



Lorena Duarte Fernandes

**Organização do Fluxo de Atendimento do Paciente com
Derrame Pleural Neoplásico no Hospital Naval Marcílio Dias**

Rio de Janeiro

2023

Lorena Duarte Fernandes

Organização do Fluxo de Atendimento do Paciente com
Derrame Pleural Neoplásico no Hospital Naval Marcílio Dias

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Dra. Priscilla Caran Contrato

Rio de Janeiro

2023

Dedico esse trabalho de conclusão de curso aos meus pacientes, fonte de toda minha inspiração e motivação, pois mesmo diante dos seus momentos de maior sofrimento e angústia, são capazes de me apresentar a face de Deus por meio de um sorriso de gratidão.

AGRADECIMENTOS

Sou grata a DEUS por me permitir viver, me abençoando com um belo amanhecer todos os dias e a minha FAMÍLIA linda, pois, sem o amor e carinho que sempre me deram ao longo dos anos, possivelmente não caminharia com tamanha segurança.

Agradeço a todos os integrantes da Clínica de Cirurgia Torácica do HNMD pela incansável parceria e pelo convívio amistoso, permitindo que o nosso trabalho flua de forma leve e eficiente, direcionando todo nosso esforço em prol do nosso principal objetivo: a saúde de nossos pacientes. Vocês são minha segunda família!

Aos meus colegas de turma do C-SUP, tanto pelo aprendizado ofertado de outras áreas como pelas divertidas conversas no WhatsApp.

Agradeço a Tutora Priscilla, pelo empenho e dedicação na busca de transformar uma médica com características assistenciais arraigadas, em uma médica com visão de gestão. Dever cumprido!

Agradeço a Marinha do Brasil por buscar à melhor qualificação de seus militares, visando oferecer um serviço de qualidade a nossa Nação!

Agradeço a Fiocruz, na figura da ENSP, pela parceria; buscando aprofundar os conhecimentos sobre a área da Gestão em Saúde em nosso país.

Por fim, mas não menos importante, agradeço aos pacientes por despertarem em mim a inquietude; sentimento que diuturnamente, leva-me a buscar melhorias em minha atuação como profissional da área da Saúde.

“Sonhos determinam o que você quer. Ação determina o que você conquista.”

Aldo Novak

RESUMO

O derrame pleural maligno (DPM) está presente em 15% de todos os pacientes oncológicos, sendo uma complicação frequente nos pacientes portadores de tumores avançados. O HNMD é a Organização Militar de saúde da Marinha do Brasil com enfoque em atendimento terciário e quaternário e por isso a abordagem dos pacientes portadores de doenças neoplásicas é feita, em sua maioria, sob a responsabilidade dos serviços dessa unidade hospitalar. Portanto, a correta condução no itinerário terapêutico desses pacientes, permite um ganho de sobrevida e qualidade de vida aos mesmos. Dessa maneira, a fragilidade no fluxo de atendimento dos pacientes com derrame pleural neoplásico no HNMD é a situação-problema vivenciada nesse estudo, cuja construção e execução de um projeto de intervenção, se baseou na evidência de que 35% dos pacientes com diagnóstico de DPM realizaram pelo menos duas consultas médicas no Serviço de Atendimento de Emergência antes de serem encaminhados a atendimento especializado e apenas 16% dos líquidos pleurais neoplásicos tem comprovação de positividade na análise citológica da primeira amostra coletada, aumentando para somente 27% a partir de duas ou mais amostras analisadas do mesmo paciente. A identificação das possíveis causas para tal fragilidade, tais como: treinamento insuficiente da equipe médica da emergência do HNMD na condução desses pacientes, ausência de um fluxograma de atendimento dos pacientes com derrame pleural, demora na prontificação dos laudos anatomopatológicos do material coletado nas toracocenteses e biópsias pleurais, baixa comprovação de positividade nas análises laboratoriais de citologia oncótica do líquido pleural maligno, dificuldade de acesso dos usuários ao setor de imagem para agendamento ambulatorial de tomografias computadorizadas de tórax, dentre outras; permitiu a escolha e atuação sob aquelas com maior governabilidade por parte da equipe da Clínica de Cirurgia Torácica, objetivando a organização deste fluxo. Para essa finalidade, o treinamento da equipe médica da emergência do HNMD subsidiado pela criação de um organograma a ser seguido na condução dos pacientes com derrame pleural suspeito e a melhora na comprovação da positividade nas análises laboratoriais de citologia oncótica do DPM, por meio de ações conjuntas com o setor do laboratório de análise anatomopatológica, foram as principais operações executadas. Após a criação e implementação inicial do projeto, os produtos construídos pelas ações serão continuamente monitorados por meio da análise dos indicadores, para que haja a verificação de quais metas foram atingidas e que eventuais ajustes serão necessários para melhorar continuamente os serviços de saúde ofertados a família naval.

Palavras-chave: Derrame pleural Maligno, Fluxo de atendimento, Qualidade de vida

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Número estimado de novos casos de câncer no Brasil de 2020 para 2040, em ambos os sexos (todas as neoplasias malignas)

Figura 2: Organograma do fluxo de atendimento dos pacientes com DP suspeito

Figura 3: Workshop sobre “Derrame pleural e suas abordagens” com os residentes de cirurgia geral do HNMD.

