EDIÇÃO 2021

Feito pela gente



FUNDAÇÃO DO ABC
DESDE 1967

Programa Interno de Inovação e Boas Práticas em Saúde da FUABC



EXPEDIENTE

FUNDAÇÃO DO ABC
Entidade Filantrópica de Assistência Social, Saúde e Educação

GESTÃO 2020 - 2021

PRESIDENTE
Dra. Adriana Berringer Stephan

VICE-PRESIDENTE
Dr. Luiz Mario Pereira de Souza Gomes

SECRETÁRIO-GERAL
José Antônio Acemel Romero

CONSELHO DE CURADORES (TITULARES)
Adriana Berringer Stephan; Aguinaldo Teixeira; Antonio Aparecido Tavares; Ari Bolonhezi; Edgard Brandão Júnior; Edilson Santos; Felix Saverio Majorana; Guilherme Andrade Peixoto; Heloisa Marconi de Blasio; Jaqueline Michele Sant'ana do Nascimento; José Antonio Acemel Romero; Luiz Antonio Della Negra; Luiz Mario Pereira de Souza Gomes; Marcos Sergio Gonçalves Fontes; Maria Lucia Tomanik Packer; Nataly Caceres de Souza; Rafaela Costa Vargas; Rodrigo Grizzo Barreto de Chaves; Thereza Christina Machado de Godoy; Thiago Correia da Mata; Wagner Shiguenobu Kuroiwa.

REALIZAÇÃO
DEPARTAMENTO DE COMUNICAÇÃO E MARKETING DA FUABC

FUNDAÇÃO DO ABC
Av. Lauro Gomes, 2000.
Bairro Vila Sacadura Cabral.
Santo André (SP). CEP: 09060-870.
Tel.: (11) 2666-5400.

WWW.FUABC.ORG.BR

FUNDAÇÃO DO ABC
Desde 1967

fuabcoficial

EDITORIAL

UMA SAUDÁVEL DISPUTA

O Programa "Feito pela Gente" nasce com a proposta de dar visibilidade às inovações e boas práticas implementadas na Fundação do ABC, no Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC e em todas as unidades gerenciadas. Uma saudável competição que dá publicidade às ótimas experiências e projetos exitosos desenvolvidos por nossas competentes equipes técnicas nos serviços da FUABC. Todos têm a ganhar!

A partir de um concurso anual, buscaremos facilitar o acesso e a troca de informações entre todos os serviços da FUABC, hoje localizados em diferentes regiões do Estado – desde a Região Metropolitana até o Interior do Estado e a Baixada Santista.

Queremos valorizar as ações inovadoras, os casos de sucesso e as iniciativas pioneiras que fazem a diferença na rotina de trabalho das unidades, tanto na área assistencial quanto administrativa. Recebemos projetos brilhantes que abrangem múltiplas áreas, como a assistência aos pacientes, padronização de condutas, aplicação da tecnologia para a otimização de processos e comunicação com os colaboradores, segurança do paciente, humanização do serviço, capacitação profissional e prevenção em saúde. Essa diversidade é extremamente rica para os propósitos da FUABC, constantemente alinhada às mais evoluídas e atualizadas práticas de gestão no âmbito da Saúde.

A ideia é compatível com a grandeza histórica da FUABC e suas inúmeras ramificações regionais em todo o Estado de São Paulo. São mais de 27 mil colaboradores que, diariamente, produzem, fortalecem e inovam conhecimentos. Muitas iniciativas positivas desenvolvidas pelas nossas equipes, inclusive, já são certificadas e reconhecidas nacional e até mesmo internacionalmente, em diversas áreas ligadas à assistência e promoção à Saúde, assim como nos campos de ensino e da pesquisa.

O concurso, portanto, funciona como a vitrine principal dessas boas práticas, com objetivo de estimular o compartilhamento de projetos exitosos entre toda a rede FUABC. A análise dos trabalhos inscritos e a seleção dos três melhores é feita por uma comissão composta por membros do Conselho de Curadores, órgão máximo de deliberação da Fundação do ABC.

Agradeço imensamente a participação efetiva das unidades. Este engajamento é fundamental para mantermos a FUABC em constante rota de evolução e na vanguarda de práticas assistenciais e administrativas resolutivas, humanizadas e de excelência.



Adriana Berringer Stephan
PRESIDENTE DA FUABC

ONDE TEM SAÚDE, TEM FUNDAÇÃO DO ABC





Em um ano, milhões de pessoas atendidas

12,6 Milhões de
Procedimentos e Exames

83,5 Mil
Internações

5 Milhões de
Consultas e atendimentos

68 Mil
Cirurgias

2.9 Bilhões
Receita Anual (R$)



FUNDAÇÃO DO ABC

Desde 1967

Freepik

Fundação do ABC nas Cidades

SANTO ANDRÉ
- Centro Universitário FMABC/ Faculdade de Medicina do ABC
- Hospital Estadual Mário Covas
- Hospital da Mulher
- AME Santo André
- Atuação nas redes de Atenção Básica, Especializada, de Urgência e Emergência
- FUABC (Sede Administrativa)
- Central de Convênios (Sede Administrativa)

SÃO BERNARDO DO CAMPO
- Atuação nas redes de Atenção Básica, Especializada, de Urgência e Emergência

Complexo de Saúde do Município de SBC
- Hospital Anchieta
- Hospital Municipal Universitário
- Hospital de Clínicas Municipal José Alencar
- Hospital e Pronto-Socorro Central
- Hospital de Urgência

SÃO CAETANO DO SUL
- Atuação nas redes de Atenção Básica, Especializada, de Urgência e Emergência

Complexo Hospitalar Municipal de SCS - CHMSCS
- Hospital Infantil e Maternidade Márcia Braido
- Hospital Maria Braido
- Hospital Municipal de Emergências Albert Sabin
- Hospital São Caetano
- Hospital Euryclides de Jesus Zerbini
- Complexo Municipal de Saúde
- UPA Engenheiro Júlio Marcucci Sobrinho

DIADEMA
- Rede de Reabilitação Lucy Montoro

MAUÁ
- AME Mauá

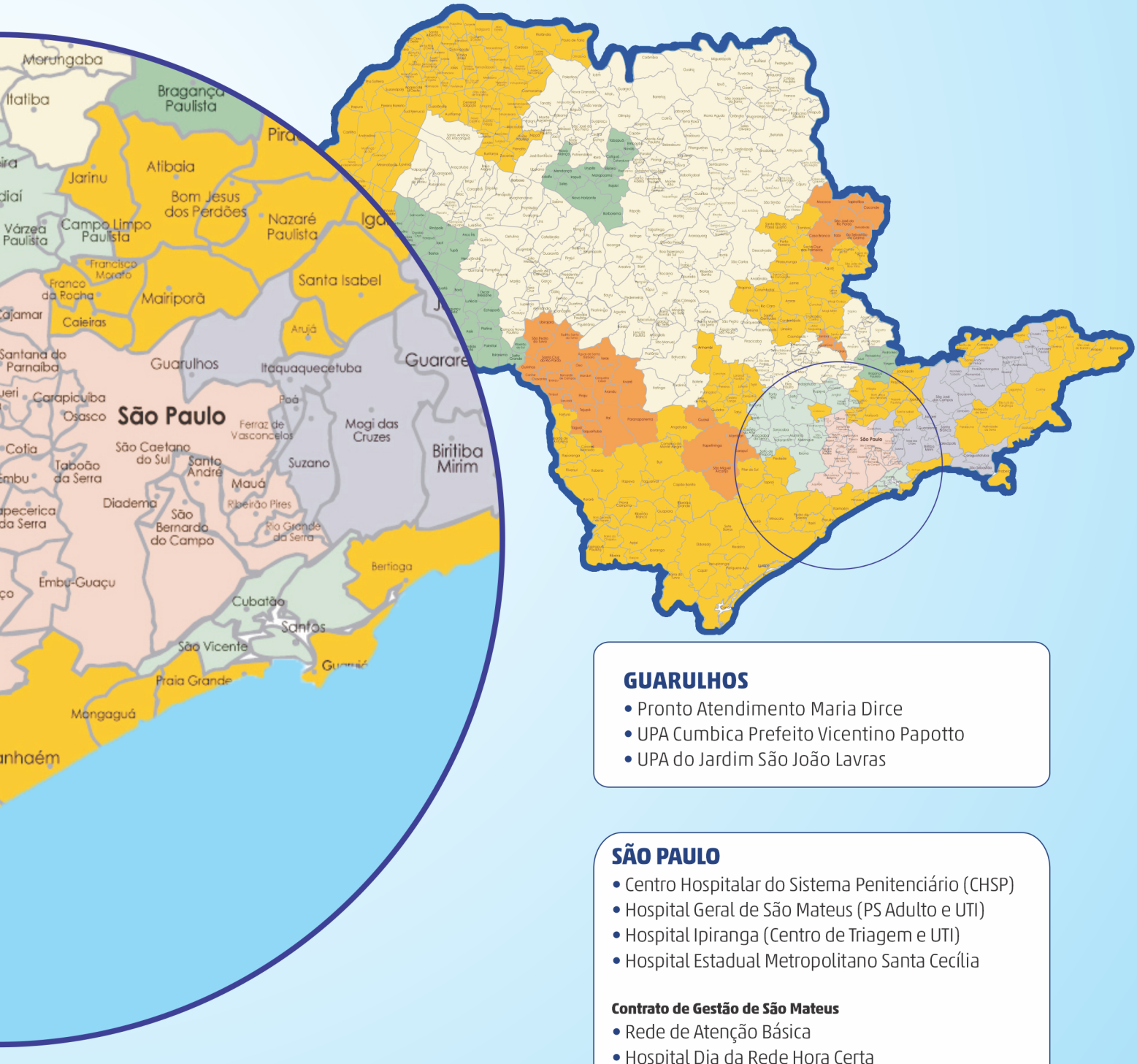
Complexo de Saúde de Mauá - COSAM
- Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini
- Atuação nas redes de Atenção Básica, Especializada, de Urgência e Emergência, entre outros serviços



PRAIA GRANDE
- AME Praia Grande

GUARUJÁ
- Instituto de Infectologia Emílio Ribas II

SANTOS
- AME Santos
- UPA Central de Santos
- Polo de Atenção Intensiva (PAI) em Saúde Mental da Baixada Santista



GUARULHOS

- Pronto Atendimento Maria Dirce
- UPA Cumbica Prefeito Vicentino Papotto
- UPA do Jardim São João Lavras

SÃO PAULO

- Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário (CHSP)
- Hospital Geral de São Mateus (PS Adulto e UTI)
- Hospital Ipiranga (Centro de Triagem e UTI)
- Hospital Estadual Metropolitano Santa Cecília

Contrato de Gestão de São Mateus

- Rede de Atenção Básica
- Hospital Dia da Rede Hora Certa
- PAI (Programa de Acompanhante de Idosos)
- CER (Centro Especializado em Reabilitação)
- EMAD (Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar)
- Entre outros

SOROCABA

- AME Sorocaba

ITAPEVI

- AME Itapevi

ITATIBA

- Atenção Básica - Estratégia Saúde da Família (ESF)/NASF

MOGI DAS CRUZES

- Hospital Municipal de Mogi das Cruzes
- Pronto Atendimento e Unidade Básica de Saúde do Jardim Universo
- Pronto Atendimento Jundiapeba
- UPA Rodeio
- Exames e serviços médicos para unidades da Rede de Saúde

NOSSAS UNIDADES



Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC (FMABC)



Hospital Estadual Mário Covas (Santo André)



Hospital da Mulher de Santo André



Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário



Instituto de Infectologia Emílio Ribas II (Guarujá)



