

na detecção precoce de eventuais reações adversas e outras complicações que podem ocorrer durante a infusão do hemocomponente, além de ser uma etapa prevista na legislação vigente e padrões de creditações como Associação Americana de Bancos de Sangue (AABB) e Joint Commission International (JCI). O monitoramento era evidenciado através do registro em um impresso próprio, em conjunto com o início e o término da transfusão, sendo a conformidade do processo de 96%. Com a migração para o prontuário eletrônico, houve a necessidade de elaboração de um relatório para análise dos dados do monitoramento. Quando o relatório foi criado, foi observado uma queda neste índice de conformidade do monitoramento, com a necessidade de ações de melhoria. **Objetivos:** Descrição de iniciativas realizadas pela equipe de enfermagem para melhoria da adesão à prática do monitoramento transfusional no prontuário eletrônico. **Material e Métodos:** Estudo observacional, descritivo realizado no período de janeiro de 2021 a julho de 2022 em um hospital terciário no estado de São Paulo. Os dados acerca do monitoramento transfusional do período do ano de 2020 foram divulgados inicialmente para as lideranças da oncologia, devido ao maior volume de transfusões nestas unidades. No ano de 2021 foi realizado um projeto *Green Belt*, utilizando a metodologia *Lean Six Sigma*, estendendo as ações para todas as unidades de internação da instituição. Foram realizadas ações relacionadas ao sistema informatizado (melhoria na visualização e registro das informações referentes à transfusão de hemocomponentes, criação de um plano de cuidados de enfermagem incluindo o monitoramento durante a transfusão e a hemovigilância durante 24 horas após o início da transfusão, envio de alertas pela central de monitoramento assistencial), ações educativas (treinamento de multiplicadores e das equipes de enfermagem envolvidas no monitoramento transfusional, com apoio do departamento de educação continuada), e ações de divulgação dos indicadores, com reconhecimento para as unidades que apresentarem melhor performance ao término do ano. **Resultados:** Houve um aumento de 40,3% nos índices de conformidade no monitoramento transfusional após a implementação das ações propostas. **Discussão:** A implantação do prontuário eletrônico trouxe impactos positivos para a prática transfusional, possibilitando automação de registro de dados, o que seria inviável com formulários físicos em papel. Os resultados do monitoramento são obtidos em tempo real e estão disponíveis para as lideranças consultarem como está o desempenho da sua unidade. Mesmo com as melhorias relacionadas à TI, o treinamento *in loco* foi fundamental para aumentar a adesão ao monitoramento, além de permitir a interação com as áreas e esclarecimento de diversas dúvidas relacionadas ao processo transfusional. **Conclusão:** O monitoramento é uma etapa crítica do processo transfusional, e que depende do esforço e comprometimento das equipes do Banco de Sangue, assistencial e educação continuada. Os índices de conformidade devem ser acompanhados continuamente e divulgados para conhecimento das equipes envolvidas, e a adoção de ações de melhoria deve acontecer sempre que necessário.

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOHEMATOLÓGICOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM A APLICAÇÃO DO SISTEMA PROPOSTO POR DINI

JL Teodoro, S Bortoli, V Sonaglio, TP Carocchini, E Soares, KSS Almeida, EG Melo, SS Campos