LISTA DE SIGLAS

CC (Md) – Capitão-de-Corveta Médico

CT (Md)- Capitão-Tenente Médico

DN – Distrito Naval

DP – Derrame Pleural

DPM – Derrame Pleural Maligno

DSM – Diretoria de Saúde da Marinha

ESM – Escola de Saúde da Marinha

HNMD – Hospital Naval Marcílio Dias

OM – Organização Militar

PNM - Pneumologia

SAE – Serviço de Atendimento de Emergência

SMI - Serviço de Medicina Integral

SSM – Sistema de Saúde da Marinha

TC – Tomografia Computadorizada

TTC – Tarefa por Tempo Certo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 OBJETIVOS GERAL	10
1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	10
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO	13
3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	14
3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	16
3.3 GESTÃO DO PROJETO.....	20
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
5 REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

Segundo a OMS, o câncer é uma das principais causas de morte no mundo, sendo responsável por quase 10 milhões de mortes em 2020. E as metástases disseminadas são a principal causa de morte relacionada ao câncer.

O derrame pleural neoplásico é uma complicação frequente nos pacientes portadores de tumores avançados de diversos sítios primários, sendo a presença de células malignas no líquido pleural ou na biópsia da pleura indicativa de disseminação da doença, com consequente redução da expectativa de vida. Portanto, o diagnóstico e tratamento precoce do derrame pleural maligno são fundamentais para promover uma melhor qualidade de vida aos pacientes portadores de câncer avançado; visto que, os cuidados paliativos podem ajudar as pessoas a viverem com mais conforto pois se caracterizam por tratamentos para aliviar, ao invés de curar, os sintomas e o sofrimento causados pelo câncer, tanto no paciente quanto em seus familiares.

O Hospital Naval Marcílio Dias é a unidade de saúde responsável pelos atendimentos terciário/quaternário da Marinha do Brasil. Dessa forma, a Clínica de Cirurgia Torácica que compõe o corpo clínico deste hospital, conduz a abordagem diagnóstica invasiva, e por vezes terapêutica, dos pacientes com derrame pleural neoplásico. Porém, como clínica especializada, normalmente os pacientes são referenciados para atendimento do cirurgião torácico.

Entretanto, como a expectativa de vida desses pacientes é baixa, torna-se de extrema importância que esses pacientes sejam avaliados e conduzidos corretamente e com agilidade, desde o primeiro contato com a unidade hospitalar.

Tendo em vista que, 60% dos pacientes submetidos a análise do líquido pleural no HNMD possuem algum diagnóstico prévio de neoplasia, tanto a abordagem primária desses pacientes (feita frequentemente pelo médico generalista através do Serviço de Atendimento de Emergência - SAE), quanto a correta análise laboratorial do material coletado, assim como todo o restante do itinerário terapêutico desse paciente, necessita de especial atenção aos seus pontos de fragilidade. Porém, muitas vezes esses pacientes dispendem de diversas idas e vindas ao hospital, desde a suspeita diagnóstica de derrame pleural neoplásico até que alguma abordagem terapêutica possa ser oferecida.

Dessa forma, a situação-problema vivenciada nesse estudo é a fragilidade no fluxo de atendimento do paciente com derrame pleural neoplásico no HNMD. A não correção das imprecisões no fluxo de atendimento desses pacientes, se remete a prováveis retornos a unidade hospitalar em atendimentos tanto no serviço de emergência quanto ambulatorial, com

reabordagens invasivas evitáveis, tais como a necessidade de repetidas toracocenteses diagnósticas e terapêuticas, o que impacta negativamente na qualidade de vida deste usuário, pois a demora existente entre a suspeita diagnóstica até a comprovação de malignidade no líquido pleural, dificulta a melhor oferta terapêutica; incluindo o fato do mesmo tornar-se gradativamente mais comprometido clinicamente por sua doença de base, afetando por conseguinte, todos os seus familiares. Deve-se considerar também que, essa situação onera ainda mais o SSM com procedimentos e internações prescindíveis, além de sobrecarregar a demanda dos atendimentos de emergência.

1.1 OBJETIVO GERAL

Organizar o fluxo de atendimento dos pacientes com derrame pleural neoplásico atendidos no HNMD, buscando melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

1.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Identificar as causas para a desorganização no fluxo de atendimento dos pacientes com derrame pleural.
- Treinar a equipe médica da emergência do HNMD na condução do derrame pleural suspeito.
- Aumentar comprovação da positividade nas análises laboratoriais de citologia oncológica dos pacientes com derrame pleural maligno.