Contrato de Gestão São Mateus/SP



AME Santo André



AME Praia Grande



AME Mauá



AME Itapevi



AME Sorocaba



AME Santos



Rede de Reabilitação Lucy Montoro de Diadema



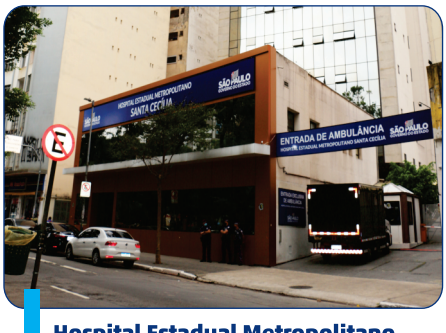
Complexo de Saúde do Município de São Bernardo do Campo

- Hospital Anchieta
- Hospital Municipal Universitário
- Hospital de Clínicas Municipal José Alencar
- Hospital e Pronto-Socorro Central
- Hospital de Urgência



Complexo Hospitalar Municipal de São Caetano do Sul

- Hospital Infantil e Maternidade Márcia Braido
- Hospital Maria Braido
- Hospital Municipal de Emergências Albert Sabin
- Hospital São Caetano
- Hospital Euryclides de Jesus Zerbini
- Complexo Municipal de Saúde
- UPA Engenheiro Júlio Marcucci Sobrinho



Hospital Estadual Metropolitano Santa Cecília



Central de Convênios

- Prefeitura de Santo André
- Prefeitura de São Bernardo
- Prefeitura de São Caetano
- Prefeitura de Mogi das Cruzes
- Prefeitura de Santos
- IMASF São Bernardo
- Prefeitura de Guarulhos
- Prefeitura de Itatiba



PAI Baixada Santista



Complexo de Saúde de Mauá (COSAM)

- Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini
- Rede de Urgência e Emergência (SAMU e UPAs)
- Rede de Atenção Básica, Saúde Mental, entre outros

A REDUÇÃO DAS INFECÇÕES DO SÍTIO CIRÚRGICO POR INTERFACE DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PACOTE DE CUIDADOS NO AME SANTO ANDRÉ

Autores: Daniela Cristina Podadera; Marina Macedo Daminado; Eduardo Martins da Silva; Rita Maria Santos Spontão; Carlos Quadro; Camila Ladeia Brito; Denise Rogéria de Lima Vasconcellos; Cristiane Fidalgo Giannola; Rosani Silva.

PALAVRAS-CHAVE

Segurança do paciente;
Centro cirúrgico;
Infecção da ferida cirúrgica.

RESUMO

Estima-se que em território Nacional, a Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) é responsável por 14% a 16% das infecções advindas dos procedimentos operatórios. Caracterizada como uma Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), a ISC é um evento adverso decorrente de um dano evitável e não intencional do cuidado em saúde. Preconizando a segurança do paciente, o pacote de cuidados foi desenvolvido como um projeto experimental com o propósito de atenuar os resultados acerca da prevenção de ISC no AME Santo André, corroborando com os critérios do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas instituído pela Organização Mundial da Saúde. O processo foi aplicado com a validação de um instrumento com diretrizes de prevenção de complicações cirúrgicas, complementar as instruções esclarecedoras de condutas nos períodos pré e pós-operatório, sendo enviado aos pacientes no período antecessor ao procedimento cirúrgico. Os indicadores consolidaram taxas significativas de redução de ISC.

ARTIGO ORIGINAL

INTRODUÇÃO

No ano de 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou os conceitos que embasaram o Programa Nacional de Segurança do Paciente, portariado em 1º de abril de 2013 pelo Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Os princípios norteadores desse conjunto de medidas abarcavam a prevenção e a redução de eventos adversos e riscos associados à assistência em saúde a um nível mínimo aceitável (ANVISA, 2013; WHO, 2008).

Eventos adversos são decorrentes de um dano evitável e não intencional, podendo ou não ocorrer uma complicação, resultando em uma injúria não relacionada a doença subjacente do paciente, prolongando, assim, sua permanência na rede de atenção à saúde (TADA, 2021).

Descrita como um dos eventos adversos mais frequentes no panorama global, as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são infecções evitáveis adquiridas pelos pacientes que recebem cuidados em saúde. Neste contexto, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) determina IRAS como desencadeamento sistêmico ou localizados, que resultam da ação de agentes infecciosos ou de suas toxinas, com surgimento a partir de 72 horas da admissão do paciente ou podendo manifestar-se até 30 dias após o procedimento cirúrgico (ARAUJO, 2019; PRATES 2018).

Dentre as IRAS, as Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) são destacadas como as mais frequentes, sendo caracterizadas como um grave problema de saúde pública, repercutindo em indicadores elevados de mortalidade, além de onerar o sistema de saúde. (GOMES, 2020).

Os dados epidemiológicos do Brasil, descritos através da ANVISA, indicam que a ISC é responsável por 14% a 16% das infecções e ocupa a terceira posição quando comparada às outras IRAS (ANVISA, 2017).

De acordo com Prates et al. (2018), as cirurgias possuem classificações em consonância com seu potencial de contaminação, sendo elencadas como cirurgias limpas, potencialmente contaminadas, contaminadas e infectadas. As cirurgias limpas são aquelas que são passíveis de descontaminação, ou realizadas em tecidos estéreis, sendo este o foco deste estudo.

A fim de corroborar com a prevenção a ISC, em outubro de 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, sendo disposto, em 2009, as diretrizes para a implantação de um protocolo universal de segurança do paciente cirúrgico. Por conseguinte, a OMS estabeleceu uma meta até o ano de 2020, sendo projetado O Desafio Global Cirurgias Seguras Salvam Vidas, com o propósito de garantir uma assistência cirúrgica mais segura, estimando que as taxas de ISC fossem reduzidas em 25% (WHO, 2009).

Neste sentido, o objetivo central do projeto experimental foi atenuar os resultados acerca da prevenção de ISC no AME Santo André, a fim de atender aos critérios do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas instituído pela OMS.

O PERFIL DO AME SANTO ANDRÉ

O AME Santo André faz parte da rede secundária de atendimento à saúde, destinado ao atendimento ambulatorial de baixa e média complexidade para os municípios da Rede Regional de Atenção à Saúde do Grande ABC: Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul (QUALISUS REDE, 2011).

Promovendo atendimento de alta resolutividade, o AME-SA oferta consultas entre 19 especialidades distintas e realiza 21 tipos de exames através de modernos equipamentos. Ademais, conta com a realização de cirurgias no mesmo local, proporcionando maior rapidez ao diagnóstico e ao tratamento dos pacientes e, consequentemente, desafogando os hospitais (AMESA, 2021).

A unidade realiza procedimentos cirúr-

gicos de pequena e média complexidade e segue as diretrizes dispostas nos protocolos implantados internamente pelo Núcleo de Segurança do Paciente (OMS, 2009).

Os marcadores das ações estão relacionados aos períodos pré, intra e pós-operatório e constituem uma ferramenta de check-list que visa a correta identificação do paciente, possibilidade de alergias, lateralidade cirúrgica, procedimento a ser realizado, bem como barreiras de esquecimento de materiais dentro da cavidade operatória, entre outros, contribuindo para um cuidado seguro, livre de eventos adversos, especialmente os de origem infecciosas (ARAUJO, 2019).



MÉTODO

Estudo transversal do tipo analítico de caráter retrospectivo sobre o projeto preliminar da implantação do pacote de cuidados realizados no AME Santo André durante o período compreendido entre janeiro e março de 2021. A amostra foi composta por 114 pacientes adultos, submetidos a procedimentos operatórios de classificação limpa da equipe de cirurgia geral. Foram excluídos do estudo os pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos das demais especialidades médicas.

No período pré-operatório mediato, o paciente foi instruído verbalmente por uma enfermeira sobre as condutas antes da internação. Essas orientações foram replicadas com o envio de um manual de orientações, através de uma apresentação ilustrada, através do aplicativo WhatsApp pela equipe responsável pelo agendamento. Com teor de fácil compreensão acerca dos cuidados a serem tomados antes da cirurgia, sobre as diretrizes internas aplicadas com referência à segurança do paciente e a respeito das condutas após a alta.

O Manual de Orientações aos Pacientes de Cirurgia abarca as seguintes esferas orientativas de cuidado:

1. Prevenção de sangramentos: orientação sobre a suspensão de medicação antiagregante plaquetária antes do procedimento cirúrgico;

2. Prevenção de ISC com impedimento de tricotomia em ambiente residencial: esclarecimento sobre o processo de tricotomia apropriada após admissão na instituição;

3. Prevenção de aspiração pulmonar anestésica: direcionamento acerca do jejum pré-operatório;

4. Prevenção de distúrbio metabólico e hemodinâmico: instruções relativas à administração de fármacos previamente prescritas para doenças crônicas;

5. Prevenção de riscos associados ao uso de equipamentos elétricos durante o período intraoperatório: orientações referentes ao uso de adornos, higiene do corpo e cabelos;

6. Manejo da segurança do paciente: diretrizes concernentes aos protocolos de segurança do paciente, abarcando as instruções realizadas internamente sobre a Identificação do Paciente, Administração Segura de Medicamentos, Cirurgia Segura, Prevenção de Quedas e Higiene das Mãos;

7. Prevenção de ISC e deiscência operatória: Esclarecimentos acerca dos cuidados com a ferida operatória, alimentação, sono e repouso.

Durante a internação e após a alta, os pacientes receberam orientações da enfermeira do hospital-dia, e após 24h receberam a ligação telefônica desta enfermeira, reforçando os cuidados com a ferida operatória, sendo instruídos sobre a terapêutica domiciliar a ser seguida até o retorno médico.

Os dados apresentados referentes às taxas de IRAS da especialidade de cirurgia geral foram coletados pelo Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde (SCIRAS), a partir de "Busca Fonada", associado à análise e revisão de prontuários no software do sistema MV.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O comparativo analisado entre os períodos pré e pós-implantação do projeto experimental demonstra que, no ano de 2020, a taxa média de ISC da mesma modalidade cirúrgica é de 1,4% (6). Dentre as cirurgias efetivadas no período experimental da implantação do projeto, foram realizados pela equipe de cirurgia geral 21,11% (114) procedimentos de classificação limpa, sendo estes desfechos monitorados pela equipe de SCIRAS. No primeiro trimestre de 2021, foram contabilizados 0% (0) de taxa de ISC após a implementação do pacote de cuidados.

Respaldando-se neste contexto, o experimento demonstra que o objetivo lançado pela OMS no Desafio Global Cirurgias Seguras Salvam Vidas foi contemplado, diminuindo as taxas de ISC com foco nos procedimentos operatórios limpos da equipe de cirurgia geral.

CONCLUSÃO

Observou-se que o potencial de disseminação e evolução das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde estão similarmente associadas à adoção de medidas preventivas agregadas aos protocolos de segurança do paciente, estando intrinsicamente ligadas com a vigilância pós-alta do paciente cirúrgico.

Os resultados das análises evidenciaram que os indicadores de processo concernentes à prevenção de ISC para os procedimentos operatórios da cirurgia geral foram efetivos, havendo uma redução significativa das taxas de Infecção do Sítio Cirúrgico quando comparados aos períodos pré e pós implantação. A adesão do projeto experimental torna possível expandir as barreiras para a promoção da segurança do paciente cirúrgico, sendo assim, uma ferramenta assertiva para a ampliação do pacote de cuidados para as demais especialidades médicas cirúrgicas do AME Santo André.

PROJETO LINHA DE CUIDADO ONCOLÓGICA

Autores: Patricia Helena Busaneli Silva; Flavia Moreira Dias Ferreira; Thalissa Aparecida Ribeiro de Oliveira; Eliane da Silva Mota.

