



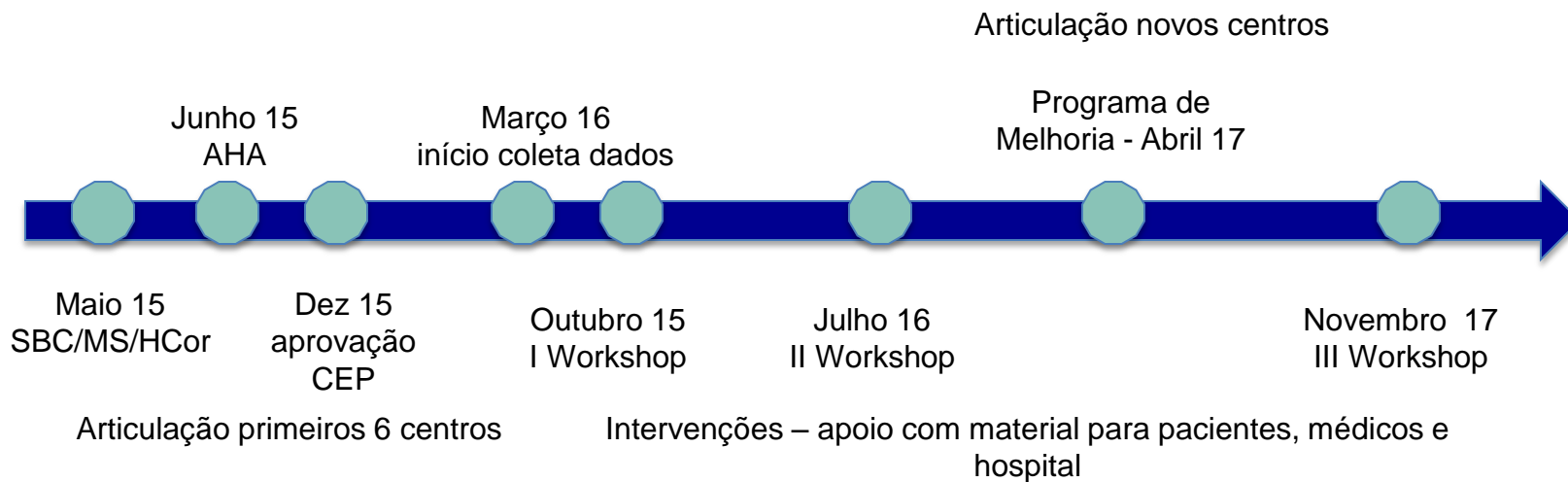
# Resultados do Programa BPC 2017

Pesquisador Principal – BPC Brasil

Fábio P. Taniguchi



# Marcos do Programa BPC Brasil

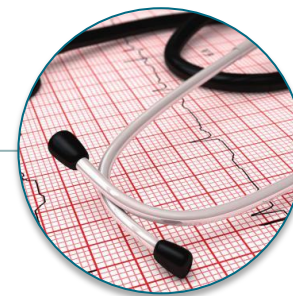




Insuficiência  
Cardíaca



Síndrome  
Coronariana  
Aguda



Fibrilação  
Atrial

# Programa BPC Brasil



← → bcp.hcor.novatela.com.br




App: Dell Sistema de Chamados... FIT Plataforma Intogr... Intranet HCor > Home [Z] Zimbra: Excever Plataforma Brasil BPC Project - Design...

**BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS EM CARDIOLOGIA**

## Sobre o Projeto Boas Práticas Clínicas em Cardiologia

O Projeto Boas Práticas Clínicas em Cardiologia tem por objetivo avaliar as taxas de adesão às Diretrizes Assistenciais de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), Insuficiência Cardíaca (IC) e Fibrilação Atrial (FA) da Sociedade Brasileira de Cardiologia em instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) antes e após a implementação de um Programa de Boas Práticas Clínicas em Cardiologia (BPOC) adaptado do programa Get with the Guidelines da American Heart Association (GWTG8) e do Programa de Melhoria de Qualidade Assistencial do HCor. Dessa forma estarão contempladas 3 situações estratégicas assistenciais, cada uma representada por nosologia fortemente representativa do atendimento cardiovascular: a) ambiente de emergência (SCA), b) ambiente de internação hospitalar (IC) e c) ambiente ambulatorial do hospital (FA). Espera-se que com a implementação deste programa os hospitais melhorem as taxas de adesão às diretrizes de cardiologia em pelo menos 10%, idealmente atingindo uma meta 85% de adesão global às recomendações. Refletindo assim na otimização da utilização de recursos hospitalares, melhorando a prática assistencial e contribuindo para redução das readmissões hospitalares e morbimortalidade do paciente.

### Estudos Clínicos

 <b>IC</b> Indicadores de Desempenho na Insuficiência Cardíaca <a href="#">LEIA MAIS ...&gt;</a>	 <b>FA</b> Indicadores de Desempenho na Fibrilação Atrial <a href="#">LEIA MAIS ...&gt;</a>	 <b>SCA</b> Indicadores de Desempenho na Síndrome Coronariana Aguda <a href="#">LEIA MAIS ...&gt;</a>
--	---	---

[Clique para efetuar o Login](#)

Desenvolvido por NovaTela Solutions © 2016

# Programa BPC Brasil



BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS EM  
CARDIOLOGIA

bcp.hcor.novatela.com.br

Sistema de Chamados... FIT Plataforma Integ... Intranet HCor > Home [Z] Zimbro: Escrive...



Sobre o Projeto Boas Práticas Clínicas em Cardiologia

O Projeto Boas Práticas Clínicas em Cardiologia tem por objetivo avaliar as taxas de adesão Saúde (SUS) antes e após a implementação de um Programa de Boas Práticas Clínicas em Car contempladas 3 situações estratégicas assistenciais, cada uma representada por nosologia forte a implementação deste programa os hospitais melhoram as taxas de adesão às diretrizes de ca prática assistencial e contribuindo para redução das readmissões hospitalares e morbi-mortalidade

Estudos Clínicos



IC

Indicadores de Desempenho na Insuficiência Cardíaca

LEIA MAIS... >

Desenvolvido por NovaTela Solutions © 2016



BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS EM  
CARDIOLOGIA

Pendências

Olá, Fabio Taniguchi

Paciente

Centro

Relatórios

## Indicadores

De: 08/2016

Até: 09/2017

Filtros T

Estudo: SCA

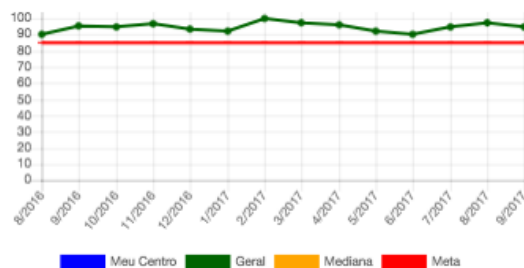
Inserir Indicadores: [Selecione abaixo os indicadores...]

Exportar para Excel

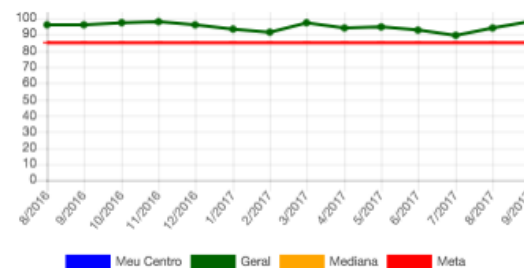
Limpar Filtro

## Desempenho

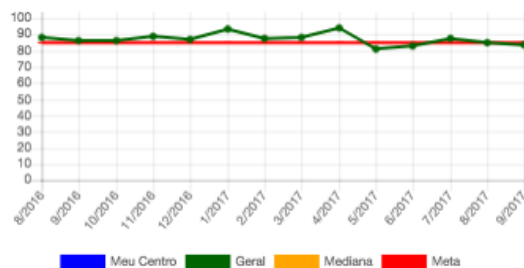
### Aspirina precoce



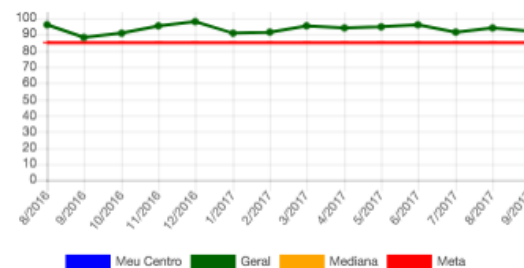
### Aspirina na alta hospitalar



### Betabloqueador na alta



### Estatina na alta hospitalar



# Programa BPC Brasil



Home Newsletters Documentos - Aulas Indicadores Hospitais Participantes Comissões Contato

## Qual a importância do Programa BPC?





# Programa BPC Brasil



SBC/AHA/HCor

## Roteiro Visita Técnica

UFMG

02/03/2016

BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS EM  
CARDIOLOGIA

**ROTEIRO VISITA CENTROS BPC**

**Objetivo:** conhecer os hospitais participantes do Programa BPC em suas características estruturais, organizacionais e resultados alcançados para, a partir dessa compreensão, identificar pontos de êxito e replicar as melhores práticas e transferir para a realidade dos profissionais de doutorado ou a inclusão de pacientes no programa.

**Programa:**  
 08/09/2016 - UFMG  
 08:30 - Chegada ao hospital  
 09:30 - 01 hora de apresentação objetiva de visita (Dr. Tom, Dr. Luis e equipe e diretoria do hospital)  
 09:50 - 10:30h - Visita técnica ao hospital  
 10:30h - 11:00h - Almoço BPC: treinamento paralelo, após aprovação CRP que faz o BPC, criação de lista, designação para apresentação, quem falar  
 12:30-13:30h - Almoço  
 13:30 - 14:00 - Apresentação da Plataforma (Dr. Tom e Dr. Luis)  
 14:00 - 14:30 - Dinâmica, perguntas e respostas durante a visita  
 14:30 - 15:00 - Partilhado

**Conteúdo:**  
 Estrutura e por dentro qualquer fator limitante do que constitui o desempenho de profissionais de doutorado de doutorado de IC, de IC, de IC. Foco no conhecimento por: infraestrutura, tecnologia de hospital, área de conhecimento de medicina, problemas de implementação de implementação, diferenças de implementação e resultados de implementação, aspectos de implementação, eficiência na prestação de serviços, sustentabilidade organizativa, e aspectos técnicos de profissionais e que envolvem fatores de alta eficiência, conhecimento, atitude e comprometimento.

**O roteiro abaixo contempla 4 em três aspectos de avaliação de qualidade estrutural:**  
 Estrutura (E) - Recursos humanos e materiais disponíveis (dotar, equipamentos, força de trabalho);  
 Processos (P) - Métodos e sequência de ações que promovem resultados em eficiência e saúde (classificação de risco, taxa de espera, segurança e qualidade);  
 Resultados (R) - Análise de custos, indicadores de saúde, indicadores de morbi-mortalidade (parâmetros, tempo de permanência, taxa de ocupação, mortalidade hospitalar).

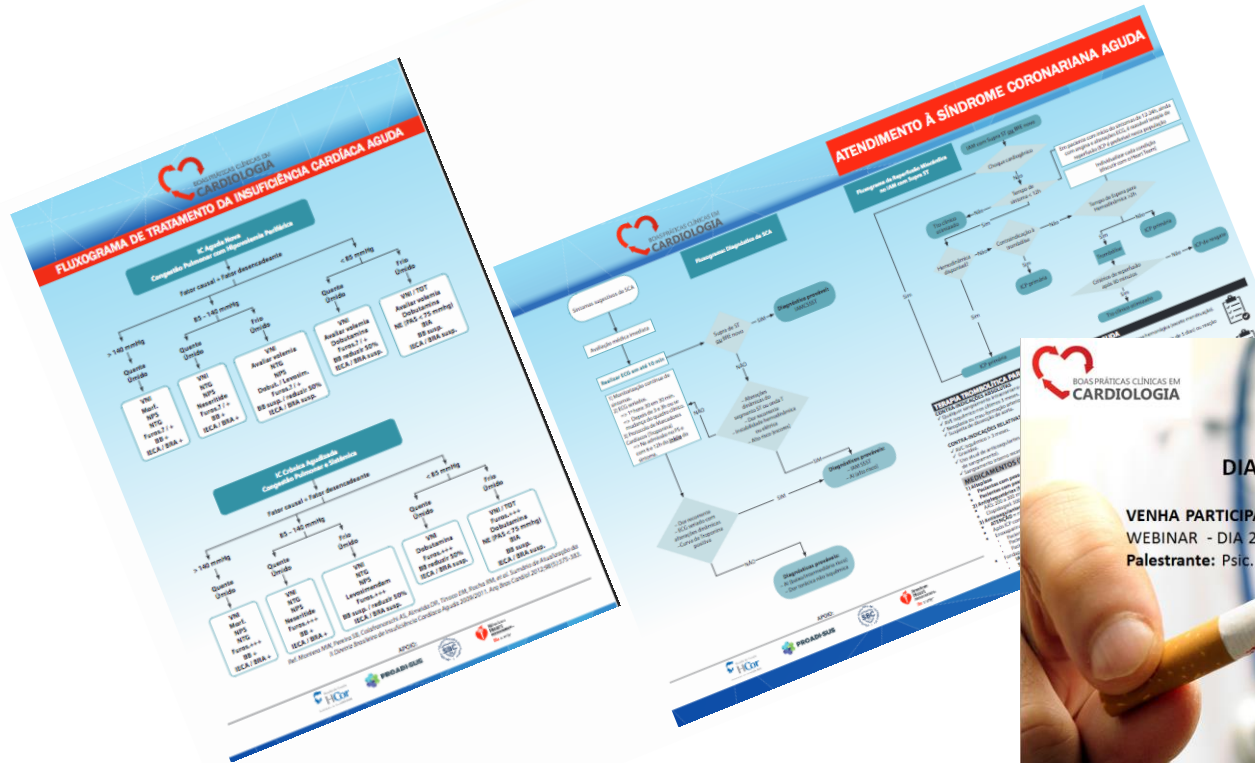
**Diagnóstico Hospitalar**

(E) Em seu hospital há pessoas dedicadas à educação continuada de seus funcionários?  
 (P) Existe programa de melhoria contínua e como melhorá-lo em seu hospital?  
 (R) Existem práticas clínicas ou protocolos padronizados em seu hospital?  
 (E) Os seus hospitais possuem algum processo de certificação de Qualidade? Se sim, qual? Se não, qual a certificação?  
 (P) Quais os principais indicadores institucionais para gerar a prática clínica?  
 (R) Quais profissionais estão envolvidos no processo?  
 (E) Como são distribuídos os recursos em seu hospital (IC, PA, UCI)?  
 (R) Em qual hospital a qualidade é melhor avaliada?