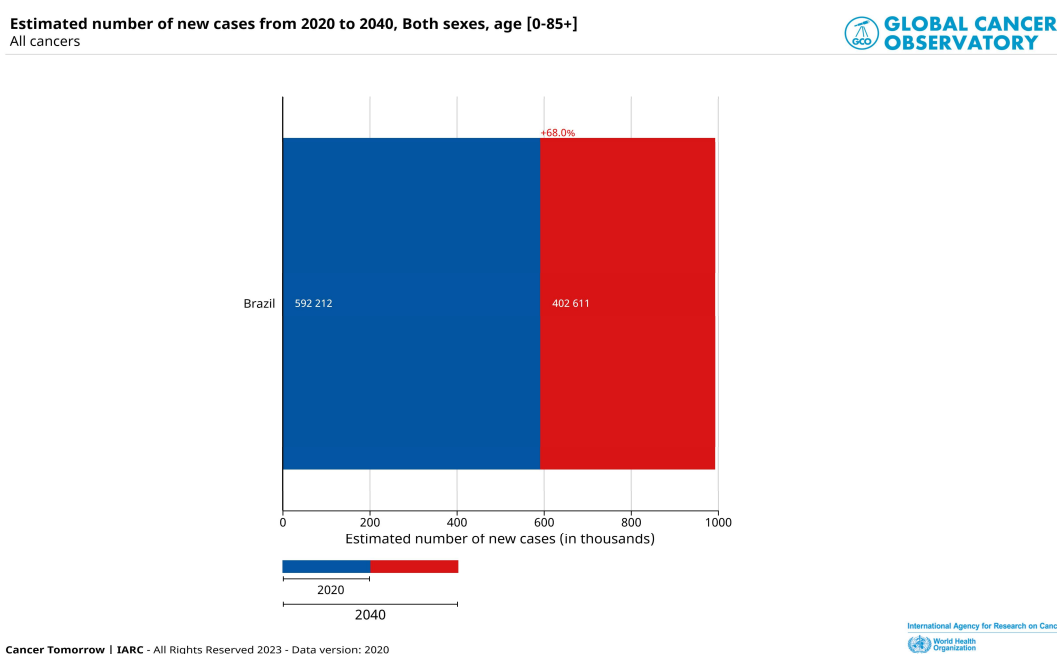
2 REFERENCIAL TEÓRICO

O derrame pleural resulta de um desequilíbrio entre a produção e a absorção do líquido pleural, gerando o acúmulo do mesmo na cavidade pleural. O derrame pleural maligno (DPM) é a causa mais comum de um derrame pleural maciço unilateral, e sua incidência está aumentando com o aumento da prevalência de câncer na população, associado as terapias mais eficazes contra o câncer, que prolonga a vida dos pacientes (ASCIAK; RAHMAN, 2018).

O controle do câncer hoje é entendido como um *continuum* de ações que têm início no controle das exposições aos fatores de risco, na detecção precoce da doença e nos cuidados paliativos, esses últimos compostos por diagnóstico, tratamento, seguimento durante o período de sobrevivência e cuidados de fim de vida para aqueles que não alcançam a cura ou o controle

da doença. Para o Brasil, a estimativa para o triênio de 2023 a 2025 aponta que ocorrerão 483 mil novos casos de câncer, se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma (CÂNCER, 2023). De acordo com a American Cancer Society, um em cada cinco indivíduos terão câncer durante sua vida (SIEGEL et al., 2022). Segundo a Agência Internacional de Pesquisa no Câncer (IARC), o Brasil terá uma estimativa de aumento de 68% no número de casos novos de câncer até 2040. (Figura 1)

Figura 1: Número estimado de novos casos de câncer no Brasil de 2020 para 2040, em ambos os sexos (todas as neoplasias malignas).



Fonte: IARC - 2023

O DPM é uma complicação comum da doença maligna, estando associado a 15% de todos os pacientes oncológicos, e frequentemente associado a dispnéia. Quando presente, indica doença avançada e denota pior prognóstico. A sobrevida mediana após o diagnóstico de DPM depende da malignidade subjacente e das comorbidades do paciente, podendo variar entre 3 e 12 meses. (FERREIRO et al., 2020)

O carcinoma de pulmão é a causa mais comum de derrame pleural, sendo responsável por quase um terço dos derrames metastáticos, seguido pelo câncer de mama e pelos linfomas. Tumores menos comumente associados à formação de líquido pleural neoplásico são os carcinomas de ovário e do trato gastrointestinal. Em 5% a 10% dos casos de derrame neoplásico o sítio primário não é identificado (TEIXEIRA; PINTO; MARCHI, 2006) (GROSU et al., 2018)

Uma análise retrospectiva, utilizando uma amostra do banco de dados de pacientes internados do Healthcare Cost and Utilization Project, mostrou que nos Estados Unidos, o DPM foi responsável por mais de 125.000 internações com uma despesa estimada de mais de 5 bilhões de dólares por ano para pacientes internados, associado a uma mortalidade hospitalar de cerca de 12% em 2012 (TAGHIZADEH; FORTIN; TREMBLAY, 2017). Dessa maneira, é visível que além da significativa mortalidade e morbidade associada aos DPMs, existe um encargo financeiro significativo para os sistemas de saúde (BANKA; GEORGE; RAHMAN, 2020).

A confirmação diagnóstica de derrame pleural neoplásico requer a demonstração citológica (no líquido pleural) ou histológica (no fragmento de pleura) de células neoplásicas. Portanto, algumas abordagens invasivas se fazem necessárias, sendo elas: toracocentese, biópsia pleural por agulha fechada (por ex. agulha de Cope), biópsia cirúrgica por vídeotoracoscopia.

O médico precisa considerar vários fatores quando confrontado com a escolha entre os diferentes métodos. Toracocentese diagnóstica e terapêutica é aspiração por agulha de líquidos/fluidos acumulados no espaço pleural e tem sido a intervenção inicial padrão desde o início do século 19, visto que a análise bioquímica inicial do líquido pleural consegue classificar este líquido em exsudato e transudato pelos Critérios de Light. Salvo algumas exceções, praticamente todos os pacientes que apresentam derrames pleurais devem, portanto, ser submetidos à aspiração pleural para categorizar os derrames em transudatos e exsudatos. Isso não apenas estreita o diagnóstico diferencial, mas também direciona investigações e condutas subsequentes (SKOK et al., 2019).