PALAVRAS-CHAVE

Linha de cuidado;
Humanização;
Oncologia;
Especialidades;
Resolutividade;
Integração da rede.

RESUMO

Em 2019, com o aumento da demanda de diagnósticos oncológicos, principalmente mama, próstata e colo uterino, o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Itapevi se preocupou em melhorar os processos internos da gestão de risco da linha de câncer para atuação no tempo correto, em conformidade com a lei, nas fases diagnóstica e terapêutica.

Após observar a necessidade de melhorias:

- Alinhamento junto aos envolvidos nesta linha, sendo eles: Diretoria Regional de Saúde (DRS) 1, municípios, AME e hospitais de referência;
- Fluxo de encaminhamento dos municípios para o AME Itapevi;
- Qualificação e identificação mais ágil dos pacientes de risco oncológico;
- Redução de prazos para diagnóstico, tratamento e encaminhamento aos Serviços de Referência Oncológica.

O AME Itapevi desenvolveu o projeto buscando estabelecer percurso assistencial integral para atender às necessidades de pacientes com suspeita de câncer, organizando fluxos, reduzindo riscos, otimizando recursos e integrando com a rede.

ARTIGO ORIGINAL

Após realização das reuniões com os municípios de referência, sendo eles Barueri, Carapicuíba, Cotia, Embu, Embu-Guaçu, Itapevi, Jandira, Juquitiba, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Santana do Parnaíba, Vargem Grande Paulista, São Lourenço da Serra e Taboão da Serra, e o compartilhamento de protocolos, foi possível observar que os encaminhamentos passaram a ser mais assertivos a partir desta ação.

Através dos projetos de Matriciamento, o vínculo e proximidade com os municípios referenciados foram reforçados, entendendo a realidade e recurso de cada localidade e apresentando os métodos e suportes possíveis pelo AME Itapevi. As equipes municipais multidisciplinares puderam interagir com a equipe multidisciplinar do AME Itapevi, que é composta pela área médica, de enfermagem e administrativa. Esse foi um ponto essencial para a redução de espera de pacientes com lesões pré-neoplásicas e neoplásicas, pois houve o alinhamento de fluxos e também a orientação sobre a triagem, assim como o direcionamento dos pacientes e a prioridade nos encaminhamentos para o AME Itapevi, trazendo o melhor resultado no tratamento do paciente, além de uma gestão mais assertiva das vagas de consultas e procedimentos recebidos e ofertados.

O acompanhamento deste tipo de ação é gerado através da integralização entre a rede e o AME Itapevi, pois nota-se que a visão dos gestores da unidade é ampliada, aproximando os profissionais da unidade ao profissional que acompanha o paciente na origem e/ou na referência terciária, o que posteriormente possibilita a alta do paciente do AME Itapevi.

Para garantir a efetividade das ações compartilhadas com melhor relação custo-benefício e satisfação dos usuários é realizada a mensuração de resultados e aplicação de melhorias contínuas na linha de cuidado oncológica.

O AME Itapevi realiza em média o encaminhamento de 40 pacientes/mês para a rede oncológica.

Especialidades que compõem a linha de cuidado oncológica

Todo paciente com suspeita de neoplasia será inserido na LCAR. As especialidades com maior demanda de casos oncológicos são as listadas a seguir:

- Mastologia.
- Colposcopia.
- Urologia.
- Hematologia.
- Proctologia.
- Gastroclínica.
- Endocrinologia.
- Dermatologia.
- Cirurgia geral.

Os diagnósticos são realizados através de diversos exames, tais como:

- Mielograma.
- Biópsias de lesões de pele e anexos.
- Biópsia de próstata.
- Biópsia de medula óssea.
- Core biopsy.
- PAAF de mama.
- PAAF de tireoide.
- Endoscopia.
- Colonoscopia.
- Retossigmoidoscopia.
- Colposcopia.
- Mamografia.
- Ultrassom de mama.

Ferramentas utilizadas para rastreamento de risco oncológico

1. Avaliação médica prévia;
2. Indicação para exame diagnóstico;
3. Estabelecer critérios de urgência;
4. Prioridade na vaga de retorno para resultados de biópsias e/ou exame (pós-exames);
5. Alerta de resultados alterados (notificação prioritária referente a exames de anatomopatológico e imagens via e-mail para grupo de monitoramento);
6. Antecipação da consulta do paciente pós-alerta de resultado de diagnóstico de neoplasia;
7. Dupla checagem feita pelo grupo de monitoramento pós-alerta de exames;
8. Avaliação psicológica à critério médico;
9. Monitoramento do tempo de espera do paciente para entrada em rede referenciada através de regulação oncológica;
10. Rastreabilidade do destino do tratamento do paciente.

Após avaliação médica em primeira consulta e indicação para exames de imagem e/ou biópsias, o paciente é agendado para realização do procedimento. Na data do procedimento, o paciente é direcionado para o setor de agendamento, assegurando seu retorno em vagas previamente reservadas.

O Centro Estadual de Análises Clínicas (Ceac) e o Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem I (Sedi I), responsáveis pelos exames de patologia e imagens, respectivamente, ao identificarem casos confirmados ou suspeitos de neoplasia emitem o primeiro alerta de notificação, possibilitando a convocação antecipada do paciente, realizada pela equipe de atendimento (Central de Agendas e Call Center).

Essa parceria permite maior agilidade para orientação de diagnóstico e direcionamento ao tratamento, sendo prioridade para os três serviços (AME Itapevi, Sedi I e Ceac).

Em consulta de retorno pós-exame, o paciente é acolhido pela equipe multidisciplinar (Médica, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia). Após orientação médica sobre o diagnóstico, é proposto atendimento psicológico ao paciente.

Posteriormente, o paciente é encaminhado ao Serviço Social para inserção em regulação oncológica (rede terciária estadual que regula as vagas para tratamento em oncologia via sistema integrado).

A Gestão Administrativa, em conjunto com o Serviço Social, realiza o monitoramento do tempo de espera do paciente em regulação oncológica usando como diretriz a lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que entrou em vigor em maio de 2013 e tem como objetivo garantir ao paciente com câncer o direito de iniciar o seu tratamento oncológico no SUS, no máximo, 60 dias após a confirmação da doença.

Além do diagnóstico e encaminhamento para a rede terciária, o AME Itapevi empenha-se na resolutividade de casos oncológicos, em que se abrangem procedimentos de baixa e média complexidade. Dois exemplos encontram-se nas especialidades de Cirurgia Geral e Colposcopia. Os pacientes dessas especialidades são diagnosticados através de avaliação médica e exames complementares e, em casos específicos, podem prosseguir para tratamento cirúrgico interno.

Nos casos da Colposcopia, pacientes com diagnóstico de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) grau II e III são direcionados à Cirurgia de Alta Frequência (CAF) e para os pacientes de Cirurgia Geral com diagnóstico de carcinoma espinocelular e basocelular podem ser submetidos a procedimento de exérese da lesão.

O paciente finaliza a conduta oncológica no AME Itapevi e é direcionado para a Unidade Básica de Saúde (UBS) com o devido relatório expedido pelo AME Itapevi de alta e contra referência.

Reconvocação consulta pós-exames

A dupla checagem dos relatórios consolidados dos exames de imagem e anatomopatológicos é realizada mensalmente pela equipe médica e de enfermagem, fazendo análise comparativa entre alertas diários emitidos versus dados consolidados em relatórios mensais. Caso sejam identificadas falhas nos alertas diários, os serviços prestadores (Sedi I e Ceac) são notificados e os pacientes convocados.



O relatório consolidado possibilita uma análise comparativa com os dados do Sistema Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (Cross) e MV (prontuário do paciente). O objetivo desta ação é evidenciar a sequência do tratamento: comparecimento em consultas de retorno/convocações, inserção em regulação oncológica e/ou agendamento em rede referenciada. Nos casos de pequena cirurgia e CAF, retiradas de carcinomas ou lesões intraepiteliais com margens livres, os pacientes concluirão o tratamento no AME Itapevi.

Referente às faltas é feita a reconvocação do paciente. A equipe de atendimento (Central de Agendas e Call Center) realiza o contato reforçando ao paciente e/ou acompanhante a importância do comparecimento em consulta.

Reconvocação dos pacientes em agendamento terciário

Além do monitoramento do tempo de espera para entrada do paciente em rede de tratamento oncológico, a Gestão Administrativa, em conjunto com Serviço Social, monitora o comparecimento do paciente na primeira consulta em serviço externo. Caso seja evidenciada a falta, a equipe realiza a busca ativa. O Serviço Social é acionado e faz um trabalho de sensibilização junto ao paciente e seus familiares esclarecendo a importância de adesão ao tratamento proposto. O objetivo desta fase é:

- Analisar junto ao paciente e seus familiares o motivo da falta (dificuldade de transporte, recursos financeiros, disponibilidade de acompanhantes, óbito, internações);
- Sinalizar a rede oncológica para reagendamento, justificando o motivo da falta.

O serviço social, em posse de novo agendamento, informará ao paciente nova data e horário.

CONCLUSÃO

Após a implantação da Linha de Cuidado Oncológica, foi possível observar:

- Melhor qualificação das guias de encaminhamento da UBS para o AME;
- Redução do intervalo de tempo:

1. Entre entrada do paciente no AME (1ª consulta) e realização de procedimentos e/ou exames;
2. Entre resultado dos exames e consulta de retorno;
3. Entre o diagnóstico oncológico e acesso à rede terciária;

- Melhoria na integração das áreas envolvidas internamente;
- Estreitamento de relacionamento entre as redes referenciadas.

As ações integradas em conjunto com as redes primárias e terciárias quanto ao compartilhamento de protocolos e recursos, bem como uma gestão eficaz da demanda e oferta das vagas, são a estratégia para o sucesso e resolução do tratamento dos pacientes da instituição.

O AME Itapevi assegura a conclusão diagnóstica na própria unidade, tal como direciona o paciente para o tratamento oncológico em rede referenciada, oferecendo a oportunidade de um tratamento digno, humano, ético e de qualidade.

SERVIÇO SOCIAL E O ATENDIMENTO AO PACIENTE ONCOLÓGICO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

AUTORA: Cláudia Ap. de Oliveira Menon.

PALAVRAS-CHAVE

Serviço Social;
Paciente Oncológico;
Pandemia;
Atendimento.

RESUMO

Este artigo apresenta o trabalho do Serviço Social com os pacientes oncológicos diagnosticados no AME Sorocaba. Ressalta, sobretudo, o desenvolvimento dos atendimentos com esses pacientes durante a pandemia de Covid-19. Aborda o fluxo desses diagnósticos no ambulatório, bem como o resultado desses processos na adesão ao tratamento na rede externa de saúde.

ARTIGO ORIGINAL

O relato da experiência no atendimento aos pacientes oncológicos no AME - Ambulatório Médico de Especialidades de Sorocaba, em meio à pandemia de Covid-19, tem como objetivo destacar a importância do Assistente Social inserido em uma equipe multiprofissional e apresentar o aporte teórico que embasa a atuação técnica e efetiva na garantia de direitos, ressaltando a autonomia e protagonismo desses pacientes e seus familiares.

Uma das principais frentes de atuação do Serviço Social no AME Sorocaba, que atende população exclusivamente do Sistema Único de Saúde e é gerenciado pela Fundação do ABC, consiste em atender os pacientes que recebem algum diagnóstico e inseri-los na rede de serviços socioassistenciais, através de um trabalho coletivo com vistas à humanização.

Dentre esses diagnósticos, o câncer é, sem dúvida, a doença que desperta maior impacto emocional nos pacientes, que habitualmente relacionam essa enfermidade à morte e sofrimento.