**Exemplos**

(E) Como é realizado a identificação dos pacientes? (paciente, no leito, central)  
 (P) Existe identificação de risco na admissão do paciente no seu hospital?  
 (R) Quais práticas foram usadas no tempo de internamento para pacientes de alta, média ou baixa complexidade?  
 (E) Qual tempo de espera para entrega de resultado laboratorial no urgência?  
 (R) Quais as principais causas de pacientes atendidos por telemedicina cardíaca no seu hospital?  
 (E) Quanto tempo o paciente aguarda no PE um leito para internação?  
 (R) Os seus hospitais disponibilizam serviços de apoio diagnóstico pré e ou pós-operatório?  
 (E) Qual a taxa de satisfação por IC incorporadas?

# Programa BPC Brasil



**BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS EM  
CARDIOLOGIA**

**DIGA NÃO AO TABACO  
DIA NACIONAL DE COMBATE AO FUMO**

**VENHA PARTICIPAR:  
WEBINAR - DIA 29 de AGOSTO de 2016, às 17:30h  
Palestrante: Psic. Dra. Silvia Cury (Hospital do Coração/HCor)**

**Não fique fora desta luta!**

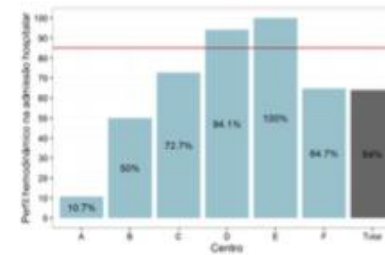




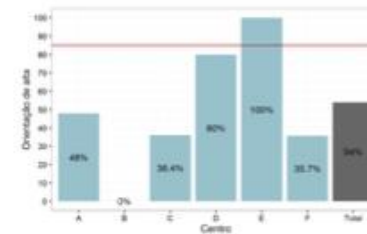
Relatório BPC (Fase 1 - Ajustes)

## 2.2 Indicadores de Qualidade

- 1) **Definição do perfil hemodinâmico na admissão hospitalar:** % de pacientes com documentação em prontuário médico do perfil hemodinâmico à admissão hospitalar, os quais incluem quente-congesto, frio-congesto, frio-seco.



- 2) **Orientações de alta:** % de pacientes que receberam orientações escritas ou material didático. Essa orientação deve ser aplicada na alta ou durante a internação abordando as seguintes características: atividade física, dieta, terapia medicamentosa, ida às consultas de acompanhamento médico, controle de peso, e o que fazer se os sintomas piorarem.



# Programa BPC Brasil



## Advisory Board International Membership

Melhores práticas para gerar valor a longo prazo

### THE CHANGING DOCTOR WORKFORCE

The general practitioner (GP) workforce has undergone tremendous change—significant demographic shifts, an onslaught of practice changes that have increased the complexity of the role, and an unprecedented push to manage more patients in the community and report on the care provided. Given these changes, it is no wonder so many GPs report burnout.

In light of these changes and resulting challenges, GPs are looking for solutions and engaged to transform how they practice care. But they get stuck on their own. This situation presents an exceptional opportunity for hospitals, health systems, and payers to consider how they can partner with GPs in the transformation of primary care.

#### CHANGING Demographics and Priorities

Demographics are changing, and doctors' longer working lifespans, Millennials and Gen Zs' higher career expectations, and GP pay increasingly being employment cost-saving from their practices.

**A New Demographic Profile**  
REPRESENTS DISTRIBUTION OF US DOCTORS BY AGE AND GENDER

**New Market Complexities**  
New Market Complexities Facing to GPs  
Secondary Care Shifted to Community

Country	Average Hospital Cost	Avg. 90-90 Day Patients	Patients Meeting Value-Based System	
United States	\$11,000	6.6	16	20%
Spain	8.9	6.0	360	60%
United Kingdom	8.1	5.2	87	40%

**Rising Prevalence of Multimorbidity**  
PREVALENCE OF MULTIMORBIDITY IN ADULTS WITH WELL-DEFINED "DIAGNOSIS"

**New Graduates Prioritize Lifestyle**  
RESIDUES RANKED MOST IMPORTANT IN NEW GRADUATES' LIVES

**Time-Consuming EMRs**  
45 Average minutes per day (primary care doctors) spent using their EMRs

#### CHANGING Job Complexity

Local responsibilities of many medical and allied health professions are being transferred to GPs, increasing patient safety and quality. Patients are more complex, and EMRs take the time of the working. 80% of those having made the GP role more complex.

**Sample Payer Incentives to GPs**

Country	Minimum amount group or offering to GP/primary care	Amount offered under primary care capitated programs for GPs and primary care physicians	Amount of capitated program for GP/primary care physicians
United Kingdom	£1,000	£500	20,000
Australia	\$200	\$100	\$100
New Zealand	\$100	\$50	\$50

**Watch in a Sea of Quality Targets**  
Range of number of indicators and/or measures used to track quality

**Quality Data Comes at a Cost**  
\$50K  
Average primary care practice annual expenditure on tracking and reporting quality measures

**LAND MINES**  
81% Respondents reporting that they were more or less satisfied with their quality reporting tool (survey app)

#### FUELLING Primary Care Transformation

There are significant opportunities to improve GPs. Overcoming this requires a combination of strategy, while changes are made, they must be supported by their challenges. The more you can partner with primary care to maximize its transformation.

**GP Burnout - A Growing Concern**

**FOUR WAYS TO TRANSFORM PRIMARY CARE**

1. PARTNER across the care continuum
2. IDENTIFY commonalities of practice
3. EXTEND the care team
4. CREATE new care models

**Advisory Board International** Global Forum for health care innovators

Learn more about how to effectively partner with primary care [www.advisoryboard.com/primary](http://www.advisoryboard.com/primary)



# Programa BPC Brasil



- Cerca de 90 pessoas diretamente relacionadas ao projeto
- Horas do trabalho equipe Hcor 6,5 mil horas
- Financiamento HCor/PROADI –SUS E AHA



# Resultados 2017



**-Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
-UFRGS**

Dr. Luis Eduardo Paim Rohde

**Hospital São Paulo-UNIFESP**

Dr. Ângelo Amato Vicenzo de Paola

**-Hospital Universitário Pedro Ernesto  
UERJ**

Dr. Denílson Campos de Albuquerque

**-Hospital Das Clinicas - UFMG**

Dr. Luiz Guilherme Passaglia

**-Hospital Procape – Universidade  
Federal de Pernambuco**

Dr. Sergio Montenegro

**-Hospital de Messejana**

Dr. João David de Souza Neto

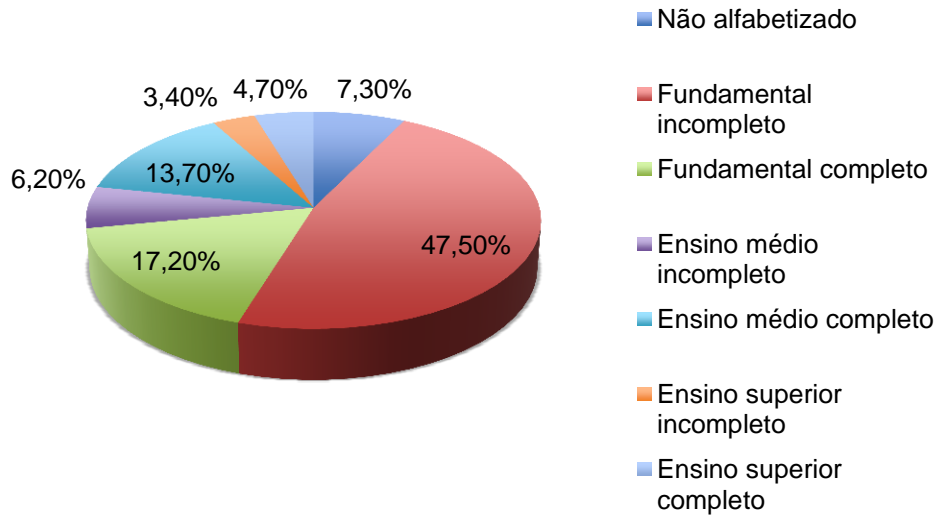


## Dados Demográficos - BPC

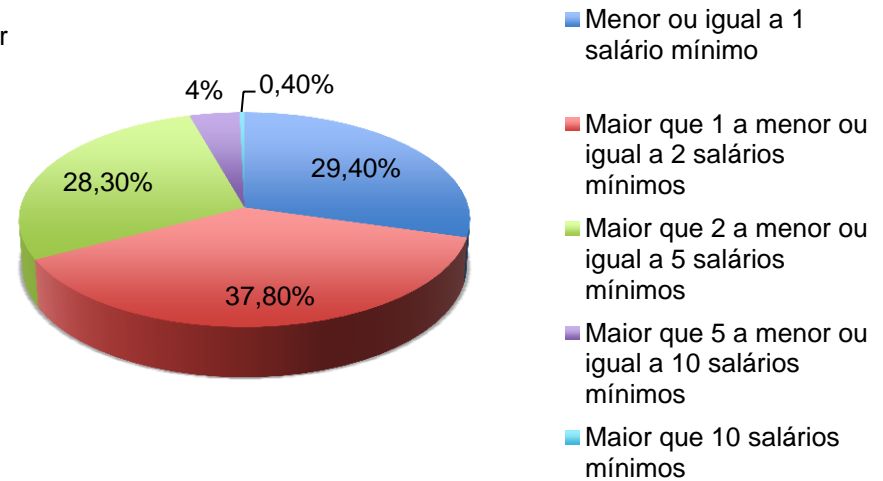
	<b>Total (n=2235)</b>
Idade	
mediana [quartis]	62,5 [54,1 - 70,6] (n=2235)
Sexo: Masculino	1310 / 2235 (58,6%)
Raça	
Branco	43,40%
Pardo	42,10%
Negro	12,50%
Amarelo	1,20%
Indígena	0,80%