A biópsia pleural fechada requer anestesia local cuidadosa, podendo ser realizada a nível ambulatorial, e trata-se de biópsia da pleura parietal sem que haja visão direta da mesma. Tal procedimento fornece tanto líquido pleural quanto fragmento de pleura para análise laboratorial. Entretanto, quando comparada a toracocentese, apresenta maior potencial de complicação, sendo elas: pneumotórax, dor local, reação vasovagal com potencial síncope, hemotórax e hemorragia local com formação de hematoma (KOEGELENBERG; DIACON, 2011).

A toracoscopia permite a inspeção direta da pleura e biópsias realizadas sob visão direta, tendo rendimento diagnóstico superior ao da biópsia pleural fechada às cegas e toracocentese, mas o paciente precisa ser submetido a procedimento cirúrgico mais invasivo incluindo necessidade de análise de risco cirúrgico e estrutura hospitalar. Porém, tal procedimento abrange abordagem diagnóstica e terapêutica (quando indicada) por permitir a realização de pleurodese (SKOK et al., 2019).

A pleurodese é definida como fusão pleural parietal-visceral com obliteração concomitante do espaço pleural, impedindo o acúmulo de derrame pleural (PSALLIDAS et al., 2016).

Baseado na literatura, a efetividade diagnóstica da análise citológica inicial varia em torno de 63%, a biópsia da pleura parietal é efetiva entre 40% e 70% dos casos e a biópsia cirúrgica por toracoscopia apresenta uma efetividade diagnóstica acima de 95% (FERREIRO et al., 2020). Um estudo, realizado por Loddenkemper et al. em 208 derrames pleurais, demonstrou que a combinação das sensibilidades da citologia e da biópsia fechada foi de 74%, enquanto que a combinação dos três métodos foi diagnóstica em 97% dos casos (LODDENKEMPER, 1998).

O objetivo das terapias no DPM é aliviar os sintomas, principalmente a dispneia. Enquanto derrames assintomáticos requerem apenas observação, as opções terapêuticas para os DPM sintomáticos incluem toracocentese terapêutica de repetição, drenagem torácica com pleurodese, inserção de cateter pleural de demora ou cirurgia. A escolha terapêutica deve ser feita caso a caso, considerando fatores clínicos e preferências do paciente.

A trajetória dos cuidados paliativos pode ser acompanhada por um período de considerável sofrimento para os pacientes. A angústia pode ser de natureza física, psicológica e existencial, composta por fadiga, dor, tristeza e preocupação. Entre 30% e 40% dos pacientes em cuidados paliativos experimentam níveis agudos de morbidade psicológica (DHINGRA et al., 2018).

Portanto, considerando que o tratamento para tal enfermidade é paliativo e que as abordagens terapêuticas se baseiam na expectativa de vida, na sintomatologia e na doença de base; a busca por aprimoramento do fluxo de atendimento desses pacientes, nos permite oferecer uma atuação mais precoce, eficaz e humanizada, com impacto direto na qualidade de vida desses pacientes (ALEXANDRINO et al., 2022).

O conhecimento dos dispositivos de cuidados acionados pelo paciente e pela família no enfrentamento da doença nos permite adequar práticas e atingir resultados terapêuticos mais efetivos (MCCAULEY et al., 2021). Dessa forma, tal conhecimento, nos dá suporte para a avaliação da efetividade das redes de serviços e para a detecção de necessidades a serem consideradas no desenvolvimento de programas educativos em saúde, capacitação de profissionais e adequação de fluxos (CABRAL et al., 2011).

A metodologia utilizada neste projeto de intervenção, para o enfrentamento da situação-problema, está embasada em conceitos e ferramentas do enfoque estratégico situacional. Ela se concentra na análise das situações específicas e na adaptação de estratégias com base nas características únicas de cada contexto. Dessa forma, é particularmente útil quando se lida com situações complexas e em constante mudança, como é o caso das unidades de saúde, pois permite que as estratégias sejam ajustadas conforme necessário.

O Hospital Naval Marcílio Dias, situado no município do Rio de Janeiro, é uma Organização Militar (OM) subordinada a Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) que possui como missão contribuir para a eficácia do Sistema de Saúde da Marinha, prestando atendimento médico-hospitalar de média e alta complexidade, especializando o pessoal com a aplicação de cursos na sua área de competência e efetuando o planejamento e execução das atividades de pesquisa biomédica de interesse para o País.

O HNMD possui 581 leitos ativos, além de serviço ambulatorial, cirúrgico, ensino, pesquisa e emergência, tendo o SAE um volume médio de atendimento de 4mil pacientes por mês.

A Clínica de Cirurgia Torácica é subordinada ao Departamento de Cirurgia do HNMD e composta por 7 cirurgiões torácicos, dentre eles 5 militares da ativa e dois cirurgiões torácicos da reserva contratados por tarefa de tempo certo (TTC), sendo responsável por conduzir as abordagens invasivas diagnósticas e terapêuticas nos pacientes portadores de patologias pulmonares, mediastinais, de parede torácica e pleurais. Dentre essas, o derrame pleural, incluindo os derrames pleurais neoplásicos, tanto dos usuários do SSM situados na área do 1º DN quanto os demais pacientes que, por ventura, sejam encaminhados pelos outros distritos navais do país.