Considerando a prioridade no atendimento a esses pacientes, o AME Sorocaba conta com um protocolo de agilidade no diagnóstico. Os laboratórios internos de imagem e análises clínicas enviam sinal de alerta imediatamente após o resultado para o agendamento interno, quando é positivo para neoplasia maligna. O paciente é então agendado já na primeira data disponível com o médico solicitante, quando é informado sobre seu diagnóstico e encaminhado para rede de tratamento externa. Ainda no mesmo dia, o paciente é atendido pelo Serviço Social.

Nesse contexto, o Assistente Social atua auxiliando o paciente na interpretação de seu quadro de saúde e orienta sobre as possibilidades de tratamento e direitos sociais, numa perspectiva que traz clareza quanto às informações e também suporte para o enfrentamento dessa situação.

Assim sendo, o profissional ajuda a desmistificar a doença (câncer), contribui para que o paciente seja capaz de assimilar o diagnóstico, bem como realiza ações sociais relacionadas à inclusão no tratamento oncológico.

O Serviço Social, enquanto profissão inserida na divisão sócio técnica do trabalho, sempre encontrou limites e dificuldades postos na contemporaneidade e a prática profissional tornou-se um desafio maior com o surgimento da pandemia de Covid-19 em meados de março de 2020 (no Brasil), que devido a sua fácil propagação e alta letalidade, ocasionou agravos não apenas na saúde pública como também nas áreas de economia, educação e assistência social.

Para pacientes oncológicos o alerta foi maior. Segundo levantamento feito pelo Instituto Nacional de Câncer, esse grupo tem mais chances de complicações pelo vírus devido a fatores associados e pela própria evolução da neoplasia. Não se pode deixar de considerar que pessoas continuam sendo acometidas por doenças que não a Covid-19.

Diante disso, os pacientes oncológicos se depararam com um dilema: iniciar o tratamento o quanto antes e assim expor-se ao risco de contaminação pelo coronavírus, ou esperar a amenização da pandemia sabendo que as chances de cura para o câncer podem ser menores caso o tratamento seja adiado?

Nesse sentido, a intervenção do Assistente Social no ambulatório é fundamental para que os pacientes possam fazer a sua escolha com maior segurança, sendo que o profissional direciona sua ação principalmente na busca pelo direito do pacien-

te, pleiteando a vaga no serviço oncológico com brevidade, conforme estabelece na Lei Federal nº 12.732/12, que institui o início do tratamento em, no máximo, 60 dias após o diagnóstico.

Informações preventivas sobre o coronavírus, como por exemplo, de que o uso de máscaras, assepsia com álcool em gel e distanciamento social diminuem consideravelmente o risco de transmissão, assim como esclarecer que os serviços de saúde readequaram seus fluxos, para garantir maior segurança a todos que precisam de atendimento médico, são fundamentais para que o paciente oncológico reconsidere a prorrogação do início do tratamento.

Através da acolhida e instrumentais como a escuta qualificada, entrevista e orientações, é possível dar espaço ao paciente para que manifeste sua vontade e reflita sobre qual a melhor decisão a ser tomada.

A participação da família é fundamental nesse processo. O paciente tem direito a estar acompanhado por um familiar durante as consultas e atendimentos da equipe multiprofissional. Nesse sentido, trabalhamos a importância da adesão ao tratamento, pois entendemos que, sendo o paciente sujeito de sua própria história, precisa estar ciente da sua situação de saúde. O Assistente Social atua, portanto, como um interlocutor junto à equipe, família e rede de serviços públicos.

Desse modo, o Assistente Social possui um papel estratégico no processo de comunicação entre o paciente, médicos e familiares, por meio de uma relação de confiança na qual o profissional identifica as questões que são relevantes e traduz por meio de orientações. Assim, promove ações educativas, que visam desencadear um processo reflexivo nos pacientes e familiares, para que possam participar do processo de tratamento e/ou cura (GUALDA 2008).

O resultado dessa atuação no ano de 2020/2021 neste ambulatório, através de um estudo observacional e de devolutivas



dos pacientes, foi que estes demonstraram alívio e segurança para iniciar o tratamento na rede externa de saúde após a passagem pelo Serviço Social.

Foram 743 pacientes atendidos pelo Serviço Social do AME Sorocaba no período de janeiro/2020 a agosto/2021, sendo que 98,8% desses pacientes compareceram à primeira consulta externa com Oncologista para início do tratamento durante a pandemia.

A ênfase de que o acesso à saúde é um direito desperta ao paciente seu senso crítico e também funciona como motivação para seguir em frente após o diagnóstico. Essa é uma contribuição peculiar do Assistente Social, que faz articulações com a rede de serviços públicos para garantir esse direito, realizando encaminhamentos que visam a integralidade do atendimento ao paciente.

Faz-se necessário entender que, mesmo com rotinas de trabalho alteradas e inserção de novas demandas devido à pandemia, o Assistente Social não pode perder sua especificidade, pois mesmo em meio a uma calamidade pública, deve preservar suas competências profissionais buscando leitura e atualizações para compreender a realidade social posta, se colocando como um profissional criativo, propositivo e ético (WIESE 2020).

Diante do exposto, cabe ressaltar a importância do Assistente Social em meio à pandemia como profissional que prezou pela qualidade e resolutividade dos atendimentos prestados, promovendo acesso aos bens e serviços, conforme preconizam o código de ética profissional vigente (1993) e o Projeto Ético-Político do Serviço Social que, por sua vez, estão em consonância com a reforma sanitária, na defesa da saúde pública, gratuita e de qualidade.

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que a alta adesão dos pacientes oncológicos ao tratamento externo após os atendimentos no ambulatório reflete o resultado de um trabalho eficiente que alcança a sensibilização desse público no tocante ao cuidado com sua saúde.

Destaca-se ainda que, mesmo com o funcionamento híbrido do AME Sorocaba no período de abril a agosto de 2021 como Hospital de Campanha para Covid-19, foi possível continuar ofertando aos pacientes do ambulatório um atendimento resolutivo, mantendo a prioridade aos oncológicos graças aos processos operacionais pré-estabelecidos, mapeamentos de risco e fluxos internos alinhados à Política Estadual de Humanização.

APLICATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

AUTORES: Amaury Machi Junior; Edson Nogueira Peixoto; Gisele Joos; Larissa Furtado da Silva Santos; Aline Scarpino Felipe; Marcelo Cicareli; Marcos Rocha Lopes; Laline Moliterno Clemente; Juliano Quirino Batista; Lucas Caporal da Silva.

PALAVRAS-CHAVE

Segurança do Trabalho;
Aplicativo;
Treinamentos;
Acidentes do Trabalho.

RESUMO

Não é exagero dizer que os aplicativos de celulares já fazem parte do dia a dia das pessoas de maneira bastante prática e funcional. Pensando nisso, o departamento de Engenharia de Segurança do Trabalho da Central de Convênios, mantida da Fundação do ABC, desenvolveu um aplicativo de celular que colocou as principais informações sobre saúde e segurança, agora também no bolso dos seus colaboradores.

O objetivo da ferramenta foi fornecer aos funcionários, cada vez mais digital, um compêndio sobre o tema de saúde e segurança ocupacional de rápido acesso. Uma ferramenta a mais para auxiliar o Serviço de Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho nos treinamentos do dia a dia e na redução de acidentes e doenças do trabalho.

Elaborado de forma fácil e didática, o aplicativo permite ao funcionário ter acesso a diversos temas de segurança do trabalho.

Em meio à pandemia, o aplicativo permitiu acesso a informações científicas, minimizando as Fake News. Disponível em Android e iOS.

ARTIGO ORIGINAL

De longe a área hospitalar é o ramo de atividade econômica com maior número de acidentes e doenças do trabalho, segundo o Anuário Estatístico do INSS 2019, representando aproximadamente 10% de todos os acidentes do trabalho no Brasil. O trabalho pode otimizar a qualidade de vida conforme produz satisfação, autoestima, equilíbrio emocional e reconhecimento social. Por outro lado, pode ser debilitante e impactar negativamente à saúde devido às atividades realizadas e ao ambiente laboral.

Na maioria dos casos, existem riscos no ambiente de trabalho, que pela sua natureza, suscetibilidade, intensidade, tempo de exposição e concentração que podem causar danos à saúde e integridade física dos trabalhadores, levando à ocorrência de acidentes do trabalho e erros de procedimento.

A Norma Regulamentadora nº 04 do Ministério do Trabalho e Emprego - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, classifica os serviços médico-hospitalares como grau de risco 3, variando de 1 (menor risco) a 4 (maior risco), ficando pacientes e profissionais expostos a riscos variados causados por agentes químicos, físicos, biológicos, mecânicos e/ ou ergonômicos, podendo desencadear no trabalhador doenças ocupacionais e do trabalho, além de lesões relacionadas aos acidentes de trabalho.

Conforme disponibilizado pelo Observatório de Saúde e Segurança do Trabalho (2021), ao longo dos anos de 2012 a 2020, o setor de atividades de atendimento hospitalar registrou um total de 488.837 notificações de acidente de trabalho, sendo o setor econômico com o maior número de notificações (10%).

Os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais têm se tornado habituais no ambiente hospitalar, acometendo em sua maioria a equipe de enfermagem. O Tribunal Superior do Trabalho informa que além de serem extremamente debilitantes ao trabalhador, os acidentes de trabalho têm gerado grande impacto econômico devido à perda de trabalhadores qualificados, além de gerar custos também para o Estado, através do pagamento de benefícios que podem chegar a bilhões de reais anualmente.

A busca por melhoria na redução de acidentes e doenças do trabalho e a conexão cada dia maior com a era digital fizeram com que nascesse uma ferramenta que agrega facilidade e informação de forma rápida, precisa e lúdica.

O aplicativo de Saúde e Segurança da Central de Convênios utiliza apenas 285 Kilo Bytes de espaço no armazenamento interno dos celulares, o que o torna rápido e ágil. Seu conteúdo, hospedado em uma "nuvem", agiliza o processamento das informações.

Para que o funcionário explore ao máximo o conteúdo oferecido pelo aplicativo, foi elaborado um manual de orientação. Neste manual, o usuário tem uma prévia de tudo que ele encontrará ao navegar no sistema. Para temas mais específicos, o aplicativo conecta o usuário aos principais sites de saúde e segurança, como: Fundacentro, órgão relacionado ao Ministério do Trabalho; Organização Mundial da Saúde (OMS); Center Disease of Control (CDC); Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); dentre outros.

Um ícone chamado de biblioteca permite ao trabalhador acessar documentos como: cartilhas, apostilas, livros e sites que abordam temas relacionados à matéria de saúde e segurança do trabalho, que ampliam os conhecimentos dos trabalhadores e seu prazer com a leitura.

O aplicativo mergulhou no assunto da COVID-19. Com a pandemia do novo coronavírus, as contaminações no ambiente de trabalho passaram a ser expressivas no ambiente de cuidados da saúde humana. Os profissionais da área da saúde, dentre todas as categorias, por trabalharem diretamente com os pacientes portadores do novo coronavírus, compõem o grupo de maior risco profissional. Estes profissionais representam de 3,8% a 20% da população infectada no Brasil. O aplicativo trouxe aos usuários muitas informações precisas sobre a pandemia. Na época da sua criação, as notícias falsas sobre a doença se espalhavam tão rápidas quanto o vírus. Foi possível canalizar o conteúdo em fontes seguras e pautadas na ciência.

A exposição a esse agente configura "exposição biológica" e a maioria dos profissionais de saúde que atende pacientes contaminados fica sujeita ao alto risco de adquirir a doença, particularmente durante a

realização de procedimentos. Informações como: paramentação, desparamentação de equipamentos de proteção individual, correta utilização dos respiradores PFF2 e máscaras de proteção, principais notas técnicas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dados epidemiológicos, lavagem de mãos, dentre outras, são encontradas ao navegar no sistema.