## Grau de Escolaridade



## Renda Familiar



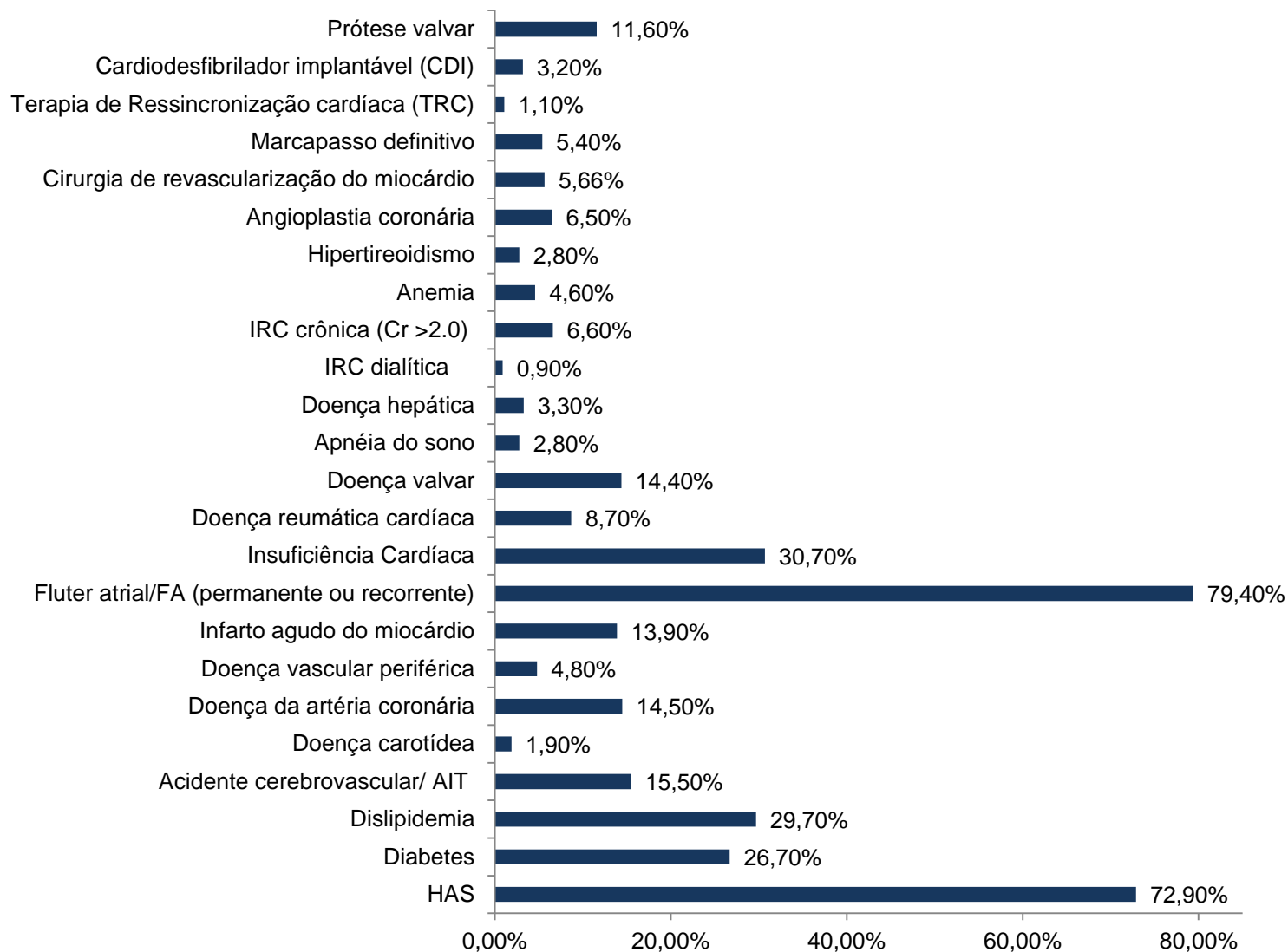


## Fibrilação Atrial

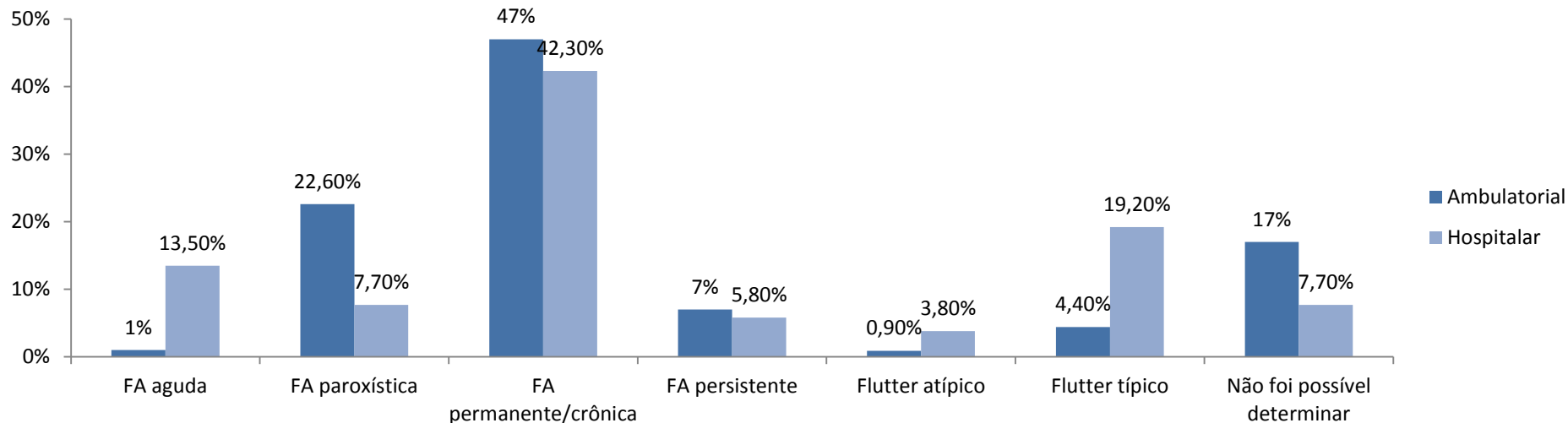
## Dados Demográficos - FA

	<b>Total (n=818)</b>
Idade	
mediana [quartis]	66.8 [58.1 - 74.3] (n=818)
Sexo; Masculino	441/818 (53.9%)
Raça	
Branco	397/818 (48.5%)
Pardo	307/818 (37.5%)
Negro	97/818 (11.9%)
Amarelo	11/818 (1.3%)
Indígena	6/818 (0.7%)

## História Médica- FA



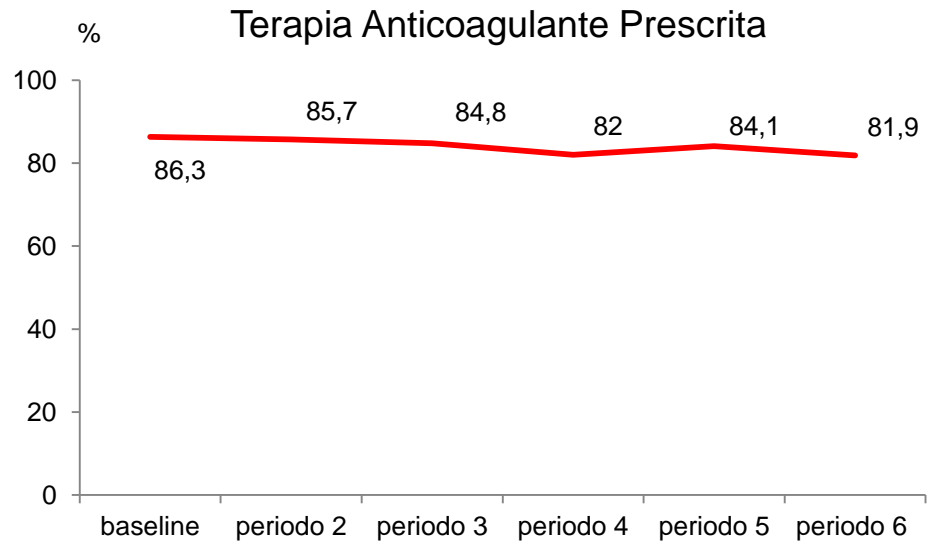
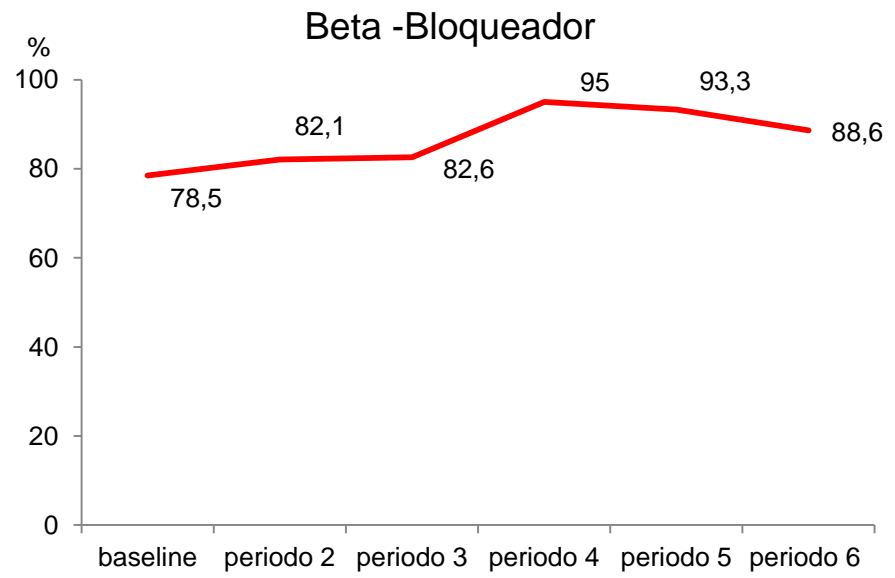
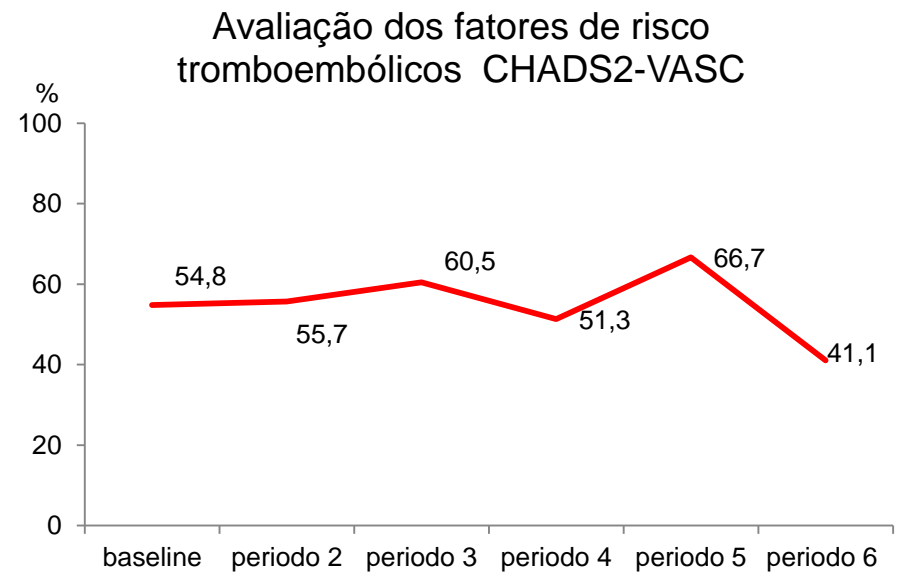
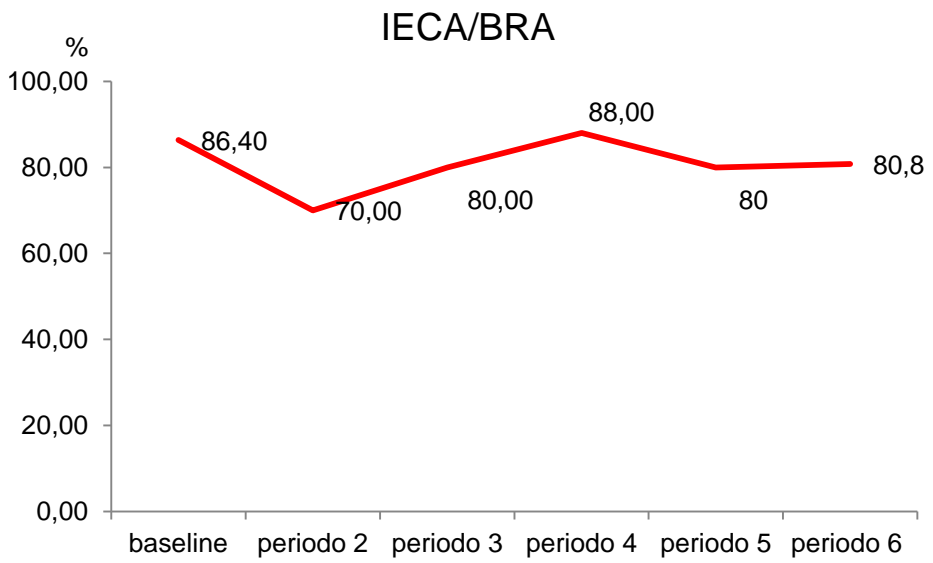
## Tipos de FA



	Ambulatorial	Hospitalar
<b>FEVE (%)</b> mediana [quartis]	60 [45 - 68] (n=528)	58 [45.2 - 63.8] (n=38)
<b>Tamanho do AE</b> mediana [quartis]	45 [40 - 51] (n=494)	46 [41 - 55] (n=37)
<b>CHADS2-VASc</b> mediana [quartis]	3 [2 - 4] (n=637)	3 [2 - 4] (n=39)
<b>HAS-BLED</b> mediana [quartis]	1 [1 - 2] (n=268)	2 [1 - 3] (n=32)