3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A situação-problema vivenciada nesse estudo é a fragilidade no fluxo de atendimento do paciente com derrame pleural neoplásico no HNMD.

Na área do 1º Distrito Naval, o usuário do Sistema de Saúde da Marinha recebe atendimento primário e secundário, por meio do SMI (Serviço de Medicina Integral), dos

ambulatórios periféricos e das policlínicas. Entretanto, as demandas de nível terciário e quaternário, além de casos emergenciais, são realizadas no HNMD. Portanto, pode-se considerar que boa parte do itinerário terapêutico do paciente portador de derrame pleural neoplásico ocorre dentro do HNMD.

Desta forma, realizou-se um levantamento informatizado seguido pela confecção de uma planilha com dados dos pacientes submetidos a análise de líquido pleural no HNMD entre outubro de 2022 e maio de 2023. Evidenciou-se que 35% dos pacientes com diagnóstico de derrame pleural neoplásico realizaram pelo menos duas consultas médicas no SAE antes de serem encaminhados a atendimento especializado. Outra informação atinente, refere-se ao fato de que apenas 16% dos líquidos pleurais malignos tem comprovação de positividade neoplásica por meio da análise citológica na primeira amostra coletada, podendo atingir no máximo 27%, quando estendemos para duas ou mais amostras analisadas do mesmo paciente, sendo um dado alarmante quando comparado a literatura, visto que esse percentual varia em média em torno de 63%. Portanto, constatou-se enorme fragilidade, e com grande potencial de melhora, no fluxo de atendimento desses usuários.

Após análise e discussão sobre a situação problema com minha equipe, foi possível identificar algumas causas para o problema, tais como: treinamento insuficiente da equipe médica da emergência do HNMD na condução dos pacientes com suspeita diagnóstica de derrame pleural neoplásico, cujo atendimento médico inicial se faça através do SAE, ausência de um fluxograma de atendimento dos pacientes com derrame pleural e a ampla divulgação do mesmo, demora na prontificação dos laudos citopatológicos e histopatológicos do material colhido nas toracocenteses e biópsias pleurais, baixa positividade nas análises laboratoriais de citologia oncótica do líquido pleural maligno, desinformação de alguns pacientes e familiares quanto a necessidade de procurar serviço especializado ao ser diagnosticado com derrame pleural, dificuldade de acesso dos usuários ao setor de imagem para agendamento e realização de tomografias computadorizadas de tórax, carência de capacitação do SMI para evidenciar pacientes com sinais de derrame pleural neoplásico, seguido de um direcionamento correto deste paciente.

Dentre as causas passíveis de governabilidade, duas são consideradas críticas: treinamento insuficiente da equipe médica da emergência do HNMD (pois esta é composta, em sua maioria, por médicos com pouco tempo de formado das mais diversas especialidades ou por residentes) e a baixa positividade nas análises laboratoriais de citologia oncótica do líquido pleural maligno, que apesar de ter seu processamento realizado por outro setor do hospital, inicia sua abordagem através da coleta realizada durante a toracocentese.

3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

O projeto de intervenção foi estruturado através da elaboração de matriz de programação de ações descrita nas tabelas abaixo.

Situação-problema:	Fragilidade no fluxo de atendimento do paciente com derrame pleural neoplásico no HNMD.
Descritor:	<ul style="list-style-type: none"> - 35% dos pacientes com diagnóstico de derrame pleural neoplásico realizaram pelo menos duas consultas médicas no SAE antes de serem encaminhados a atendimento especializado. - Apenas 16% dos líquidos pleurais neoplásicos tem positividade na análise citológica da primeira amostra coletada. - 27% dos líquidos pleurais examinados tornam-se positivos a partir de duas ou mais coletas analisadas do mesmo paciente.
Indicador:	<ul style="list-style-type: none"> - % dos pacientes com diagnóstico de derrame pleural neoplásico que realizaram pelo menos duas consultas médicas no SAE antes de serem encaminhados a atendimento especializado. (Fonte: AGHUSE- prontuário médico eletrônico utilizado no HNMD). - % de positividade na primeira análise da citologia oncótica dos derrames pleurais neoplásicos. (Fonte: COMPLAB- Sistema de fornecimento de laudos anatomopatológicos do HNMD) - % de positividade a partir da segunda análise da citologia oncótica dos derrames pleurais neoplásicos. (Fonte: COMPLAB- Sistema de fornecimento de laudos anatomopatológicos do HNMD)
Meta:	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir em 15% o percentual de pacientes com derrame pleural suspeito de neoplasia que necessitaram de duas consultas ou mais pelo médico não especialista em 1 ano. - Aumentar em 15% a comprovação de positividade da primeira análise de citologia oncótica dos derrames pleurais neoplásicos até Janeiro de 2024. - Aumentar em 20% a comprovação de positividade da segunda análise de citologia oncótica dos derrames pleurais

	neoplásicos até Julho de 2024.
Resultado esperado:	- Organização do fluxo de atendimento dos pacientes com derrame pleural neoplásico e conseqüentemente a qualidade de vida dos mesmos.

Causa crítica 1: Treinamento insuficiente da equipe médica da emergência do HNMD na condução dos pacientes com suspeita diagnóstica de derrame pleural neoplásico, cujo atendimento médico inicial se faça através do SAE (Serviço de Atendimento de Emergência).