Hospital da Criança - São Luiz, Jabaquara, SP, Brasil

Introdução: A classificação de pacientes oncopediátricos é um grande desafio na prática assistencial, visto a falta de referenciais teóricos para este público e a complexidade destes pacientes. Porém, é uma importante ferramenta para alocar os recursos humanos necessários, bem como, os subsídios para as decisões na gestão do cuidado. **Objetivo:** Analisar a aplicabilidade do sistema de classificação de DINI em uma unidade de internação oncopediátrica, desde julho de 2021. **Relato de experiência:** No instrumento de classificação proposto por DINI (2007), são apresentados onze indicadores de demanda de enfermagem com as atribuições numéricas de 1 a 4. Na instituição, todos os pacientes devem ser avaliados no momento da admissão. Uma nova classificação é realizada a cada 24 horas de internação ou se piora do quadro clínico. De acordo com os itens, no indicador de atividade, é possível classificar o paciente de acordo com o seu quadro responsivo. No intervalo de aferição dos controles, todos os pacientes oncohematológicos devem receber aferição de sinais vitais a cada 4 horas, configurando 2 pontos na classificação. Caso este paciente apresente alterações no PEWS, esse intervalo é reduzido a depender do quadro clínico, com consequente aumento de pontuação. Em relação a oxigenação, é possível classificar a depender do suporte de oxigenoterapia. Na terapêutica medicamentosa, esses pacientes já recebem a pontuação máxima por estar em uso de quimioterapia antineoplásica. Porém, não é possível demonstrar uma maior complexidade no uso de outras modalidades de tratamento ou em uma emergência oncológica. Durante a avaliação da integridade cutâneo mucosa, a pontuação é de acordo com as condições clínicas da criança. No item de alimentação e hidratação, a pontuação máxima se refere aos pacientes em uso de nutrição parenteral, dificuldade de deglutição ou risco de aspiração, sendo possível correlacionar com os casos de mucosite oral e/ou odinofagia. No item de eliminações, sua pontuação é limitada ao uso ou não do vaso sanitário e de sondas/ estomas, impossibilitando uma maior pontuação devido a demanda na mensuração para o balanço hídrico. No item de higiene corporal, o paciente será pontuado conforme banho de aspersão, imersão ou cadeira, e também, levando em consideração o seu grau de dependência para essas atividades. Na mobilidade e deambulação, se faz necessário, um olhar crítico e a expertise do enfermeiro para correlação com os graus de fadiga. Na participação do acompanhante, as pontuações são de acordo com o envolvimento durante o cuidado, possibilitando graduar de acordo com o nível de adesão ao tratamento e as orientações da equipe. E por fim, a avaliação de rede de apoio e suporte, com um olhar para a presença de acompanhantes. **Conclusões:** Podemos identificar que a classificação proposta por DINI é aplicável e têm

sido uma importante ferramenta para graduação de complexidade em pacientes oncopediátricos. Porém, devido as múltiplas demandas assistenciais, mais estudos são necessários para avaliar o impacto da sua aplicação em pacientes submetidos a outras modalidades de tratamento oncológico/oncohematológico, de acordo com a toxicidade e complicações da doença de base.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.1011>

UTILIZANDO O CICLO PDSA NO CONTROLE DA DOR DO PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

JL Teodoro, S Bortoli, V Sonaglio, TP Caroccini, E Soares, KSS Almeida, EG Melo, MC Silva

Hospital da Criança - São Luiz, Jabaquara, SP, Brasil

Introdução: A dor oncológica é multifatorial, podendo estar relacionada a lesão tumoral, secundária as complicações do tratamento, ou ainda, aos procedimentos com finalidade diagnóstica/terapêutica. A não valorização das queixas de dor, falta de expertise profissional e disponibilidade de múltiplas escalas, são fatores que podem levar a um subtratamento e uma experiência negativa para o paciente. **Objetivo:** Utilizar o modelo PDSA para otimizar o manejo da dor do paciente pediátrico em um hospital de grande porte em São Paulo. **Relato de experiência:** Com a mudança de perfil epidemiológico da instituição e crescimento do número de pacientes oncológicos, bem como, a necessidade de melhorar o manejo da dor pediátrica, foi proposto um ciclo PDSA. Na etapa 1, PLAN, foi aplicado um questionário para a equipe de enfermagem, com a pergunta: “Quais as principais dificuldades no atendimento do paciente com dor?” Os três principais resultados foram: demora para a prescrição médica (47%), dificuldades para identificar o quadro de dor (13%) e falta de medicação no dispensário/ demora na entrega (10%). Planejamos a consolidação dos instrumentos de avaliação da dor e do plano terapêutico multiprofissional, bem como, o reforço da importância do registro adequado da equipe. Na etapa 2, DO, em agosto de 2021 foi iniciado as auditorias quinzenais nos prontuários eletrônicos. A unidade de escolha foi a 3ª pediatria, local onde as crianças com diagnóstico oncológico e oncohematológico estão alocadas. Também nessa etapa, fortalecemos as discussões dos casos na visita multidisciplinar e do acionamento da equipe de dor nos casos crônicos e de difícil manejo, revisão do protocolo de dor e treinamento das equipes com temas de impacto para a sua adesão. Na etapa 3, STUDY, foi evidenciando através dos resultados das auditorias, as oportunidades de melhoria. Do dia 31/08/2021 a 15/03/2022, tivemos quatorze auditorias, com uma média de 44% de conformidade na escolha da escala, 73% na reavaliação da dor em até uma hora e 96% na analgesia. Quanto a pontuação nas respostas do HFOCUS no item “a dor sempre foi controlada”, tivemos uma média de 62% na qualidade percebida. Ainda na etapa 3, identificamos a necessidade de novos treinamentos com foco na indicação das