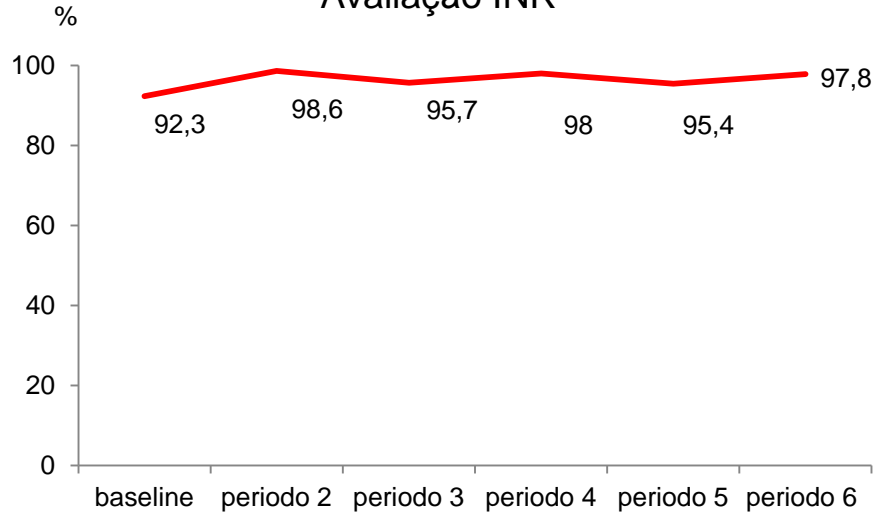
# Indicadores de Desempenho – FA



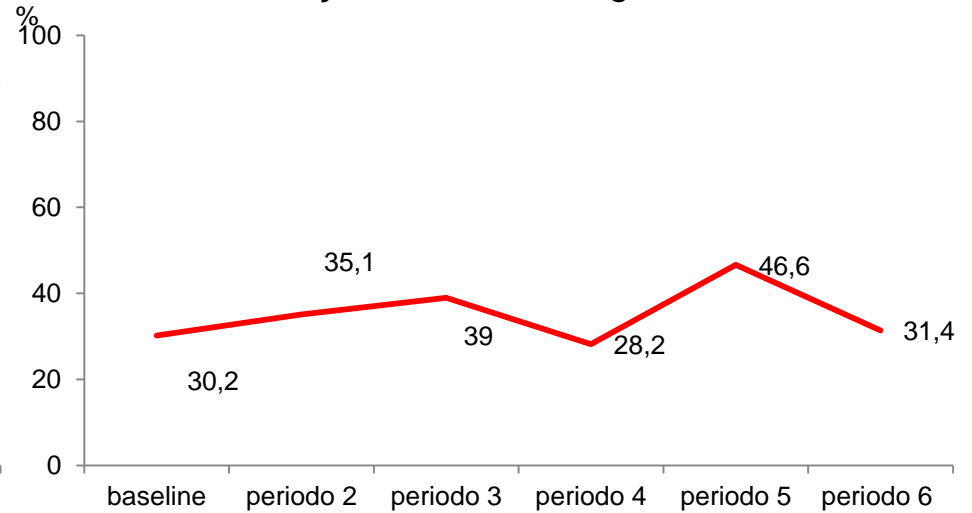
# Indicadores de Desempenho – FA



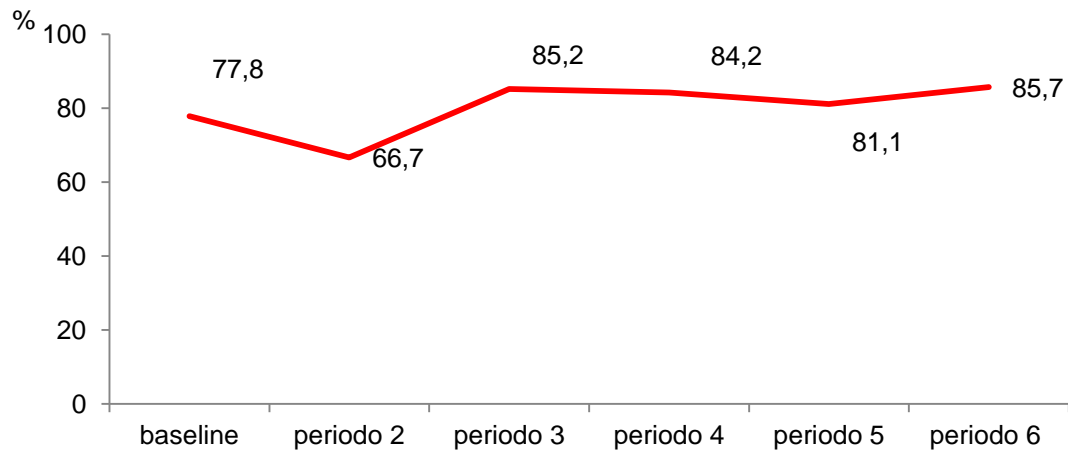
## Avaliação INR



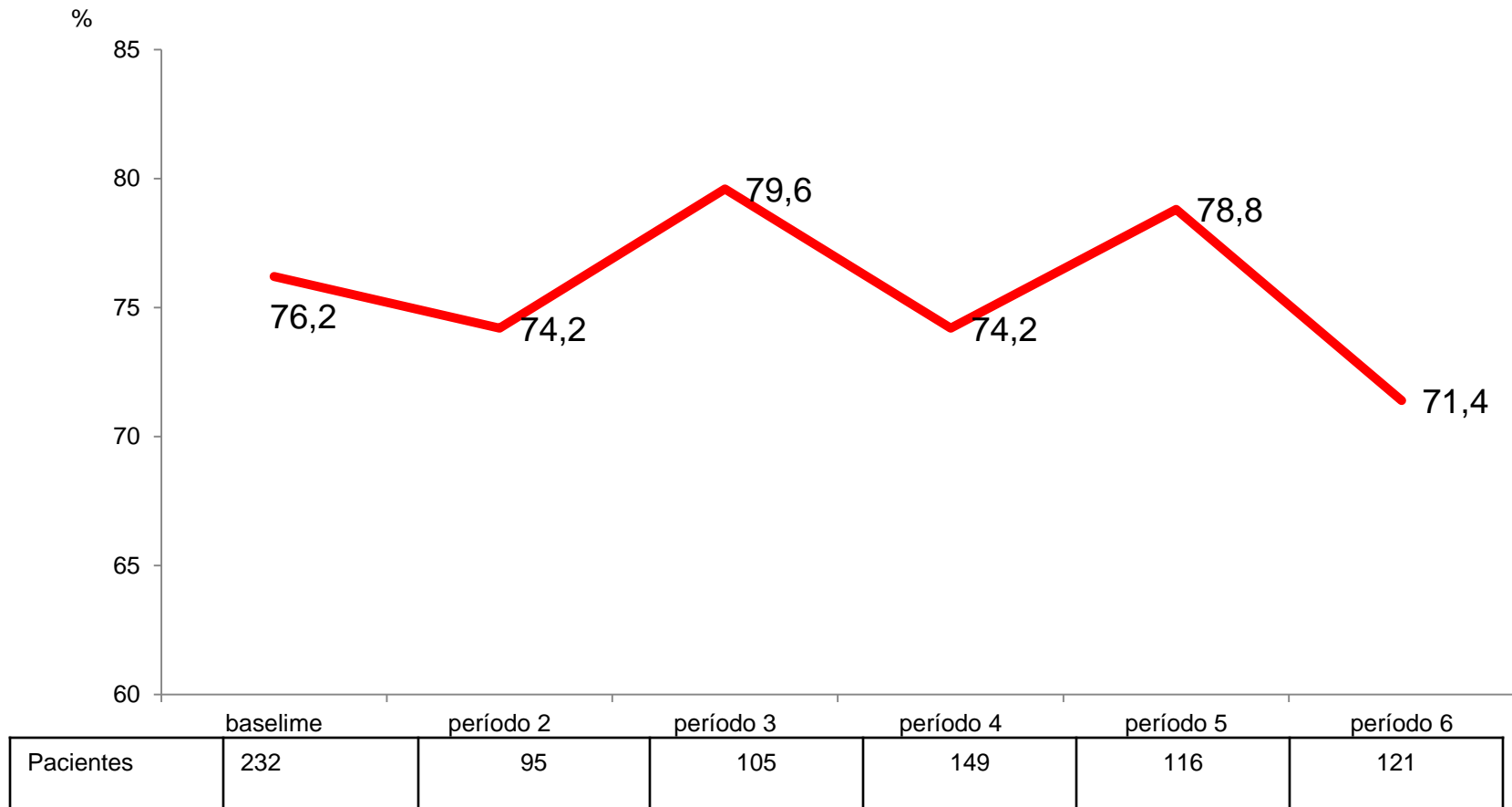
## Avaliação de Risco Sangramento



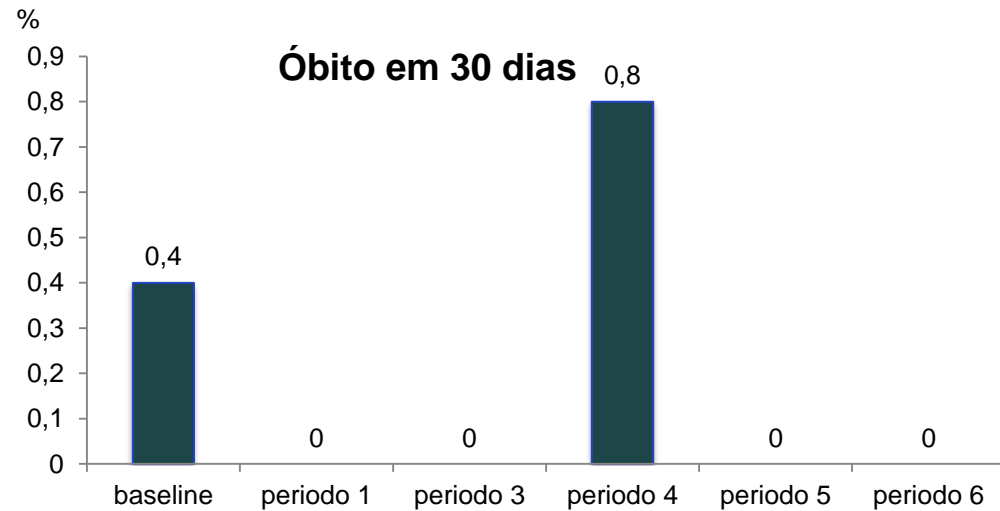
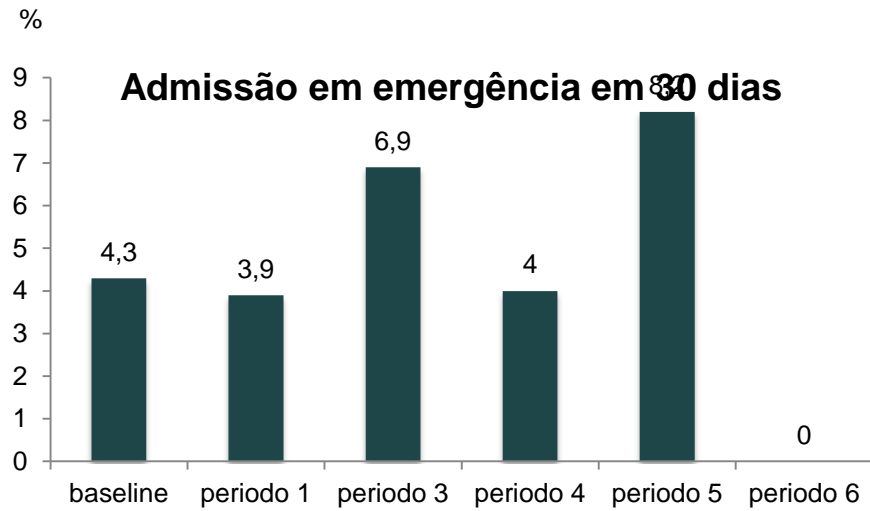
## Estatina



# Adesão ao conjunto de indicadores – FA



# Desfechos – FA





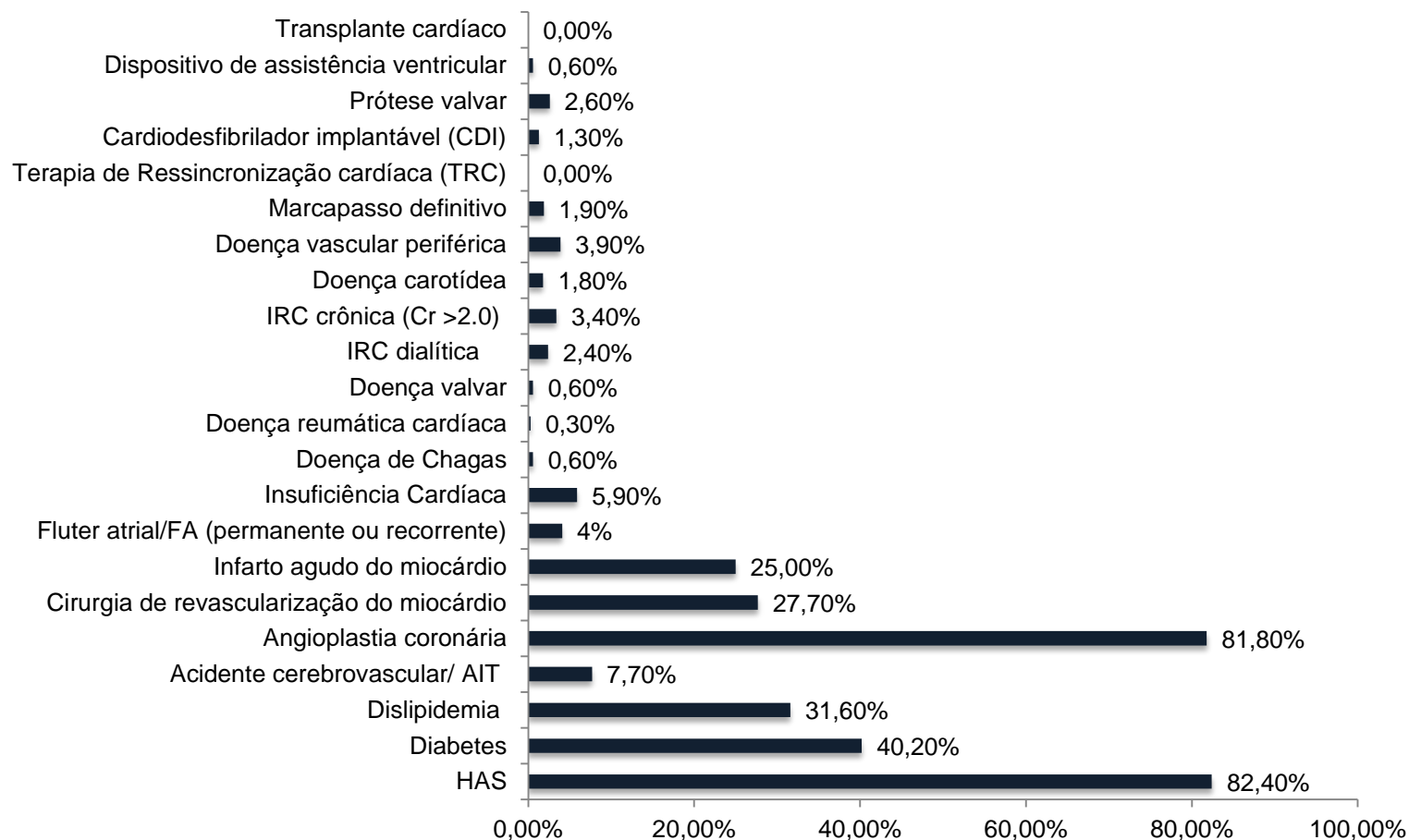
# Síndrome Coronariana Aguda



## Dados Demográficos - SCA

	Total (n=794)
Idade	
mediana [quartis]	61,1 [53,2 - 68,7] (n=794)
Sexo; Masculino	516/794 (65%)
Raça	
Branco	396/794 (49,9%)
Pardo	296/794 (37,3%)
Negro	90/794 (11,3%)
Amarelo	10/794 (1,3%)
Indígena	2/794 (0,3%)