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Elaborar organograma do fluxo de atendimento dos pacientes com derrame pleural suspeito.	Cognitivo Organizativo	Organograma do fluxo de atendimento dos pacientes com derrame pleural elaborado.	Outubro 2023	CC (Md)Lorena Fernandes
Divulgar amplamente o Organograma / Protocolo de Atendimento dos pacientes com derrame pleural através da página do HNMD e dos grupos de WhatsApp dos médicos que concorrem as escalas de serviço no SAE.	Organizativo	Protocolo de atendimento divulgado.	Dezembro 2023	CT (Md) Nunes
Elaborar palestra sobre o tema.	Cognitivo	Palestra elaborada sobre o tema.	Outubro 2023	CC (Md) Ferraz
Incluir no programa anual das palestras da Escola de Saúde da	Organizativo	Tema “Derrame Pleural Neoplásico” incluído no programa	Outubro 2023	CC (Md)Lorena Fernandes

Marinha (ESM) o tema “Derrame Pleural Neoplásico”		anual das palestras da ESM.		
Realizar palestras na Escola de Saúde da Marinha para todos os residentes e aperfeiçoando do HNMD.	Cognitivo	Palestras na Escola de Saúde da Marinha realizadas.	Novembro 2023	CC (Md) Ferraz
Realizar Workshop sobre “Derrame pleural e suas abordagens” com os residentes de cirurgia geral do HNMD que concorrem a escala de plantão na Emergência.	Cognitivo Organizativo	Workshop realizado.	Semestral (iniciando outubro 2023)	CT (Md) Ferraz
Monitorar as ações desenvolvidas no projeto.	Cognitivo	Ações desenvolvidas no projeto monitoradas.	Janeiro 2024	CC (Md) Lorena Fernandes

Causa crítica 2: Baixa positividade nas análises laboratoriais de citologia oncótica do líquido pleural maligno.

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Elaborar listagem dos exames padrões a serem solicitados nas análises laboratoriais de líquidos pleurais.	Cognitivo	Link de pedido padrões para análise de líquido pleural, no sistema AGHUSE elaborado.	Agosto 2023	CC (Md) Pachá

Solicitar inclusão, no sistema AGHUSE, link da listagem dos pedidos padrões para análise de líquido pleural.	Organizativo	Link de pedido padrões para análise de líquido pleural, no sistema AGHUSE incluso.	Setembro 2023	CC (Md) Pachá
Divulgar a existência do link, através de mensagem no Zimbra, para os demais Chefes de Clínica para que retransmitam a seus subordinados.	Organizativo	Existência do link divulgado.	Dezembro 2023	CC (Md) Lorena Fernandes
Diagnosticar, inicialmente, os gargalos nas coletas e análises dos líquidos pleurais através de reunião entre as chefias dos serviços de Cirurgia Torácica e Anatomia Patológica.	Cognitivo Organizativo	Gargalos nas coletas e análises dos líquidos pleurais diagnosticados.	Julho 2023	CC (Md) Lorena Fernandes
Disponibilizar à Chefia do Serviço de Patologia do HNMD a planilha confeccionada, com nome dos pacientes que obtiveram análises de líquido pleural falso negativas, entre os meses de outubro 2022 e maio-2023.	Organizativo	Planilha com os nomes de pacientes disponibilizadas à Chefia do Serviço de Patologia do HNMD.	Agosto 2023	CC (Md) Lorena Fernandes

