solicitar exames; acionar equipe multiprofissional de saúde;**
 - **Registrar observações, cuidados e procedimentos prestados, analisar a assistência prestada pela equipe de enfermagem;**
 - **Realizar evolução clínica de pacientes e SAE.**

CURIOSIDADES PARA ALÉM DO SETOR



- **0 hospital recebe pacientes de 80% dos municípios mineiros**
- **Maior hospital e maior prestadora de serviços ao SUS em Minas Gerais**
- **Líder no estado em número de leitos SUS (1.086)**
- **170 leitos de UTI (o maior número de leitos, em um único hospital, no país)**
- **36.574 internações por ano**
- **23 mil cirurgias por ano**
- **22 mil sessões de quimioterapia por ano**
- **- 250 transplantes por ano**
- **51 mil sessões de radioterapia por ano**

SEGURANÇA DO PACIENTE: IDENTIFICAÇÃO CORRETA

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina

Erros de identificação do paciente podem ocorrer desde a admissão até a alta do serviço.

Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e etc.

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO

INCLUÍ:

Identificar os pacientes para assegurar que todos os seus dados estejam corretos. Para isso é necessário o uso de pelo menos dois identificadores (nome completo e número do prontuário do paciente) em cabeceira do paciente, além de pulseira de identificação padronizada, colocada em um membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado. O local escolhido para o adulto é o punho; para recém-nascidos e crianças a pulseira deve ser colocada preferencialmente no tornozelo. Nos casos em que não há possibilidade do uso em membros superiores, indicar o uso em membros inferiores.

Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado.

A confirmação da identificação do paciente será realizada antes de qualquer cuidado/assistência prestado. Inclui a orientação da administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos.

CONCLUSÃO

Foram realizadas reuniões entre os acadêmicos em que abordamos a importância de implementar o protocolo de cabeceira garantindo a correta identificação a fim de reduzir a ocorrência de incidentes e facilitar ao profissional de saúde uma melhor identificação e leitura sobre os dados do paciente.

Durante o tempo de permanência no estágio pudemos observar essa ineficácia e aplicabilidade na rotina do setor (Protocolo de Cabeceira), prevenindo erros e enganos que possam ocorrer e lesar o paciente, desde a admissão até sua alta. É de suma importância que este projeto envolva toda a equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. Brasília (DF); 2006.

Mendes W. Taxonomia em segurança do pa - ciente. In: Souza P, Mendes W, organizadores. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Es - cola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2014. p. 57-71.

Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2017. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).

BRASIL. Programa Nacional de segurança do Paciente. Protocolo de Identificação do Paciente. Ministério da Saúde/ ANVISA / Fiocruz.



OBRIGADO! :))