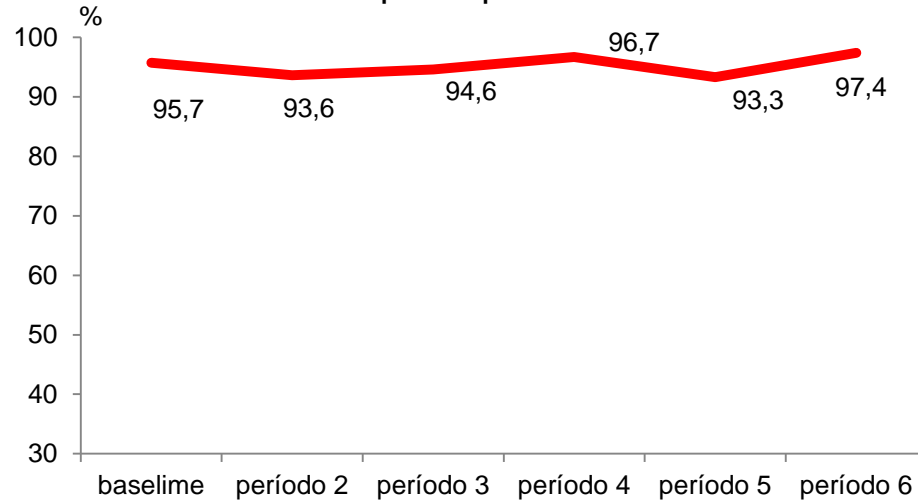
## História Médica- SCA



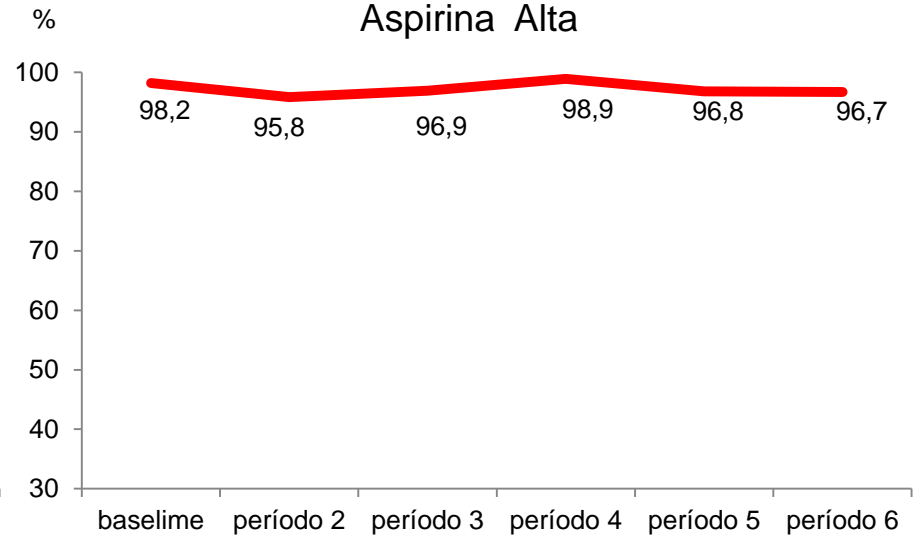
# Indicadores de Desempenho – SCA



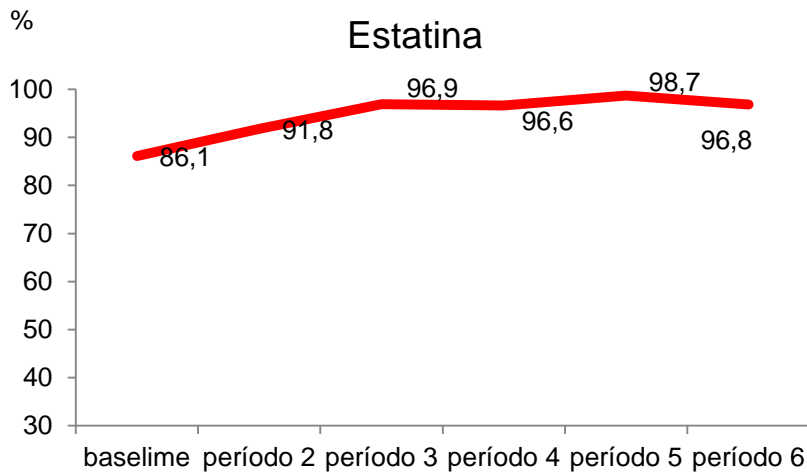
### Aspirina precoce



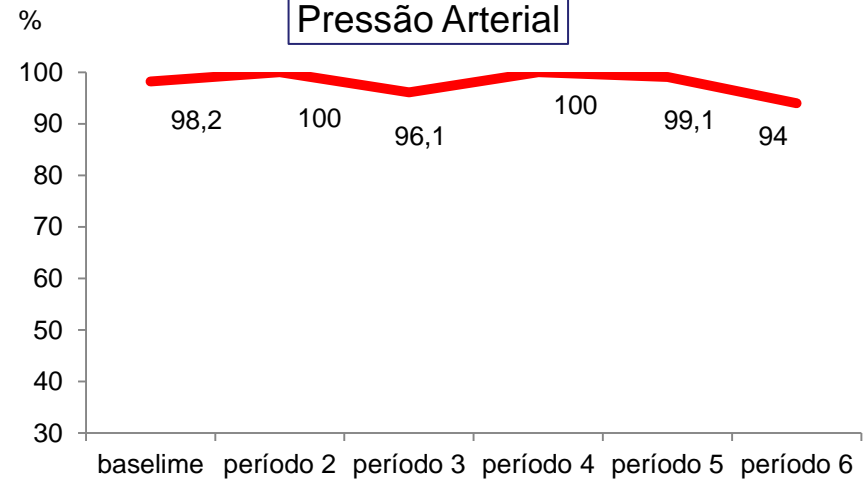
### Aspirina Alta



### Estatina



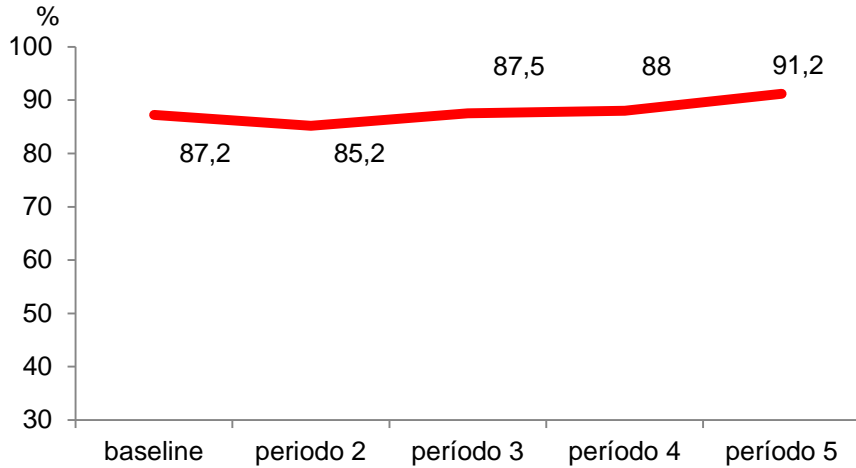
### Pressão Arterial



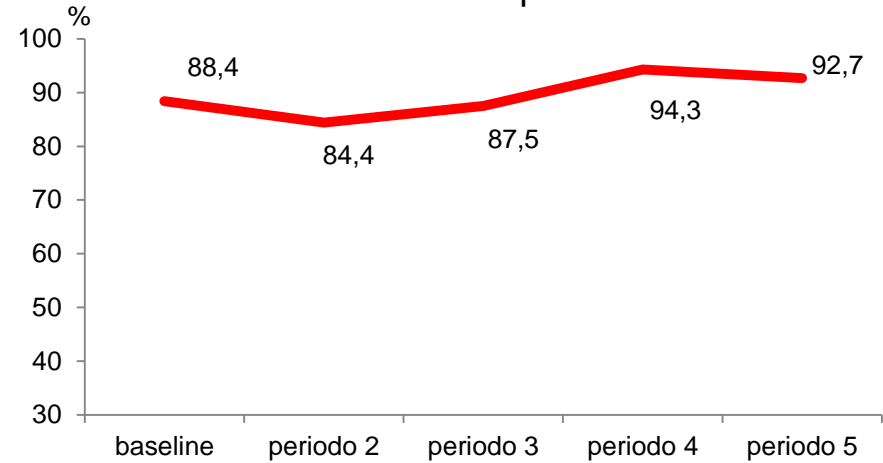
# Indicadores de Desempenho – SCA



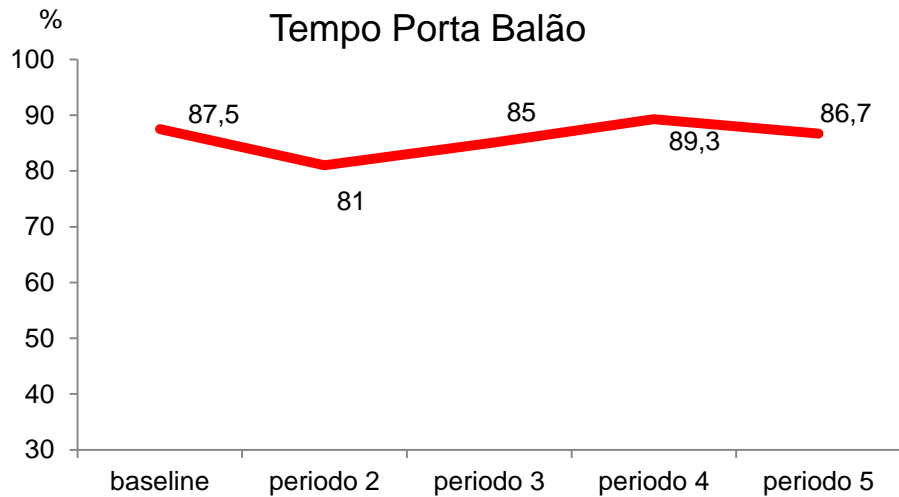
### IECA/BRA



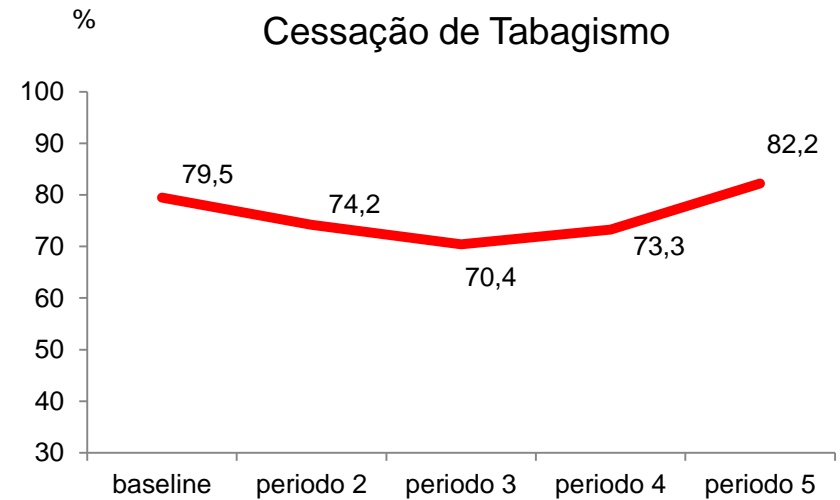
### Beta-bloqueador



### Tempo Porta Balão

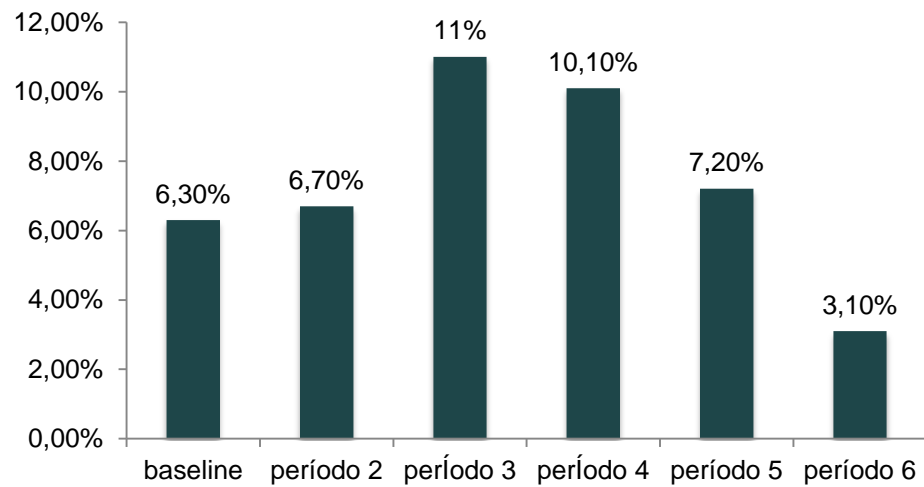


### Cessação de Tabagismo

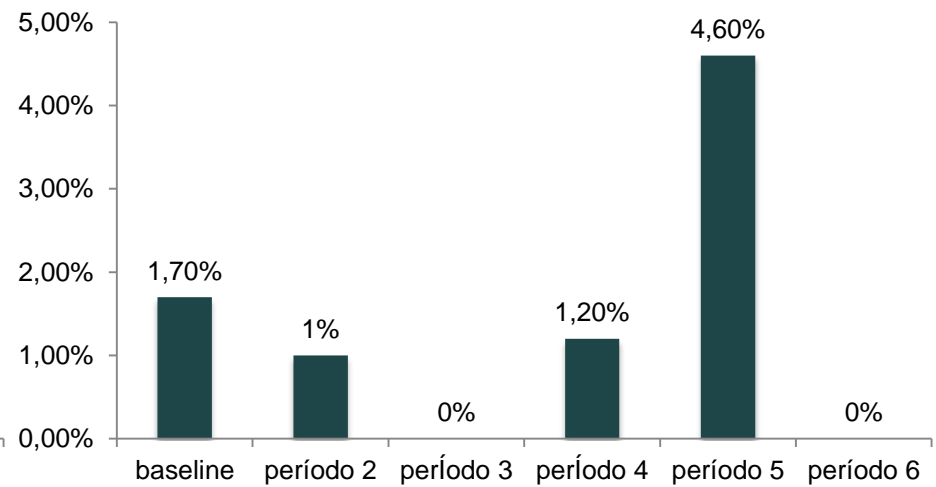