Além das matérias sobre segurança com os agentes biológicos, o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho da Central de Convênios realizou um inventário de todos os produtos químicos utilizados na rede e inseriu as suas Fichas de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ). As FISPQs fornecem informações quanto aos perigos dos agentes químicos, classificação de carcinogenicidade dada pela International Agency for Research on Cancer, composição e informações sobre os ingredientes da mistura, medidas de primeiros socorros em casos de intoxicação, medidas de combate a incêndio, medidas de controle e derramamento ou vazamento, manuseio e armazenamento, controle de exposição e proteção individual do trabalhador, propriedades físico-química, estabilidade e reatividade, informações toxicológicas, informações ecológicas, considerações sobre tratamento e disposição, informações sobre transporte, regulamentações, dentre outras informações.

Os riscos ergonômicos que causam muitas vezes lesões ao sistema osteomuscular e são hoje uma das principais causas de afastamento do trabalho, também foram incluídos no aplicativo. Por meio de vídeos sobre Ginástica Laboral, o trabalhador pode realizar de forma segura as atividades tanto no local de trabalho como em home office.

O aplicativo também faz um link com as principais campanhas do Ministério da Saúde, como: Hepatite C, Setembro Amarelo “Suicídio Informar para Prevenir”, Outubro Rosa, Campanha Nacional de Trânsito, Doação de Sangue, etc. É possível o funcionário atualizar-se sobre os temas em questão por meio de vídeos e cartilhas.

Foi criado no aplicativo um ícone chamado CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes). Este campo apresenta aos trabalhadores quem são os seus representantes e do empregador na comissão. Nome, fotos e locais de trabalho são encontrados neste espaço. Para o cipeiro é possível saber as datas das reuniões ordinárias, ter acesso a todo o material utilizado no curso de formação, dentre outras informações.

Outra questão de suma importância são os Fluxos de Acidentes do Trabalho. Tanto os formulários para preenchimento quanto as ações que devem realizar em caso de infortúnio estão bem detalhadas no aplicativo. O fluxo de acidentes direciona o trabalhador para a unidade de referência mais rápido possível para que, em casos de acidentes com material biológico, a profilaxia seja aplicada dentro do prazo estipulado.



Para auxiliar as chefias quanto ao controle dos Equipamentos de Proteção Individual, foi disponibilizado um modelo de Ficha de Controle de EPIs. Dessa forma, pode-se ter uma melhor gestão do equipamento utilizado. Além disso é possível consultar o Certificado de Aprovação (C.A) dos equipamentos fornecidos verificando sua validade e sua indicação de uso.

O aplicativo traz informativos para todas as esferas do atendimento à saúde, seja básica, de urgência e emergência, atenção psicossocial, para o administrativo, zoonoses, dentre outras.

Os funcionários já na sua admissão recebem o crachá e no próprio crachá há um QR Code para realização do download do aplicativo.

CONCLUSÃO

Contamos com mais de 6.642 (seis mil seiscentos e quarenta e dois) downloads realizados até o momento e mais de 13.618 (treze mil seiscentas e dezoito) visitas ao sistema.

O aplicativo permitiu ao trabalhador mergulhar em um vasto e rico material de saúde e segurança ocupacional.

Foram realizados mais de 1.349 (mil trezentos e quarenta e nove) ‘quizes’ de integração e outros 500 sobre Covid 19, Biossegurança, Prevenção e Combate a Incêndio, Ergonomia e Segurança com Produtos Químicos, permitindo ao SESMT saber quais são as principais dúvidas dos funcionários, após as correções dos testes.

Houve uma ótima aceitação dos trabalhadores assim como muitos elogios, além de propiciar uma excelente integração entre o aplicativo e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, que ajudou na divulgação dentro das unidades de trabalho.

CONSTRUÇÃO E USO DO INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO ÚNICO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR - SAD PARA DIRECIONAMENTO DO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR

Autores: Aline Elisa Iglesias Fontes; Claudio Rosa Lopes; Eduardo Kenji Kawamura; Gabriel Guimarães Mandaji; Kelly Simone Lopes Bianchini; Magna Angélica Moraes; Rodrigo Colen Sedlmaier.

PALAVRAS-CHAVE

Atenção Domiciliar;
Instrumento de classificação;
Multiprofissional;
Avaliação de complexidade;
Plano Terapêutico Singular.

RESUMO

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) assiste 360 pacientes em São Bernardo do Campo. Dentre as complexidades assistenciais e para garantir a qualidade do cuidado identificou-se oportunidade na construção de um instrumento multiprofissional que possibilitasse a avaliação holística do paciente, descontinuando a ferramenta até então utilizada por profissional dependente.

Objetiva criar um instrumento de classificação multiprofissional (ICUM); avaliar integralmente o paciente; possibilitar a aplicação a cada visita domiciliar; viabilizar o matriciamento e a alta qualificada.

Estudo de precisão, com estimativas para validade e confiabilidade do ICUM. Através de scores e aplicação a cada visita no período de maio-agosto/2021, submetido a grupo controle.

Demonstrou fácil reprodutibilidade, confiabilidade e sensibilidade a complexidade assistencial dirigida, propiciou continuidade e progressão do cuidado aos pacientes quando expostos os resultados de admissões e altas no período de estudo.

ARTIGO ORIGINAL

A Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde - SUS obteve regulamentação em agosto de 2011, quando o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) foi instituído. Desde então, passou por reformulações que visam a qualificação e aprimoramento do programa de atendimento em âmbito domiciliar, seguindo atualmente a Portaria Ministerial n° 825, de abril de 2016. Quando dispõe que o SAD "trata-se de uma modalidade de atenção ligada a Rede de Atenção à Saúde (RAS)" e, está organizada em três classificações, a Atenção Domiciliar (AD) 1, 2 e 3, conforme descrição da Portaria Ministerial e Caderno de Atenção Domiciliar (Ministério da Saúde, 2012).

Com o aumento da expectativa de vida, da idade da população, bem como o avanço tecnológico houve considerável aumento na sobrevida de pacientes. Em função deste aumento, também a implementação do atendimento e acompanhamento paliativo a um crescente número de pacientes com classificação de acompanhamento ao SAD, ou seja, visitas domiciliares (VDs) de equipe multiprofissional.

O Serviço de Atenção Domiciliar de São Bernardo do Campo (SAD-SBC) conta atualmente com 5 EMADS (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar) e 1 EMAP (Equipe Multiprofissional de Apoio), que abrangem visitas domiciliares à toda população deste município com critérios de elegibilidade, ou seja, são atendidos em média 360 usuários, com mais de 2.650 visitas mês/nível superior. Podemos até mesmo como comparativo dizer que o Serviço possui o maior número de "leitos" do município, quando comparado aos hospitais ligados a RAS, com outro fator considerável pois tratam-se de "leitos" com atendimento de profissionais circulantes, podendo demonstrar o seu diferencial a partir deste momento, temos a família/cuidador dos usuários como o maior parceiro do serviço para a assistência. As equipes são compostas de fisioterapeuta, médico, enfermeiro, assistente social, fonoaudióloga, nutricionista e técnico de enfermagem, distribuídas conforme territorialização do município e a abrangência destes entre EMADS e EMAP.

Em função das múltiplas categorias profissionais que realizam visitas domiciliares simultaneamente com direcionamentos técnicos diferentes entre si, por áreas de formação distintas, verificou-se a necessidade na condução integral do cuidado ao usuário. Para tanto, em busca de bases de dados como Google Academics, Lilacs, Scielo e alguns repositórios de Universidades, poucas referências ligadas ao contexto foram encontradas. Mediante a este cenário, vislumbrou-se a padronização de um instrumento que nomeamos como ICUM (Instrumento de Classificação Única Multiprofissional), este instrumento tem por objetivo a classificação AD1, AD2 ou AD3, a periodicidade de visitas domiciliares realizadas pela EMAD e não por profissional dependente, o acompanhamento e condução do Plano Terapêutico Singular (PTS), proporcionando a progressão e o alinhamento no cuidado desde a admissão até a alta, sendo este um diferencial, com ênfase ao contexto atual do usuário e possibilidade do matriciamento mais assertivo junto à Rede de Atenção da Saúde.

Foi a partir de então que a equipe do Serviço de Atenção Domiciliar de São Bernardo do Campo adaptou o Instrumento

de Classificação baseado nos sistemas do corpo humano, utilizando como consulta a publicação do SAD de Contagem – MG, para o protocolo de elegibilidade (2019). Além de adaptar, destacamos a implantação na descrição dos seis itens a seguir: sistema respiratório, tegumentar, medicamentosa e via de aplicação, aspectos relacionados a paliatividade com pontuação baseada na escala de Lansky (menores de 0 a 16 anos), se paciente paliativo proporcional ou exclusivo e, finalmente, mas não menos importante, o status de treinamento do cuidador.

O cuidador compõe fundamentalmente a Atenção Domiciliar. Muito embora o resultado seja constatado no paciente, é através da capacitação e treino continuado do cuidador que as metas assistenciais estabelecidas pelo ICUM/PTS são viabilizadas e alcançadas. Todo o treinamento e capacitação realizados nas visitas domiciliares são validados através de plano educacional, item este levado em consideração para pontuação em score. Os scores variam de 1 a 25 dependendo do sistema avaliado. Somados até 12, são pacientes classificados como AD1, e neste caso estão em condições de continuidade e tratamento em Unidade Básica de Referência e prosseguem com alta clínica do Serviço. Com score entre 13 e 24 são classificados como AD2 com visitas quinzenais, já os AD2 com score superior a 25, as visitas são semanais/diárias, pois os usuários para esta classificação realizam procedimentos habitualmente de ambiente hospitalar, como descreve Vilas Boas, 2016, em relação ao número de visitas e determinados cuidados em função dos riscos: como múltiplas lesões, desmame de traqueostomia/oxigenoterapia, medicações endovenosas, intramuscular/hipodermóclise, aspectos relacionados ao acompanhamento e potencial fragilidade do cuidado, como vínculo frágil, baixo nível de entendimento e assimilação de orientações que necessitem de proximidade no cuidado. Também com relevância a este modelo, o artigo nono da Portaria Ministerial n.825/2016.

Já os pacientes AD3 com score acima de 25 (uso de ventilação mecânica) têm visita minimamente semanal. O score máximo atingido quando somadas as maiores



pontuações dos itens de avaliação será de 77 pontos. Isso confere à ferramenta uma capacidade de mensurar os itens com dados de alta precisão e possibilita o manejo de cuidados e progressão complexidade AD3, para AD2 e, consequentemente, AD1, por exemplo. Este dado só é possível mediante a frequência de aplicabilidade.

A multiplicação do ICUM e a capacitação da equipe foram realizadas a partir de encontros, de modo a alinhar e esclarecer dúvidas através de simulação prática da aplicabilidade e preenchimento deste.

O ICUM é preenchido a cada visita domiciliar pela equipe multiprofissional. Seu preenchimento tem durabilidade inferior a 60 segundos, para os 37 itens em 9 categorias e, durante os rounds (reunião da equipe multiprofissional semanal), os maiores scores dos sistemas avaliados são elencados para a construção e consequentemente condução do PTS (utilizada a instrução presente no Caderno de Atenção Domiciliar, 2013). Os menores scores são conceituados para trabalho no nível de prevenção de agravos, visando a alta do paciente.

Portanto, trata-se de um estudo de precisão, com período de desenvolvimento e aprimoramento dos itens a partir de maio/2020, aplicado aos pacientes do Serviço de Atenção Domiciliar por 2.315 vezes.