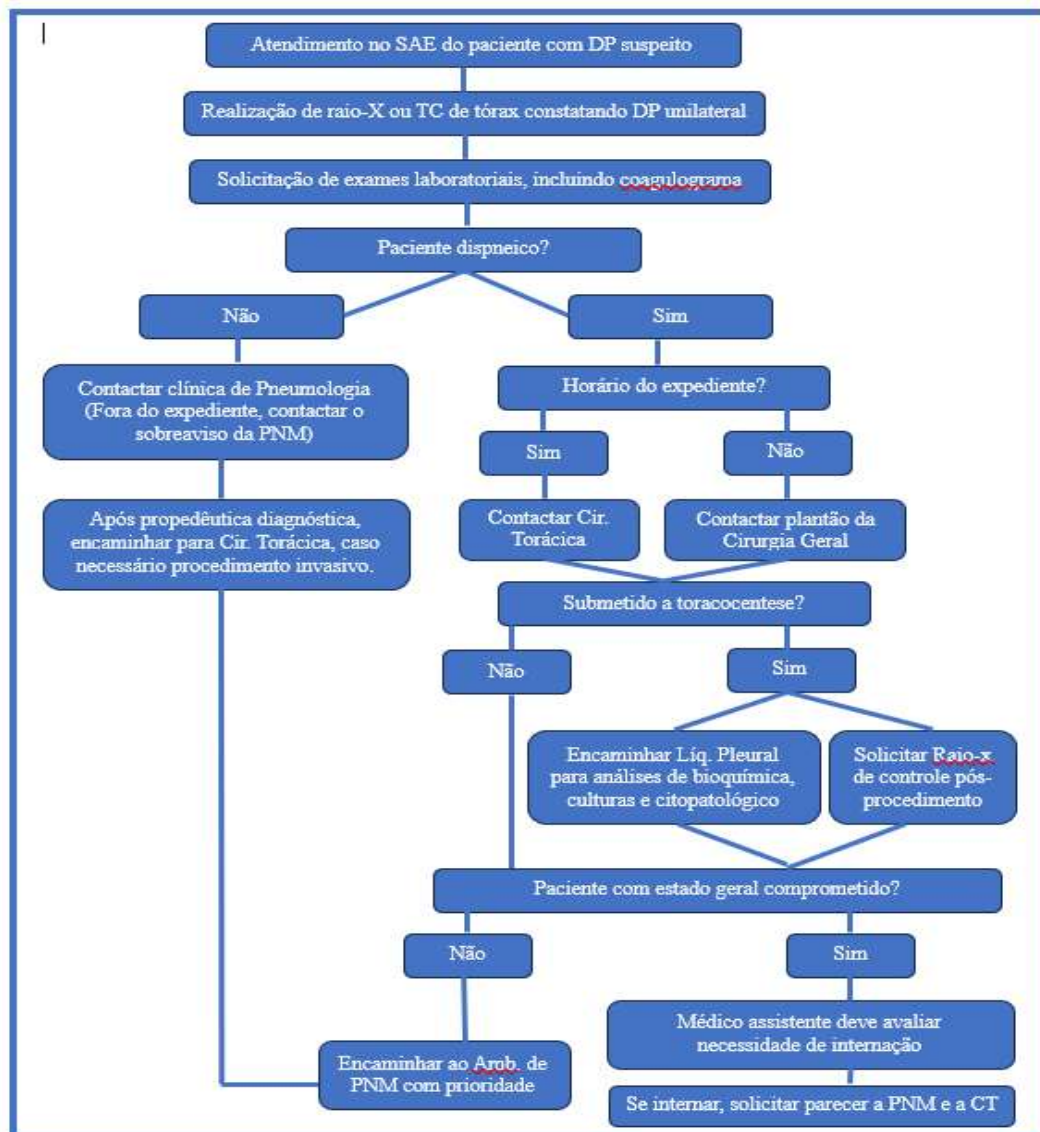
Realizar reuniões mensais com o Serviço de Patologia do HNMD para debater os laudos discordantes, buscando identificar pontos de melhora.	Organizativo	Reuniões mensais realizadas.	Agosto – Dezembro 2023	CC (Md) Pachá
Normatizar a solicitação das análises de Cell-block no líquido pleural suspeito de neoplasia.	Organizativo Financeiro	Análises de Cell-block no líquido pleural suspeito de neoplasia normatizadas.	Setembro-Dezembro 2023	CT (Md) Nunes
Monitorar as ações desenvolvidas no projeto.	Cognitivo	Ações desenvolvidas no projeto monitoradas.	Janeiro 2024	CC (Md) Lorena Fernandes

3.3 GESTÃO DO PROJETO

O gerenciamento, para realização das ações estruturadas na matriz, foi pautado em atividades iniciais fundamentais, como: reuniões com a equipe da Clínica de Cirurgia Torácica e reunião com a Chefia do Laboratório de Análises Anatomopatológicas do HNMD.

Foi pensado inicialmente a elaboração de um organograma para o fluxo de atendimento dos pacientes com derrame pleural suspeito de malignidade englobando as diversas possibilidades de acesso desse paciente ao HNMD. Entretanto, diante da identificação de que a maior demanda ocorre por intermédio do SAE, optou-se por priorizar este setor no momento de desenvolver o organograma (Figura 2).

Figura 2: Organograma do fluxo de atendimento dos pacientes com DP suspeito



Fonte: Elaboração própria.

Vale ressaltar que, ao longo das etapas de implementação das ações, a equipe obteve maior clareza de quais seriam as melhores abordagens nos treinamentos, quando foram incluídos nas reuniões alguns residentes de cirurgia geral que lidam diretamente com esses pacientes nos plantões da emergência (Figura 3).

Figura 3: Workshop sobre “Derrame pleural e suas abordagens” com os residentes de cirurgia geral do HNMD.



Ao iniciar a implementação de um projeto é frequente se deparar com algumas dificuldades, dentre elas, a resistência a mudanças. Remeto-me ao fato de que o atual sistema de prontuário informatizado do HNMD (AGHUSE), ainda não está completamente incluso em todos os setores do hospital, e nesse caso a referência é o Serviço de Anatomopatologia. Com isso, apenas o link com os pedidos de análise bioquímica do líquido pleural já foi incluso no sistema. Dessa forma, o retardo na adequação ampla desse sistema, prejudica a uniformização das solicitações e a checagem dos resultados. Porém, um “teste piloto” avaliando a implantação do AGHUSE no setor de anatomopatologia se iniciou em outubro de 2023.

Outro dado importante, se refere ao fato de que parte dos laudos de análises citopatológicas são realizados por laboratórios credenciados. Dessa forma, haverá necessidade de revisar as lâminas dos casos discordantes para que se possa ponderar a qualidade dos laudos ofertados diante do número de falsos negativos, podendo incorrer no descredenciamento de algum desses laboratórios.