# Desfechos – SCA

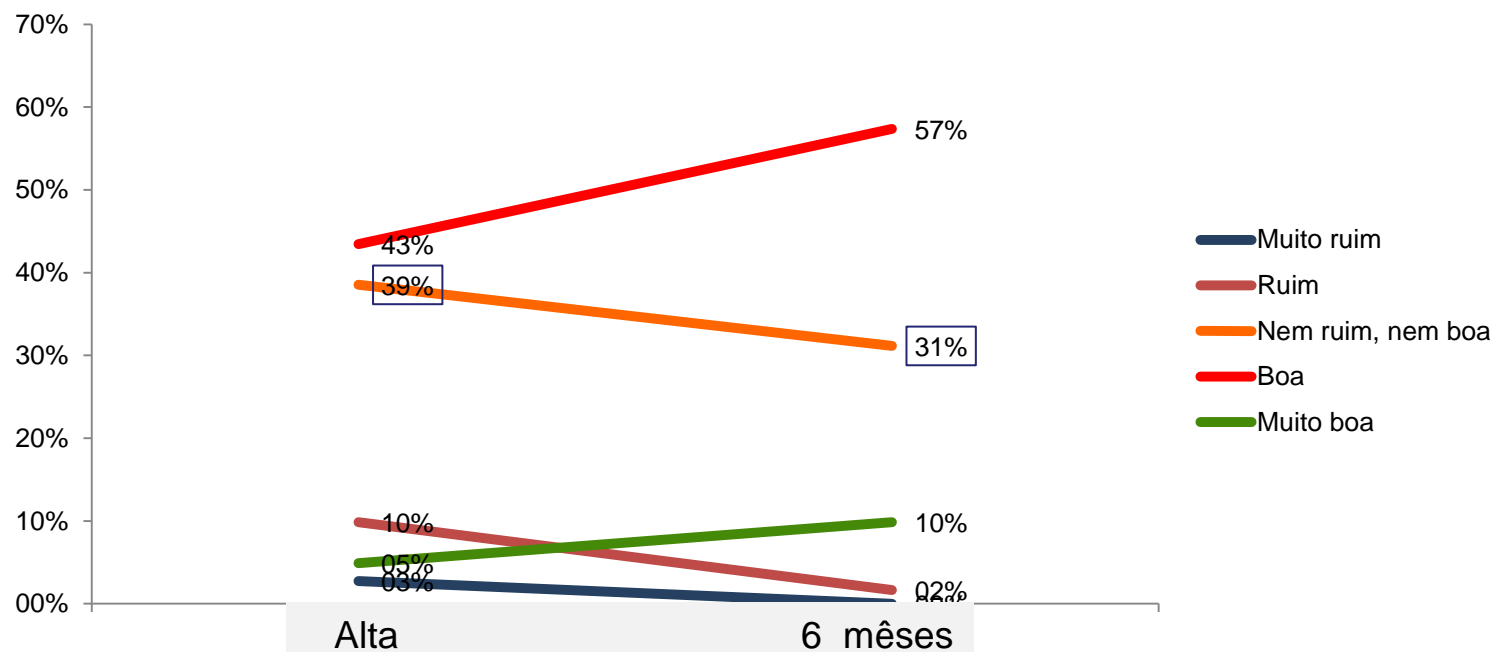
### Readmissão hospitalar em 30 dias



### Óbito em 30 dias

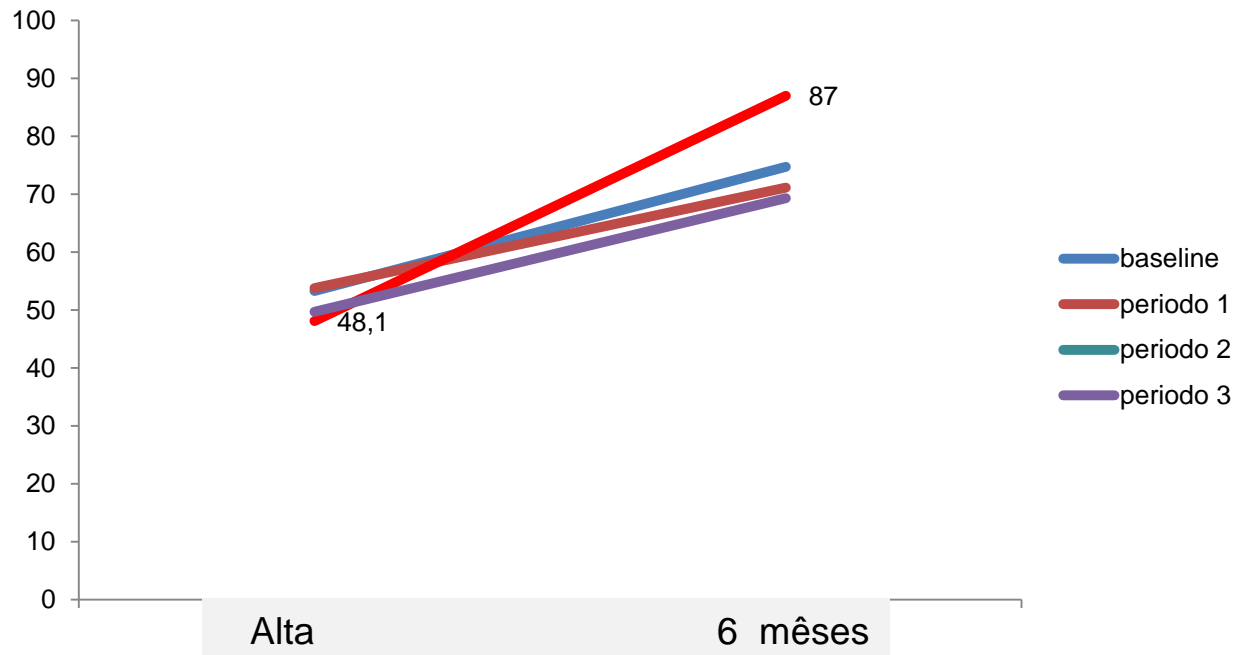


# Como você avaliaria sua qualidade de vida? – SCA

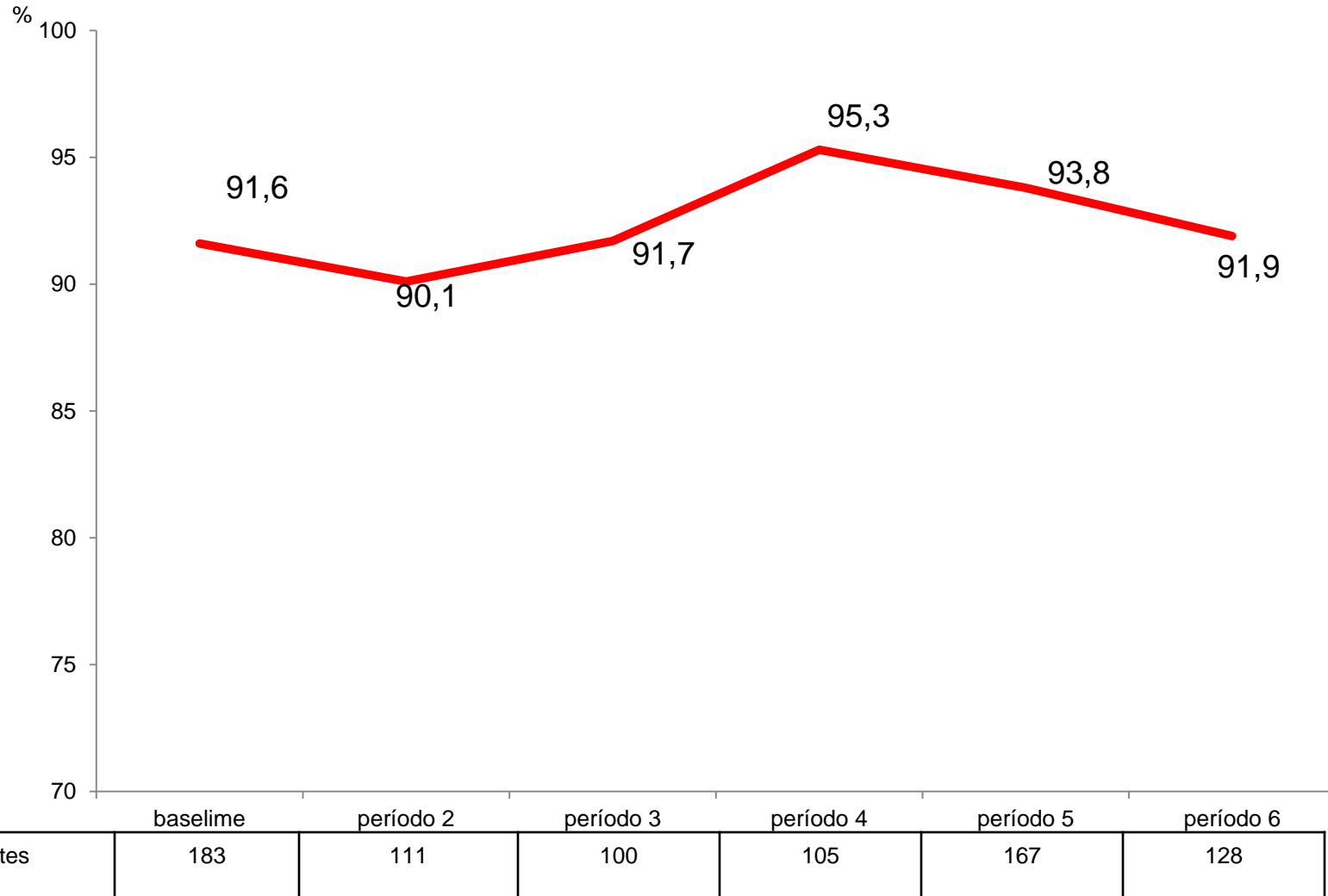




# Qualidade de vida – Escala Visual Analógica – SCA



# Adesão ao conjunto de indicadores –SCA



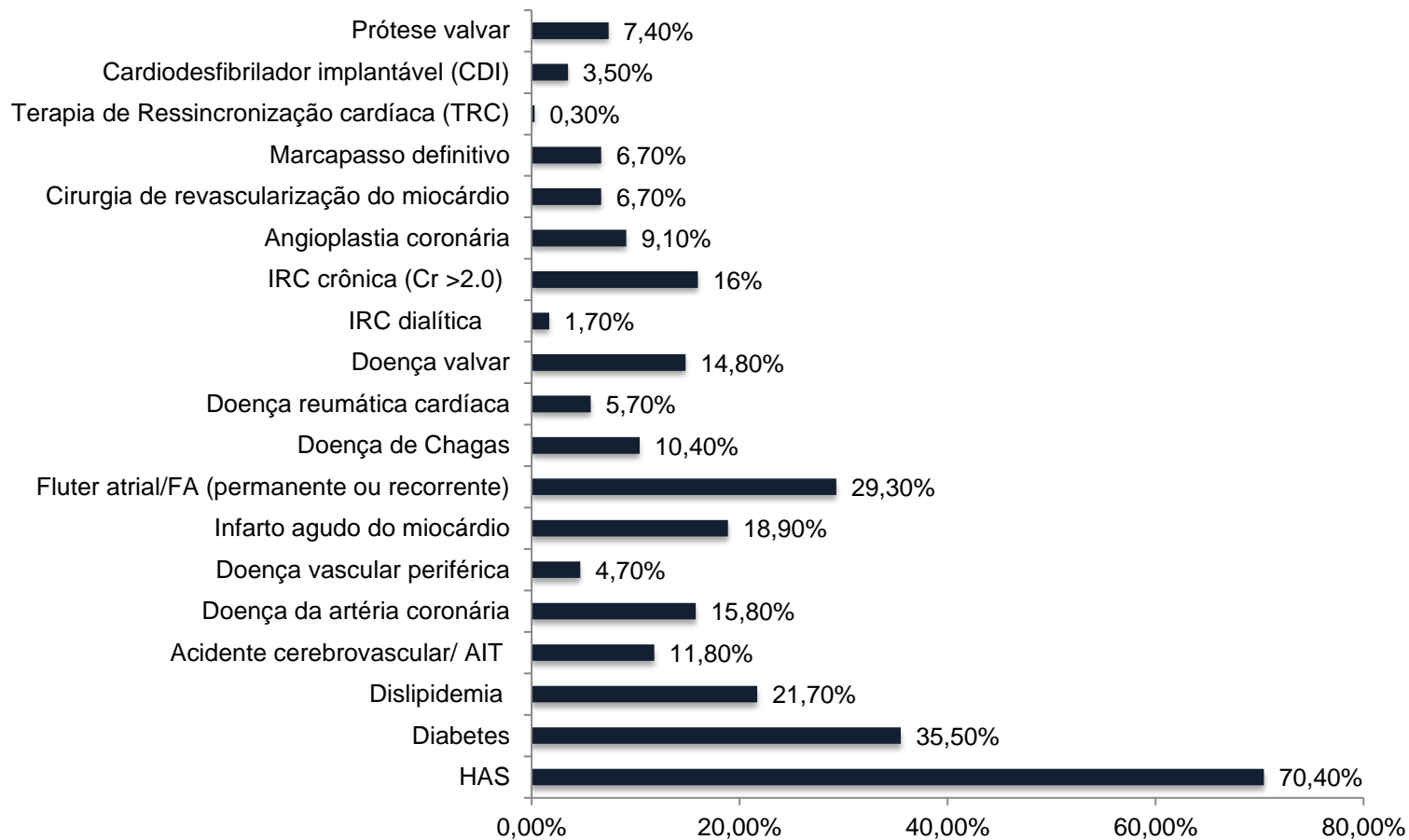


## **Insuficiência Cardíaca**

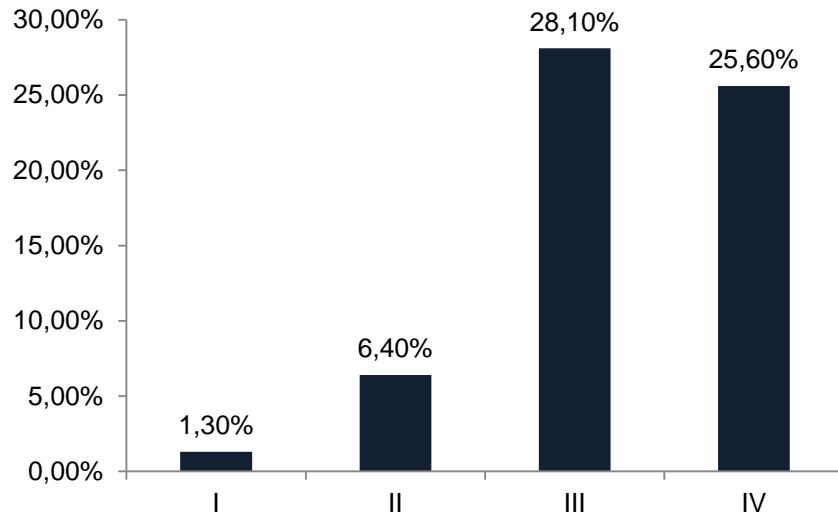
## Dados Demográficos - IC

	<b>Total (n=623)</b>
Idade	
mediana [quartis]	59.8 [51.2 - 69] (n=623)
Sexo; Masculino	353/623 (56.7%)
Raça	
Branco	198/623 (31.8%)
Pardo	320/623 (51.4%)
Negro	98/623 (15.7%)
Amarelo	7/623 (1.1%)
Indígena	0/623 (0%)