Durante o estudo houve escolha de um território e equipe piloto. Esta escolha foi realizada em função da hegemonia da região, pois quando avaliada a condição social e renda mantinham um equilíbrio com os demais territórios avaliados. Os profissionais do território piloto aplicavam o instrumento única e exclusivamente no momento da alta, para comparativo às demais equipes que a utilizavam durante todo o tempo de permanência do paciente no SAD, ou seja, desde a admissão até a alta.

No decorrer da aplicação e com os scores ajustados, contribuições advindas das equipes (EMADS e EMAP), o desenvolvimento do Instrumento considerou a objetividade, validade, confiabilidade, praticabilidade, sensibilidade, responsividade, buscando um olhar integral ao usuário.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o ICUM, após análise, além de ser um instrumento reprodutível e autoexplicativo na modalidade assistencial do paciente em AD, apresentou resultados satisfatórios para a complexidade assistencial dirigida (AD2/AD3), pois demonstrou ser um instrumento facilitador na condução dos pacientes desde a admissão até a alta, possuir fácil aplicabilidade e preenchimento dos itens e confiabilidade nas informações.

O ICUM qualificou o PTS, favoreceu o aprimoramento do senso crítico, facilitou a confecção da agenda de distribuição das visitas e sua periodicidade, reduziu o olhar fragmentado do usuário, promoveu a assistência e colaboração entre os integrantes das EMADs/EMAP e, consequentemente, estimulou a rotatividade dos pacientes do SAD - SBC.

Desta maneira, vislumbramos a continuidade do estudo, com a tabulação e avaliação dos dados fornecidos através do preenchimento do ICUM.

CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA PLATAFORMA DE SOLICITAÇÕES ON-LINE DE LEITOS HOSPITALARES EM SÃO CAETANO DO SUL

AUTORES: Ricardo Carajeleascow; Juliana Lopes Cury; Jorge Eduardo Grillo Bastos.

PALAVRAS-CHAVE

Regulação;
Leitos hospitalares;
Tecnologia da informação em saúde.

RESUMO

Este artigo tem o objetivo de apresentar a criação e implementação de uma plataforma on-line de solicitação de leitos hospitalares para internação no município de São Caetano do Sul, desenvolvida no ano de 2020 com a finalidade de reorganizar a regulação de leitos, garantir e ampliar o acesso aos serviços municipais de saúde.

A plataforma foi desenvolvida através do compartilhamento de demandas e ideias entre Diretoria, Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Tecnologia da Informação para a criação de um canal de regulação que permitiu a redução dos ruídos de comunicação, centralização das informações em um único local, restrição e proteção do acesso aos dados dos usuários do sistema de saúde e ainda permitiu o desenvolvimento de indicadores para melhoria da oferta de serviços de saúde à população da cidade.

ARTIGO ORIGINAL

Plataforma de Solicitações On-line de Leitos Hospitalares - A portaria GM/MS nº 1.559/2008 prevê a organização da regulação de saúde do SUS em 3 dimensões: Sistemas de Saúde, Atenção à Saúde e Acesso à Assistência.

Segundo a portaria, cabe ao gestor público o estabelecimento de uma rede que organize e controle a disponibilização de leitos hospitalares através de protocolos assistenciais e o estabelecimento de referências entre os diferentes níveis de complexidade pactuados.

A regulação tem o objetivo de garantir o adequado acesso ao serviço de saúde respeitando os princípios do SUS, contribuir com a elaboração de protocolos e fluxos de referência e contrarreferência, participar de ações, planejamento, controle, avaliação e auditoria dos equipamentos de saúde.

Para isso, os complexos reguladores devem atuar de forma clara, integrada e responsável, com critérios bem definidos baseados nas demandas da população e de acordo com os recursos disponíveis em cada munícipio.

No munícipio de São Caetano do Sul, o complexo regulador é dividido em uma central de regulações ambulatoriais e 2 núcleos de regulação internos (NIR) para os atendimentos hospitalares.

O NIR precisa atuar com o apoio das lideranças e ser entendido como parte do planejamento estratégico da instituição.

A regulação dos leitos hospitalares visa a resolução dos casos em nível municipal e acesso ao nível estadual através da CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde) para as demandas que extrapolam as competências municipais.

O Complexo Hospitalar de São Caetano do Sul é dividido em 3 hospitais localizados na mesma estrutura física (Zerbini, Márcia e Maria Braido), que atende a população adulta na modalidade de internação e pronto-socorro infantil e ginecológico, e um pronto-socorro adulto (HMEAS) deslocado da estrutura principal.

A porta de entrada adulto em urgências e emergências é, portanto neste pronto-socorro, onde o paciente é atendido, estabilizado e direcionado para a internação.

Alguns pacientes permanecem internados numa enfermaria que existe anexa ao pronto-socorro, mas a grande maioria dos que precisam de internação em razão de maior complexidade, especialidades médicas ou casos cirúrgicos necessita de transferência para o Complexo Hospitalar.

Até 2019, a regulação dos leitos hospitalares dentro do município de São Caetano do Sul era realizada através de um grupo de WhatsApp formado por médicos, enfermeiros e funcionários administrativos dos núcleos de regulação.

O NIR HMEAS solicitava a internação dos pacientes que chegavam no pronto-socorro através deste grupo. Todas as informações pessoais e história clínica do paciente, discussões dos casos e regulação dos leitos acontecia neste grupo. Não havia uma padronização das mensagens, portanto, cada membro do grupo podia enviar da forma que achasse adequada e inclusive poderia apagar o que achasse necessário, deixando clara uma fragilidade da regulação.

Foram levantados diversos problemas relacionados à falta de um sistema de regulação, como o uso indevido das mensagens, presença de membros no grupo que não participavam da regulação, falhas de comunicação, dificuldade para localizar os casos (em meio a tantas mensagens), funcionários que recebiam as mensagens fora dos seus horários de trabalho, impossibilidade de elaboração de relatórios e indicadores de forma automática, dificuldade na manutenção dos históricos de solicitações de cada paciente e, principalmente, a falta de proteção dos dados deles.

Com a chegada da nova diretoria técnica no Complexo Hospitalar e a reconfiguração do seu NIR (com ampliação do grupo de reguladores e a redistribuição das atividades conforme competências), verificou-se a grande fragilidade do processo de regulação dos leitos hospitalares e a necessidade de discussão voltada para uma reestruturação do serviço.

Era necessário encontrar alternativas para a melhora da comunicação, da segurança e da organização de todo o processo de trabalho. O principal objetivo era a otimização dos leitos disponíveis com a centralização da regulação em um único setor, e não mais com as unidades de internação exercendo essa tarefa sem a atenção à priorização da ocupação dos leitos.

Foi então que, após diversas discussões sobre o tema entre a diretoria e o NIR, decidiu-se pela criação de uma plataforma on-line de solicitação de internação que atendesse às demandas e oferecesse um fluxo claro, padronizado e seguro para os pacientes que entravam no Complexo Hospitalar através do pronto-socorro do HMEAS.

Foi solicitado, então, ao setor de tecnologia da informação (TI), a criação de uma plataforma que funcionasse de forma on-line, simples e que pudesse ser acessada em qualquer computador e celular.

A plataforma foi inteira elaborada e configurada conforme as necessidades reais do município e passou a reunir todos os dados de cada paciente individualmente, sem risco de troca de informações, configurando um verdadeiro banco de dados de saúde, que auxilia na internação vigente e nas demais que o paciente eventualmente tiver.

Foi implantada em fevereiro de 2020 e ficou por duas semanas em testes. Após isso o grupo de WhatsApp foi desfeito e hoje a plataforma funciona em tempo real, 24 horas por dia, sendo um instrumento de regulação oficial.

Consiste em uma tela principal, onde os pacientes são agrupados por “status” (identificados por diferentes cores) que determinam em que situação está a regulação de cada paciente. São 8 “status” diferentes: solicitação efetuada, aguardando, aguardando com pendências, vaga liberada, admitido, cancelada, avaliação, CROSS.

Os pacientes são inseridos pelo NIR HMEAS com informações pessoais, histó-



ria clínica (evolução médica e exames) e unidade de internação necessária.

Os enfermeiros do NIR do Complexo Hospitalar passam então a regular cada um dos casos e atualizar a plataforma através da mudança de “status”. Nesse momento, os exames, as comorbidades, e a pertinência da solicitação são avaliados. A solicitação pode ser prontamente atendida ou mudada de status para aguardar, caso haja pendências.

A plataforma também conta com um espaço para conversas entre as equipes de ambos os núcleos de regulação, que ficam registradas de forma definitiva, sem que possam ser apagadas posteriormente. Este espaço funciona como um “chat” para a retirada de dúvidas, posicionamento quanto à passagem dos casos para as equipes, alterações nas solicitações e conclusão das transferências.

Por ser customizável, permite a adequação da sua estrutura conforme às necessidades da regulação, podendo ter itens acrescentados ou retirados pela TI.

Além disso, ela conta com uma estrutura mobile, facilmente acessada via remota em aparelhos de celular, com as mesmas características e funcionalidades do uso no computador.

Em março de 2020, um mês após a sua implantação, a plataforma foi bravamente testada com a chegada de inúmeras solicitações de casos COVID ao mesmo tempo.

Os casos se multiplicaram rapidamente e atendê-los com rigor e agilidade era fundamental. E no decorrer da pandemia, a plataforma passou por diversas adaptações e ajustes para que pudéssemos atender às necessidades de cada caso conforme suas complexidades.

Um sistema organizado foi imprescindível para o bom desempenho da regulação de leitos e atendimento à população de São Caetano do Sul. A certeza que ficou é que muitos problemas teriam ocorrido caso não tivesse ocorrido a implantação da plataforma.

CONCLUSÃO

A regulação de leitos tem o objetivo de garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Os gestores devem ter a preocupação em desenvolver estratégias que permitam a aplicação das melhores práticas e tecnologias dentro das instituições. A criação de uma plataforma on-line de solicitação de leitos em São Caetano do Sul permitiu uma mudança na forma de trabalho da regulação. Aumentou a segurança do processo, ao restringir o número de pessoas envolvidas, e a proteção dos dados em uma plataforma independente. Permitiu a criação de um banco de dados sobre cada paciente e a elaboração de relatórios e indicadores. Reduziu os ruídos na comunicação. Possibilitou uma melhor análise dos casos e a liberação de leitos mais adequados às necessidades individuais. E o acesso remoto em aparelhos de celular também favoreceu o gerenciamento do serviço. Sua estrutura simples, didática e adequada às necessidades do município tornou a regulação de leitos muito mais rigorosa, integral e ágil.

LEAN NO NARDINI

Autores: Marcello Perez M. Azevedo; Dra. Adlin de Nazaré Santana S. Veduato.

PALAVRAS-CHAVE

Lean;
Excelência operacional.

RESUMO

Originariamente, o Lean Manufacturing foi desenvolvido nas linhas de produção de veículos no Japão, pós 2ª Guerra, visando a busca contínua na redução de desperdícios de linha de produção, a saber: transporte, estoque, movimentação, espera, superprodução, processamento excessivo, retrabalho e intelectual.

Através de ferramentas como mapeamento de fluxo de valores, padronização de atividades, entre outras, a técnica foi adaptada para os hospitais no desafio de "enxugar" processos, reordenar áreas tanto assistenciais quanto de suporte administrativo, sendo esses processos conduzidos pelas Gerências Administrativa e de Enfermagem em eixo com as Diretorias Técnica e Geral. No Hospital de Clínicas Radamés Nardini, o foco inicial é a Emergência, que recebe demanda de todo o Município, além dos adjacentes. Para tal, é através de tais ferramentas que se evolui para maior rotatividade de leitos, a fim de que torne a admissão mais fluida, com total gestão de suporte e aliada à sustentabilidade financeira.