Após implantação do fluxo e o treinamento inicial das equipes, novo levantamento dos dados dos pacientes portadores de derrame pleural neoplásico submetidos a análise, será

realizado e com isso novos indicadores serão coletados, sendo previsto que ocorra no mês de janeiro de 2024. Dessa forma, o impacto da intervenção aplicada poderá ser mensurado por meio da análise comparativa entre os indicadores coletados antes e depois da implantação das ações.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analogamente ao tratamento médico, que segue o ciclo: monitoramento de sintomas, diagnóstico da doença, prescrição do remédio, tratamento, monitoramento e avaliação dos resultados, a solução de problemas, por exemplo, também começa com a identificação do problema, o planejamento de uma solução, sua implementação, seu monitoramento e a avaliação de sua eficácia. (TRIPP, 2005)

Portanto, o foco norteador desse projeto de intervenção foi identificar hiatos no fluxo de atendimento dos pacientes com derrame pleural neoplásico no HNMD, com a intenção de organizá-lo, para que dessa forma, garantíssemos um melhor atendimento e direcionamento desses pacientes, trazendo ganho de qualidade de vida aos mesmos.

Diante da verificação dessa situação-problema, a Clínica de Cirurgia Torácica estruturou o projeto de intervenção com as seguintes metas: reduzir, no período de 1 ano, em 15% o percentual de pacientes com derrame pleural suspeito de neoplasia que necessitam de duas consultas ou mais pelo médico não especialista; aumentar em 15% a comprovação de positividade na primeira análise de citologia oncótica dos derrames pleurais neoplásicos até janeiro de 2024 e aumentar em 20% a comprovação de positividade a partir da segunda análise de citologia oncótica do paciente com derrame pleural neoplásico até julho de 2024.

Vale ressaltar que, a utilização da metodologia baseada no planejamento estratégico situacional somado a orientação pela escolha de uma situação problema dentro de minha área de atuação, com o enfrentamento de causas críticas com as quais tivesse governabilidade, permitiu uma maior integração da minha equipe de trabalho e uma maior facilidade em perceber o feedback de algumas ações implementadas.

Devido as ações ainda estarem sendo implementadas, os novos indicadores a serem utilizados para avaliar o alcance das ações diante das metas estabelecidas, estão previstos para serem inicialmente coletados em janeiro de 2024.

Desta maneira, ainda que esteja embrionária a solução da situação problema escolhida nesse projeto, considero que pequenas mudanças se somam em um processo contínuo de melhoria.

5 REFERÊNCIAS

ALEXANDRINO, A. et al. ITINERÁRIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO DE FAMILIARES E PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 38, 31 maio 2022.

ASCIAK, R.; RAHMAN, N. M. Malignant Pleural Effusion: From Diagnostics to Therapeutics. **Clinics in Chest Medicine, Interventional Pulmonology: An Update**. v. 39, n. 1, p. 181–193, 1 mar. 2018.

BANKA, R.; GEORGE, V.; RAHMAN, N. M. Multidisciplinary approaches to the management of malignant pleural effusions: a guide for the clinician. **Expert Review of Respiratory Medicine**, v. 14, n. 10, p. 1009–1018, 2 out. 2020.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4433–4442, nov. 2011.

CÂNCER, I. N. DE. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional De Câncer, 2023.

DHINGRA, L. et al. Symptom Distress Among Diverse Patients Referred for Community-Based Palliative Care: Sociodemographic and Medical Correlates. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 55, n. 2, p. 290–296, fev. 2018.

FERREIRO, L. et al. Malignant Pleural Effusion: Diagnosis and Management. **Canadian Respiratory Journal**, v. 2020, p. 2950751, 2020.

GROSU, H. B. et al. Sensitivity of Initial Thoracentesis for Malignant Pleural Effusion Stratified by Tumor Type in Patients with Strong Evidence of Metastatic Disease. **Respiration; International Review of Thoracic Diseases**, v. 96, n. 4, p. 363–369, 2018.

KOEGELENBERG, C. F. N.; DIACON, A. H. Pleural controversy: close needle pleural biopsy or thoracoscopy-which first? **Respirology (Carlton, Vic.)**, v. 16, n. 5, p. 738–746, jul. 2011.

LODDENKEMPER, R. Thoracoscopy--state of the art. **European Respiratory Journal**, v. 11, n. 1, p. 213–221, 1 jan. 1998.

MCCAULEY, R. et al. Mutual support between patients and family caregivers in palliative care: A systematic review and narrative synthesis. **Palliative Medicine**, v. 35, n. 5, p. 875–885, maio 2021.

PSALLIDAS, I. et al. Malignant pleural effusion: from bench to bedside. **European Respiratory Review**, v. 25, n. 140, p. 189–198, jun. 2016.

SIEGEL, R. L. et al. Cancer statistics, 2022. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 72, n. 1, p. 7–33, jan. 2022.

SKOK, K. et al. Malignant Pleural Effusion and Its Current Management: A Review. **Medicina**, v. 55, n. 8, p. 490, 15 ago. 2019.

TAGHIZADEH, N.; FORTIN, M.; TREMBLAY, A. US Hospitalizations for Malignant Pleural Effusions: Data From the 2012 National Inpatient Sample. **Chest**, v. 151, n. 4, p. 845–854, abr. 2017.

TEIXEIRA, L. R.; PINTO, J. A. DE F.; MARCHI, E. Derrame pleural neoplásico. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, p. S182–S189, ago. 2006.

TRIPP, D. Action research: a methodological introduction. **Educação e Pesquisa**, v. 31, 1 jan. 2005.

Site : <https://gco.iarc.fr/>