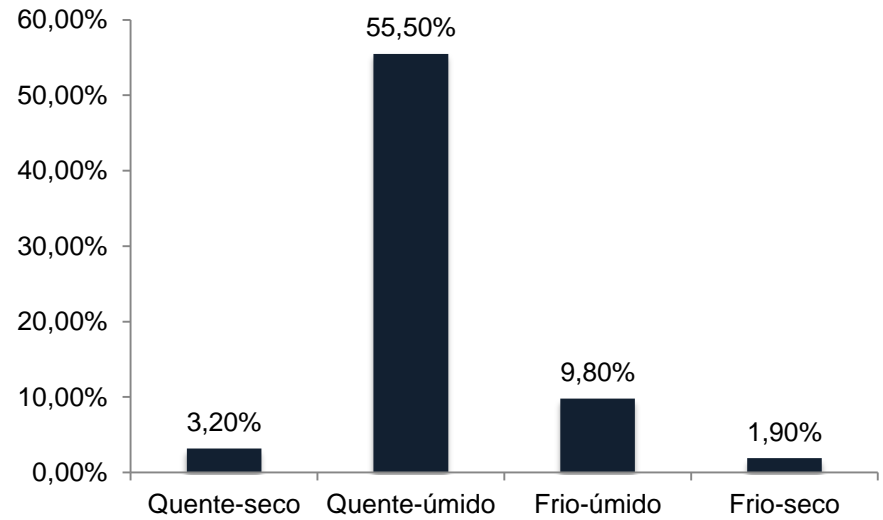
## História Médica- IC



### NYHA - IC

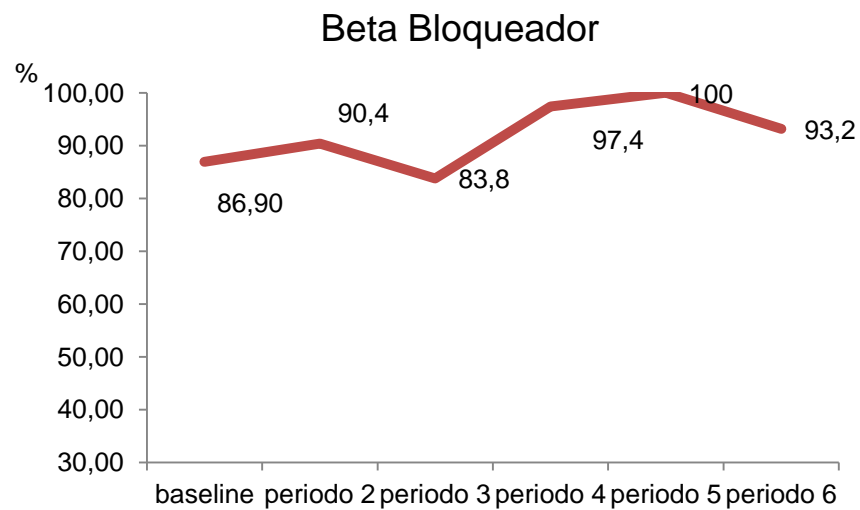
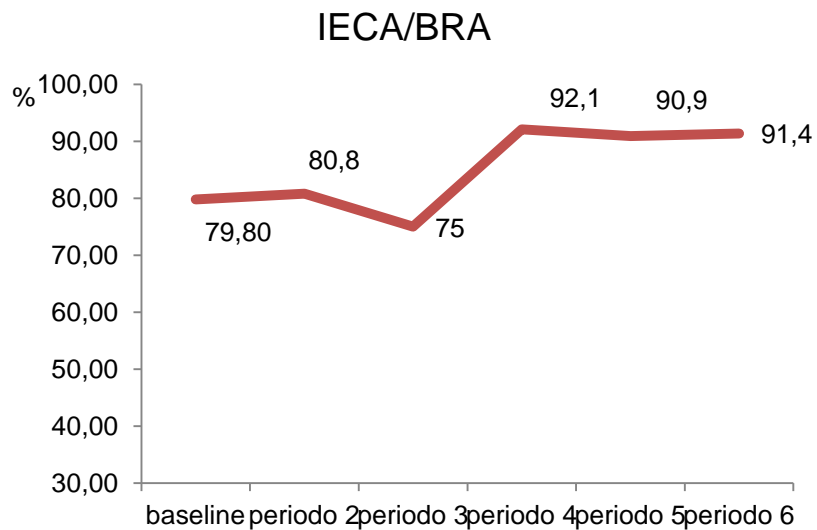
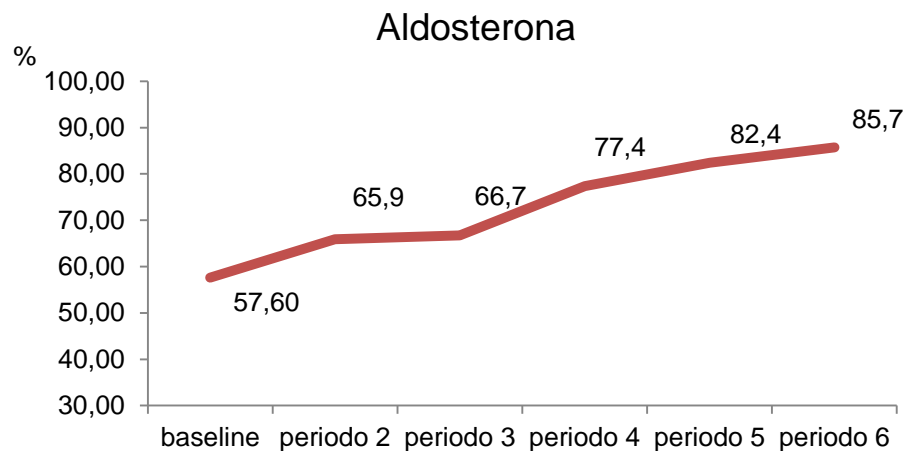


### Perfil - IC

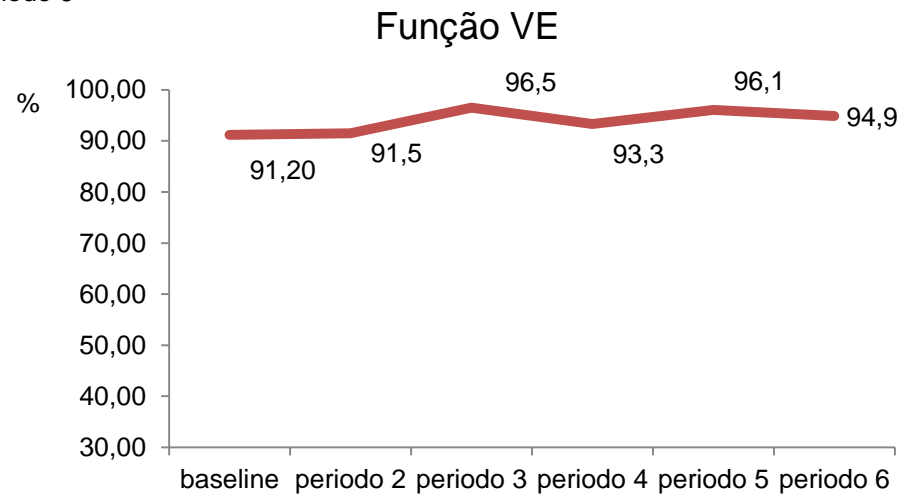
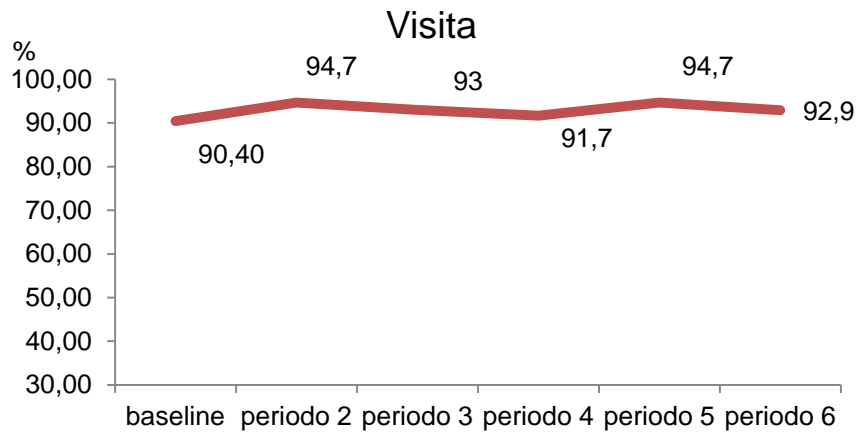