ARTIGO ORIGINAL

INTRODUÇÃO

Ao redor do mundo, as emergências hospitalares são superlotadas devido, principalmente, à explosão demográfica x oferta de leitos hospitalares, recursos limitados, modelos de gestão e a baixa resolutividade da atenção primária, além de profissionais inexperientes atendendo nas portas dos prontos-socorros e hospitais, que não estão estrategicamente alinhados entre seus setores de internação, emergência entre outros.

Hoje é comprovado que um suposto aumento de quadro de colaboradores e um acréscimo de estruturas físicas, como a construção de edificações hospitalares, não apenas não resolvem a equação, como aumentam exponencialmente os custos e a insatisfação da população.

Uma emergência não estruturada, além de dificultar o acesso, atrasa o atendimento, aumenta a sobrecarga das equipes e, portanto, reduz a segurança do paciente.

O objetivo do projeto, portanto, é fluidez no atendimento, giro de leitos satisfatório para adequado atendimento à população principalmente na situação de emergência, melhora de processos e melhor uso dos recursos financeiros e humanos, além de focar na qualidade da assistência e na experiência do paciente. Pacientes e familiares prontamente atendidos, prontamente internados, que têm suas demandas resolvidas no menor tempo possível estarão satisfeitos, o que melhora o clima do hospital. Funcionários mais felizes trabalham melhor e sempre lembrando do foco na segurança do paciente.

DESENVOLVIMENTO

Nesse contexto, iniciamos em nosso Hospital o levantamento de uma grande variável de dados, pertinentes a tudo que envolve tempo consumido no atendimento de pacientes, desde sua chegada na recepção até sua efetiva saída. Levando em consideração toda a cadeia de atendimento, suporte diagnóstico, recursos humanos, rotatividade diária, entre outros, com o objetivo de estancar o "dano final" que é a equação "Dano Final = Agressão x Vulnerabilidade – Contingência". Agressão entende-se demanda, vulnerabilidade entende-se ausência de visão holística, e contingência entende-se capacidade de absorver os danos (Equipes, Espaços e Pessoas).

Para tanto, será criada uma "Sala de Comando". Serão instituídos dois encontros diários com duração máxima de 15 minutos com equipes multidisciplinares, nos quais serão debatidos sobre a oferta de leitos hospitalares, recursos necessários para a melhoria de processos, maneiras de assegurar fluxos contínuos, melhora de processos com base nos tempos para eliminação dos desperdícios e atividades de baixo valor agregado. O eixo que norteia esse grupo são os indicadores propostos pelo Ministério da Saúde: quantidades de óbitos em 24 horas, dias de ativação de capacidade plena, total de entradas, fator de utilização, taxa de abandono, tempo médio de permanência, tempo de passagem no pronto-socorro com e sem internações e indicador de superlotação.

A proposta nesse olhar mais geral permite a aplicação de diversas bases teóricas distintas, levando a um contexto maior de gestão, com papéis pré-definidos.

Definir no plano os gatilhos e os responsáveis pela ativação do Gabinete;

Definir a composição do gabinete e suas atribuições;

Definir os critérios clínicos de admissão e alta, suspensão de procedimentos eletivos e de triagem reversa (é preciso aumentar a capacidade do hospital, definindo critérios clínicos para desospitalização).

A Triagem Reversa é a reavaliação dos pacientes hospitalizados para agilizar a alta em situação de superlotação nos serviços da urgência hospitalar. Diferente da Triagem ou da Classificação de Risco, a Triagem Reversa é um processo de priorização do atendimento aos pacientes por gravidade, montando equipe de médicos para reavaliar os pacientes hospitalizados constantemente e dar alta ou transferir pacientes no contexto de superlotação no serviço de urgência.

Para isso, serão definidos protocolos clínicos assistenciais, além de educação contínua e treinamento de equipes para atuar com previsão de altas e programação de altas até às 9h da manhã para que todo o processo de gerenciamento de leito possa ser efetivo. Fazer parcerias com hospitais de retaguarda para que os pacientes crônicos sejam transferidos.

O Comitê de Gerenciamento Diário (CGD) é uma estrutura de análise, decisão e controle responsável pela gestão plena da situação emergencial. A gestão contínua da autoridade no hospital é a melhor garantia de sucesso. Dessa forma, é o CGD que tem o poder de decisão e de comando. As equipes

assistenciais devem estar prontamente preparadas para acatarem as decisões e ordens emanadas. Neste ponto é importante que principalmente a equipe médica, que sempre esteve no comando das equipes multidisciplinares, entenda seu papel de igualdade de importância e que também precisa acatar decisões superiores administrativas para que toda a cadeia funcione e flua.

O CGD é uma ferramenta de gestão visual que auxilia o hospital a alcançar a melhor resposta no enfrentamento de possível superlotação. Deve-se fazer registro diário dos recursos estratégicos para o gerenciamento da crise, com o objetivo de proporcionar atendimento aos pacientes nos tempos e momentos e recursos adequados e com excelência na assistência, foco na qualidade e na experiência do paciente. O monitoramento e o treinamento constantes são fundamentais.

COMO FAZER:

• Dentre os integrantes do CGD, definir um responsável pelo preenchimento e gerenciamento para cada tema (Demanda, Espaço, Equipamento, Equipe e Saída);

• Definir os integrantes (multiprofissional);

• Diariamente e no mesmo horário, os instrumentos (ou mapas) devem ser preenchidos para subsidiar o CGD;

• O instrumento deve ser preenchido à caneta e à lápis, para proporcionar o gerenciamento de forma visual;

• Cada responsável apresenta os indicadores do tema de sua responsabilidade de forma rápida;

• Após todos apresentarem, discutem os pontos de desvio e os correlacionam com o todo (temas);

• Todas as pendências apontadas no CDG de todos os temas devem ser desenvolvidas no plano de ação rápido com responsável, prazo e status;

• Desenhar as ações e durante os dias, monitorar se os indicadores voltaram ao preconizado;

• Uso de ferramentas de gestão como Bow Tie, espinha de peixe;

• Treinamento e educação continuada de toda a equipe;

• Equipe médica engajada e ciente do seu papel em todo esse processo;

• Clima organizacional;

• Pesquisa baseada na experiência do paciente, em cada etapa de contato com o mesmo e a família para que se possa enxergar a visão do outro;

• Análise do setor de RH para ideal recurso de funcionários, locar e/ou contratar funcionários com experiência em Lean;

• Incremento de protocolos assistenciais e protocolos de triagem na emergência;



• Educação da população para real procura a "hospital terciário" (orientação de procura às unidades básicas de saúde para problemas primários);

• Melhorar a comunicação entre as equipes e com os líderes;

"Não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define, não se define o que não se entende, não há sucesso no que não se gerencia" – William Edwards Deming.

Os passos a serem rigorosamente seguidos:

PLANEJAR:

• Apresentação da filosofia Lean.
• (Macro - overview).
• Briefing do projeto.
• (Micro - área cliente).
• Diagnóstico inicial da situação.
• Definição dos KPI's e entregáveis.
• Análise dos stakeholders.

FAZER:

• Apresentação e treinamento das ferramentas Lean Healthcare.

• Aplicação das ferramentas (Pilotos, Planos de Ação, Kaizen, Comunicação Interna).

CONTROLAR:

• Gestão à vista dos KPI's.
• Daily Team.
• (Líderes - Máx. 15 min).
• Daily Huddle.
• (Operacional - Máx. 15 min).
• Debriefing Semanal.
• (Líderes e Operação).

AGIR:

• Revisão dos Planos de ação (Baseado no debriefing).

• Revisão dos KPI's (Redefinição de métricas, métodos de medição).

• Treinamentos de reciclagem.

• Reconhecimento do resultado das equipes.

ENTREGÁVEIS:

• Redução da lotação e prevenção de possível superlotação dos hospitais.

• Redução no tempo.

CONCLUSÃO

A metodologia Lean propicia com as análises e mensuração de dados coletados e processos, o discernimento de padrões de toda a produção e a busca contínua de melhorias com a compreensão do quadro atual. O entendimento do conceito e importância do método determinará os modelos de produção hospitalar; sua evolução e a visão de quando, onde, porque e como aplicar. As novas ideias emergem da identificação de modelos ultrapassados de gestão, sobrepujando-as de forma que o início do projeto seja o gatilho de união e comprometimento, foco na redução das variabilidades dos resultados, aumento da produtividade e simplificação dos processos.

A experiência de sucesso na indústria pode ser transferida para a saúde e a profissionalização da gestão é fundamental para as instituições. O Lean fará a diferença na segurança do paciente, na saúde da população e para os profissionais. O resultado do processo, da reestruturação, do constante monitoramento e o engajamento serão saúde de qualidade e segura.

PROGRAMA PARCEIRO SEGURO

Autores: Fabiana Vidal; Gustavo Queiroz; Mirian Borini; Poliane Ferreira; Simone Costa; Simone Souza.

PALAVRAS-CHAVE

HIV;
AIDS;
Parceiro;
Acolhimento;
Doença sexualmente transmissível;
Prevenção;
Responsabilidade Social.

RESUMO

Essa diretriz teve como objetivo acolher e direcionar o companheiro (a) do paciente hospitalizado no Instituto de Infectologia Emílio Ribas II e recém-diagnosticado com HIV/AIDS, além de contribuir com a responsabilidade social de saúde pública da região da Baixada Santista.

Por se tratar de uma doença sexualmente transmissível e sabendo do estigma que a envolve e da dificuldade de aceitação do diagnóstico, o projeto visa acolher, também, o companheiro (a) deste paciente.

Definimos um fluxo a ser realizado pela equipe multiprofissional para a realização do teste de verificação de sorologia para HIV do companheiro (a) do paciente hospitalizado e recém-diagnosticado com HIV.

Identificamos a importância da realização do acolhimento e suporte emocional pré-teste com informações sobre HIV/AIDS, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento. Como também direcionar o companheiro (a) para ser referenciado na rede de assistência especializada caso resultado positivo ou indefinido.

ARTIGO ORIGINAL

O projeto visa abranger o parceiro (a) ou cônjuge dos pacientes hospitalizados no Instituto de Infectologia Emílio Ribas II - Baixada Santista com o objetivo de disponibilizar o teste de verificação de sorologia para HIV do parceiro (a) ou cônjuge do paciente recém-diagnosticado com HIV/AIDS ou mesmo aqueles que já possuem o diagnóstico, mas que seu companheiro (a) nunca realizou a sorologia.

Garantir a notificação de casos positivos para a Vigilância Epidemiológica do Município, através do preenchimento e envio de ficha de investigação, colaborando na facilitação, formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões, com vistas a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população.

Após o médico solicitar o exame de sorologia será avaliado: Resultado Negativo – analisar se significa que a pessoa (1) não está infectada ou (2) está infectada tão recentemente que não produziu anticorpos para a detecção pelo teste; avaliar/rever a adesão ao preservativo e não compartilhamento de agulhas e seringas no caso de usuários de drogas injetáveis; definir um plano viável de redução de riscos que leve em consideração as questões de gênero, vulnerabilidades para o HIV, diversidade sexual, uso de drogas e planejamento familiar.

Resultado Positivo: confirmar diagnóstico com duas metodologias diferentes. Após confirmação, encaminhar para o serviço de assistência social desta instituição para conduzir ao serviço de tratamento e acompanhamento da cidade de origem. Orientar a respeito da doença/tratamento. Encaminhar para atendimento psicológico considerando possíveis reações emocionais que venham a ocorrer.