escalas e das ferramentas de comunicação e educação em saúde. E por fim, na fase 4, ACT, adotamos o fortalecimento das práticas assistenciais de analgesia; escolha adequada de escalas para a classificação de dor; manter as auditorias de prontuário eletrônico; intensificar a adesão ao planejamento terapêutico da equipe assistencial; adequar a lâmina de orientação disponível para os funcionários e fortalecimento da comunicação na orientação dos responsáveis pela criança. Os nossos próximos passos serão o aperfeiçoamento das estratégias de comunicação durante a orientação dos acompanhantes/ pacientes; manejo da dor oncológica e o manutenção das bombas de analgesia. **Conclusões:** Identificamos que com o ciclo de PDSA tivemos uma importante melhora no manejo da dor do paciente pediátrico, porém, rodaremos esse ciclo de melhoria por mais 6 meses, visando uma melhor efetividade nos processos para o controle e manejo da dor.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.1012>

CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM PACIENTES COM DOENÇAS HEMATOLÓGICAS: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL DE ENSINO NO BRASIL

ABD Santos^a, APG Vieira^a, BKL Duarte^a, ET Andrade^a, ER Luca^a, PS Urquiza^a, DFDS Alves^b

^a Hospital de Clínicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

^b Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Objetivos: Descrever a experiência de um hospital de ensino com a utilização do cateter venoso central de inserção periférica em pacientes com doenças hematológicas. **Material e Métodos:** Estudo observacional, descritivo, conduzido em um hospital de ensino, de atendimento quaternário no interior do Estado de São Paulo, Brasil. Os dados foram coletados por meio de consulta a base de dados de pacientes adultos, com idade superior a 18 anos e doenças hematológicas, que utilizaram o cateter venoso central de inserção periférica para a terapia intravenosa. As variáveis incluíram sexo, idade, tipo de cateter, número de lúmens, sítio de inserção e veia selecionada para punção, número de punções, método de inserção, motivo de indicação do cateter e taxa de sucesso na inserção. Os resultados foram apresentados de acordo com a frequência absoluta (n) e relativa (%). Os dados de identificação dos pacientes foram anonimizados para a análise descritiva. **Resultados:** No período de 25 de dezembro de 2017 a 13 de julho de 2022, foram inseridos 124 cateteres venosos centrais de inserção periférica em pacientes com doenças hematológicas. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (n=66, 53,2%), na faixa etária dos 31 aos 60 anos (n=79, 63,7%), com diagnósticos de leucemia mielóide, linfoma e mielomas múltiplo. A principal indicação para o uso do cateter venoso central de inserção periférica foi para a administração de quimioterápicos e medicamentos vesicantes (n=93, 75,0%), seguida por antibioticoterapia prolongada (n=21, 16,9%), nutrição parenteral (n=8, 6,4%) e falência da rede venosa