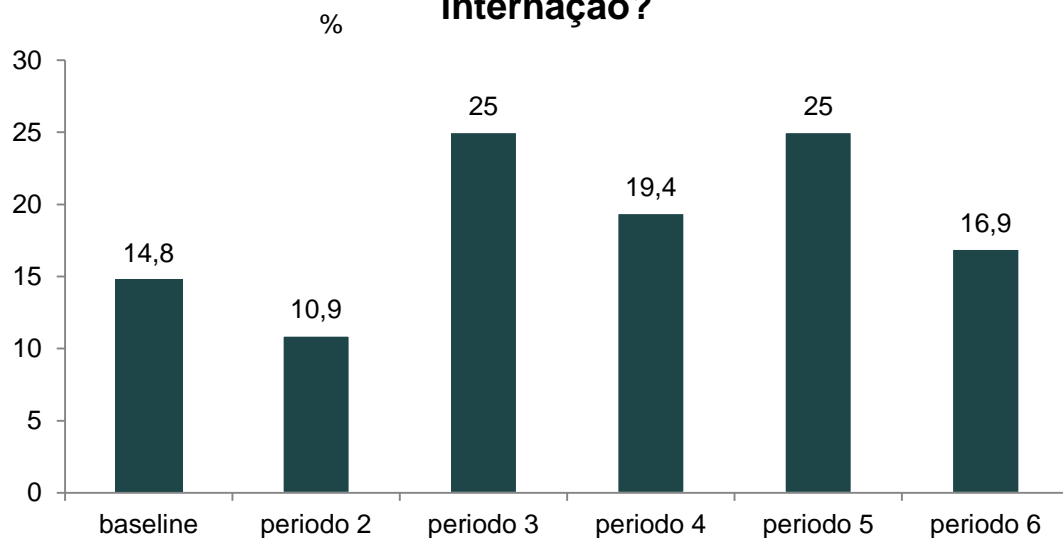
# Indicadores de Desempenho – IC



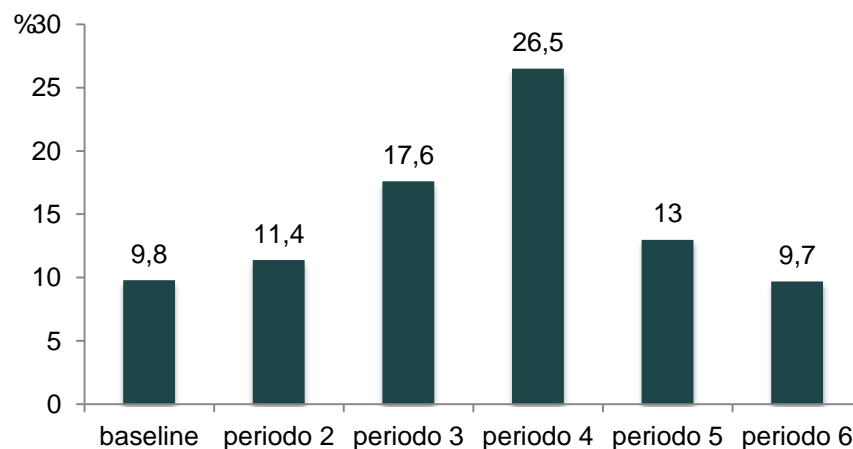
# Indicadores de Desempenho - IC



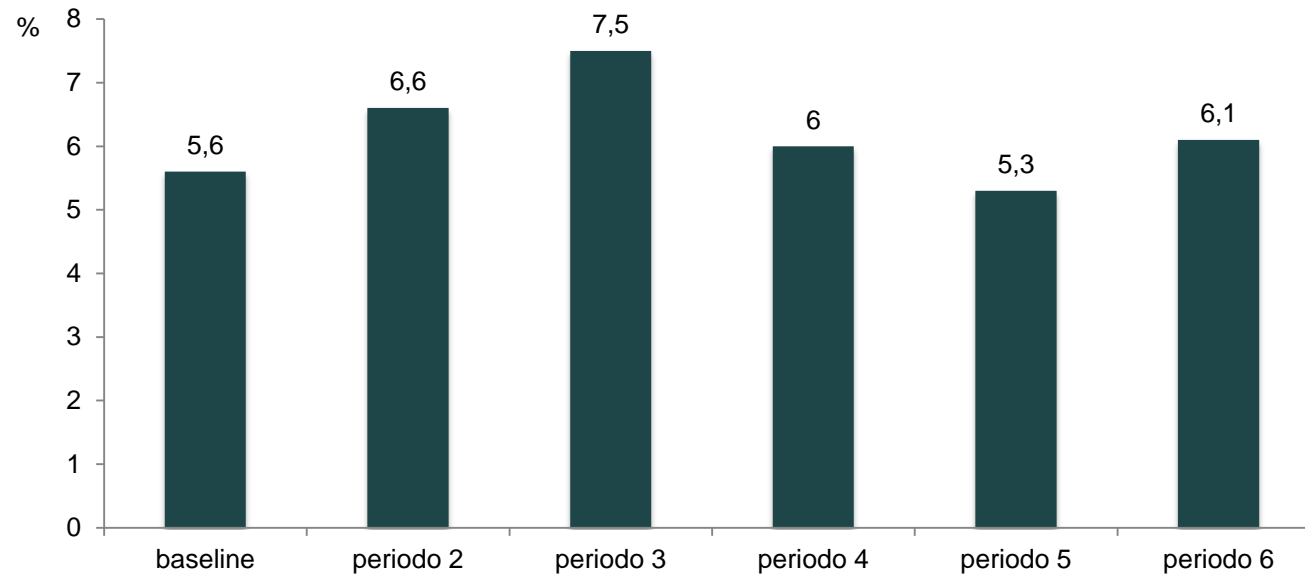
## Houve algum evento clínico grave durante a internação?



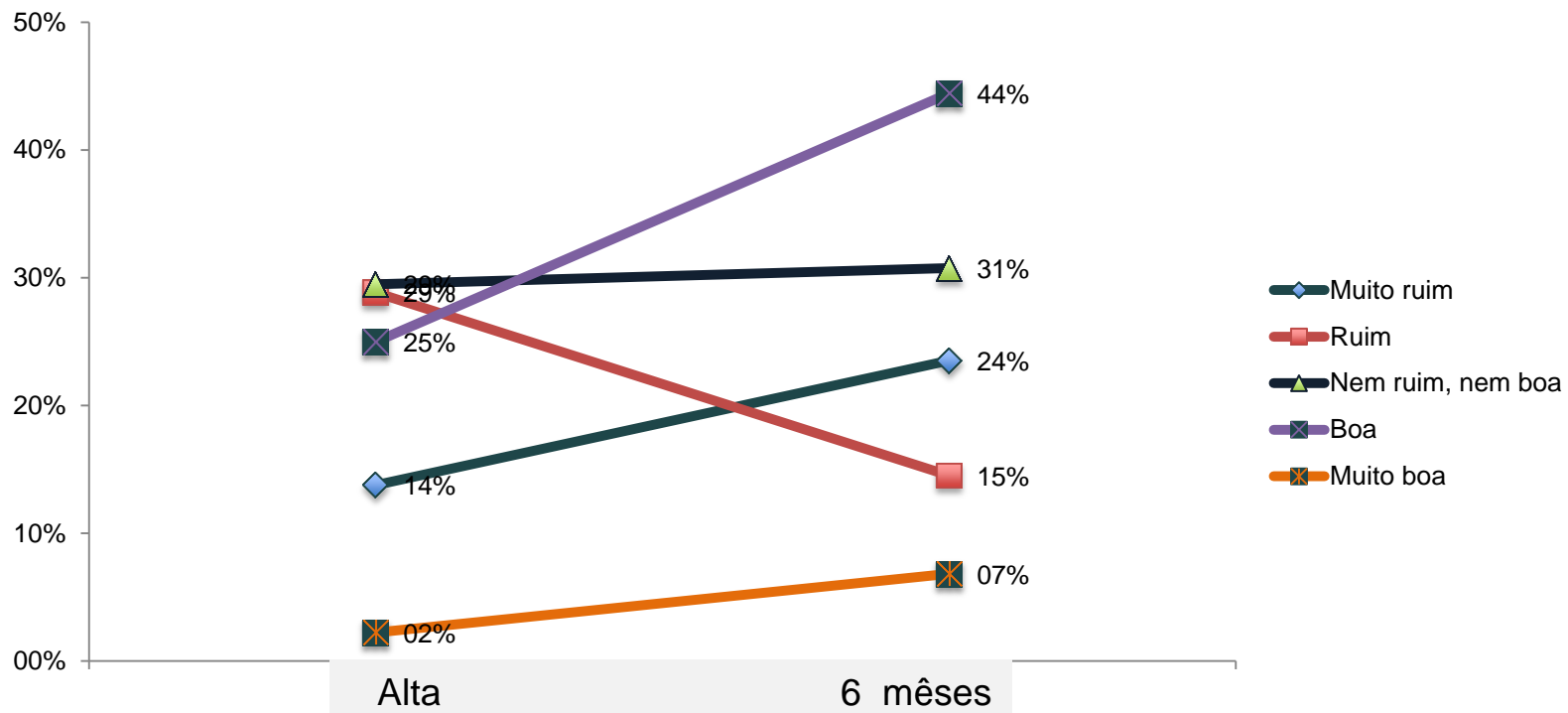
## Admissão em emergência em 30 dias



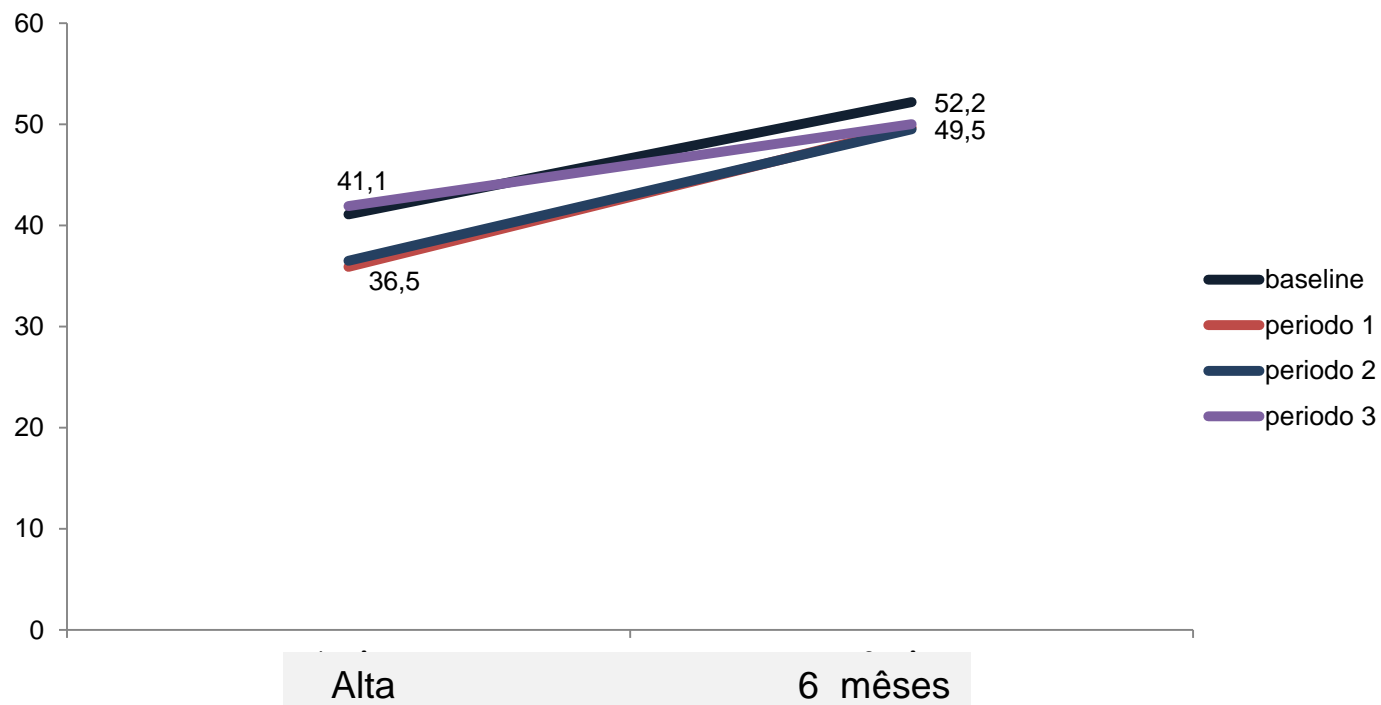
## Óbito em 30 dias



# Como você avaliaria sua qualidade de vida? – IC

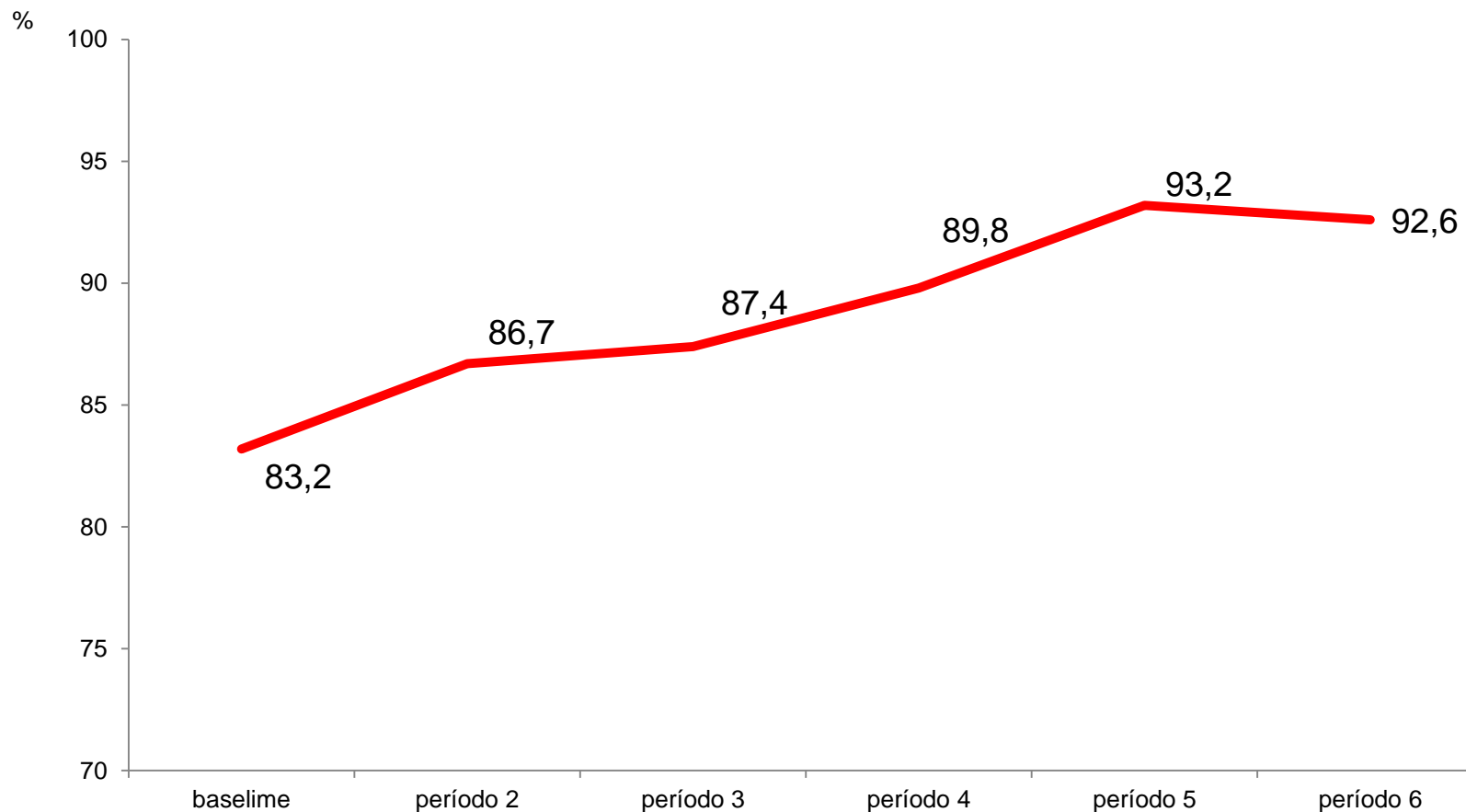


# Domínio Físico - WHOQOL-BREF – IC





# Adesão ao conjunto de indicadores – IC



Pacientes	142	101	69	73	89	149
-----------	-----	-----	----	----	----	-----

# Conclusões – BPC 2017

- São quase 3 mil pacientes incluídos;
- 15 instituições em andamento e 3 em análise de viabilidade;
- Houve melhora dos eixos insuficiência cardíaca e insuficiência coronária aguda
- Houve modificação de processos e resultados
- Hospitais serão certificados – certificação prata
- Ainda há muito trabalho a ser realizado!





BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS EM  
**CARDIOLOGIA**