Resultado Indeterminado: orientar que um resultado indeterminado significa que deve ser coletada uma nova amostra após 30 dias da emissão do resultado da primeira amostra; reforçar a adoção de práticas seguras para a redução de riscos de infecção pelo HIV e por outras DSTs; encaminhar para atendimento psicológico considerando possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante este período de espera do resultado de teste.

Ao enfermeiro e equipe de Enfermagem caberá realizar coleta de exames laboratoriais e encaminhar ao laboratório; acolher e prestar assistência de enfermagem caso seja necessário, juntamente com a equipe multidisciplinar; orientar sobre agendamento de consultas no ambulatório de especialidades, acompanhamento médico, medicações de uso contínuo e possíveis dúvidas, caso seja necessário.

O psicólogo/Serviço Social deverá prestar acolhimento e suporte emocional ao companheiro (a) do (a) paciente pré e pós teste, além de informações sobre HIV/AIDS, bem como suas formas de transmissão, prevenção e tratamento. Sabe-se que receber o diagnóstico do HIV, mesmo com os serviços de saúde disponíveis na atualidade, ainda é uma situação difícil. A primeira reação é costumeiramente tomada pelo choque, confusão, ansiedade e medo. O impacto emocional causado pelo diagnóstico afeta o bem-estar físico e mental. Podem ocorrer sintomas de depressão e ansiedade, sentimentos negativos, vergonha, preocupação com opiniões de terceiros, além do medo da morte poder começar a aparecer. Entendemos, assim, que o recebimento do diagnóstico do HIV pode ser primeiramente encarado com negação, depois raiva e tristeza para, então, ser aceito pelo paciente soropositivo. É como um mini processo de luto pelo qual a pessoa passa antes de aceitar a sua realidade e adotar uma postura proativa. Mesmo pessoas diagnosticadas com HIV sem o quadro característico da AIDS po-

dem apresentar esses sintomas e receios, o que faz com que seus parceiros vivam a mesma reação diante de provável diagnóstico, afinal, outro fator a considerar é a estigmatização da doença.

Embora o estigma acerca do HIV/AIDS tenha melhorado desde a década de 1980, quando a infecção pelo vírus se encontrava descontrolada, podemos perceber através de nossa prática e experiência que crenças equivocadas, discriminação e desinformação ainda circulam pela sociedade, causando sofrimento aos portadores. Sendo assim, cuidar da saúde mental é essencial para adquirirem maior controle emocional, aprenderem a viver com a sua condição e cuidarem de seu bem-estar no dia a dia.

No momento do pré-teste: reafirmar o caráter confidencial e o sigilo das informações; trocar informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste e o impacto na vida de cada usuário; comunicar o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) para que seja realizado o preenchimento da ficha de notificação compulsória (posteriormente, a ficha somente será validada e enviada ao serviço de vigilância do município no caso do resultado positivo).

Diante de Resultado Negativo: verificar dúvidas após orientação médica.

Diante de Resultado Positivo: permitir ao usuário o tempo necessário para assimilar o impacto do diagnóstico e expressar seus sentimentos, prestando o apoio emocional necessário; lembrar que um resultado positivo não significa morte, ressaltando que a infecção é tratável; reforçar a necessidade do uso do preservativo e não compartilhamento de agulhas e seringas no caso de usuários de drogas injetáveis, lembrando a necessidade de redução de riscos de reinfecção e transmissão para outros; contribuir para um plano viável de redução de riscos que leve em conta as questões de gênero, vulnerabilidade, planejamento familiar, diversidade sexual e uso de drogas.

Diante de Resultado Indeterminado: dar suporte emocional durante o período de espera do resultado do teste; enfatizar a relação entre DST e HIV/AIDS; explorar



qual o apoio emocional e social disponível (família, parceiros, amigos, trabalho e outros); avaliação de riscos – explorar as situações de risco de cada usuário e medidas de prevenção específicas.

O setor de SCIH irá garantir o preenchimento e o envio da notificação compulsória em casos confirmados, para fins de estatísticas e demais ações dos órgãos públicos de esferas municipais, estaduais e governamentais. Referenciar o usuário para os serviços de assistência necessários, incluindo grupos comunitários de apoio, enfatizando a importância de acompanhamento médico, psicossocial periódico, para a qualidade de vida.

A equipe do laboratório também está envolvida neste projeto. Realizará a análise do sangue coletado com a realização de dois testes seguindo a metodologia estabelecida pelo Ministério da Saúde. Os exames confirmatórios são realizados na FMABC. O biomédico responsável pela realização dos exames libera os resultados técnicos e o supervisor do laboratório do IIERII-BS realiza a liberação clínica e imprime o laudo do exame.

O laudo em questão será entregue para a assistente social ou psicóloga (ambas) e estas para o médico responsável em comunicar o diagnóstico ao parceiro (a) /cônjuge.

Todo esse processo de diagnóstico laboratorial para o exame de HIV de parceiro(a) / cônjuge é de acordo com o “Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças” (2018).

CONCLUSÃO

O Programa Parceiro Seguro visa acolher e direcionar o companheiro (a) do paciente hospitalizado no Instituto de Infectologia Emílio Ribas II. Identificamos a importância da realização de suporte emocional pré-teste com informações sobre HIV/AIDS, como também direcionar o companheiro (a) para ser referenciado na rede de assistência especializada em se tratando de resultado positivo ou indefinido. A definição de uma diretriz auxiliou a estabelecer um fluxo de “cuidado” a ser realizado pelos profissionais da equipe multiprofissional, pois o procedimento para diagnosticar se o paciente é soropositivo é complexo – várias etapas são realizadas para aumentar o grau de confiabilidade dos exames.

Percebemos que, ocorrendo a confirmação do diagnóstico, é importante que a notícia seja dada ao companheiro (a) com muita tranquilidade, demonstrando que, apesar de não ter cura, existem tratamentos para combater o vírus, além de desvendar os principais mitos em relação à síndrome.

AS CAUSAS DE ACIDENTES E SUAS PREVENÇÕES

Autor: Ricardo Henrique de Oliveira.

PALAVRAS-CHAVE

Colaboradores;
Causas;
Acidentes;
Capacitação;
Inovação;
Teatro;
SIPAT;
Prevenção.

RESUMO

Os colaboradores do serviço de saúde irão aderir mais facilmente a um programa de prevenção de riscos se compreenderem suas premissas e objetivos. Como os riscos podem variar entre as diversas funções, a capacitação deve ter seu conteúdo planejado de acordo com o risco de cada uma, porém, cada vez mais se tem tornado um desafio a realização de tal capacitação em meio às diversas rotinas, processos, atividades, turnos e funções envolvidas em uma unidade de saúde, ainda mais com o agravante do período de pandemia.

O objetivo principal é alcançar melhores desempenhos e evoluir a forma de boas práticas junto aos colaboradores. Pensando nisso, o setor de Segurança do Trabalho elaborou uma forma de juntar os dois temas em um só evento. Aproveitando a SIPAT, realizamos um teatro envolvendo os colaboradores como os principais atores, e tendo como objetivo principal a sensibilização dos funcionários em relação aos acidentes, suas causas e consequências.

ARTIGO ORIGINAL

Teatro

A SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes), realizada uma vez por ano na instituição, vem com o seu objetivo principal, a prevenção. Uma vez que já tivemos diversas palestras, treinamentos, eventos e etc... Pensamos em algo diferente para este ano, o de idealizar um teatro.

O teatro é um dos ramos da arte cênica (ou performativa), relacionado com a atuação/interpretação, através do qual são representadas histórias na presença de um público (a plateia). Esta forma de arte combina discurso, gestos, sons, música e cenografia.

Assim, o teatro é uma forma artística onde existe um ou mais atores interpretando personagens de uma história para um público. E um dos objetivos dele é estimular sentimentos e também emoções no público: alegria, tristeza, empatia, raiva, curiosidade, entre outros.

O intuito neste caso especifico é de passar para os colaboradores as principais causas de acidentes e suas prevenções, sendo assim, realizamos a peça com duas cenas. Na primeira delas abordamos o assunto estresse, que nada mais é do que a resposta do organismo a determinados estímulos que representam circunstâncias súbitas ou ameaçadoras, deixando o indivíduo em estado de alerta ou alarme, provocando alterações físicas e emocionais.

Na segunda cena abordamos a negligência, que é quando o sujeito causador do dano deixa de observar o dever de cuidado. É um comportamento passivo, mas que pode acarretar algum dano ou acidente.

Os dois temas abordados vêm crescendo cada vez mais na sociedade, não só os profissionais da área da saúde sofrem com eles, mas sim uma grande parte da população. O que devemos saber identificar é o gatilho para estes sentimentos. Só assim para conseguir evitar que eles atrapalhem o nosso cotidiano e façam com que cometamos erros.

Aqui no Hospital da Mulher nós pensamos muito no bem-estar dos nossos colaboradores, e gostamos de sempre demonstrar isso de alguma forma. Dessa vez nós focamos na integridade física e psicológica, e tentamos repassar isso de uma forma lúdica. O teatro trouxe cenas da realidade deles para que a interação dos mesmos com as cenas fosse quase que real.

Muitos disseram já ter passado por situações parecidas ou até idênticas às apresentadas. Isso é muito importante. Demonstra que acertamos ao seguir este novo método, e que também tivemos a atenção total deles no que estava sendo apresentado.

Os colaboradores puderam se expressar no final de cada cena, e nos disseram o que achavam a respeito de cada uma delas, e o que eles nos falaram demonstrou que o foco principal foi captado por todos, as causas de acidentes em cada cena, e como identificá-las.

1º Cena sobre o Estresse:

Quais pessoas são mais suscetíveis ao estresse?

Em geral, são aquelas mais rígidas consigo mesmas e que têm muito medo de falhar. Além disso, são pessoas que sentem que precisam ser as melhores no que fazem. E o que fazer caso você se identifique com este perfil?

Antes de tudo, trabalhe a autoaceitação e tente não se cobrar tanto. Procure superar o que for possível, mas aceitar o que não pode mudar. Nem sempre conseguimos mudar as coisas, mas sempre podemos mudar o jeito como lidamos com isso.

Sabemos que o estresse em algum momento na vida afeta a todos nós, um dos primeiros sinais é que os problemas

corriqueiros parecem fora de controle. Assim foi a cena com o colaborador da manutenção, onde durante meses ele lutou com problemas familiares e financeiros. Com o passar do tempo foi ficando cada vez mais oprimido, desamparado e tenso, perdendo assim a atenção em suas atividades, onde acabou infelizmente sofrendo um grave acidente.

2ª Cena sobre Negligência:

Negligência significa desleixo, descuido, falta de zelo, falta de aplicação ao realizar determinada tarefa. É agir com irresponsabilidade ao assumir um compromisso.

Negligência significa desatenção, menosprezo, desdém. É o ato de depreciar, de não dar a algo o seu devido valor.

Negligência é também a demonstração de preguiça, de indolência e de inércia, é a falta de iniciativa.

Em outras palavras, não seguir as instruções do seu trabalho e não medir as consequências de suas atitudes.

Na cena, mostrou-se que a negligência dos colegas de trabalho em não realizar o procedimento correto de descarte levou ao afastamento temporário da colaboradora, por conta de um acidente com material biológico, e desmanchou uma equipe produtiva e experiente, trazendo a atenção da necessidade do cuidado ao executar as suas tarefas, sendo muito consciente e alerta no trabalho.

O que falar sobre Segurança do Trabalho?

Segurança do Trabalho (ST) é um conjunto de medidas de prevenção adotadas para proteger os colaboradores de uma empresa e reduzir riscos de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. A Segurança do Trabalho visa proporcionar um ambiente de trabalho saudável para que as tarefas laborais sejam realizadas da melhor forma possível.

Fala do Técnico em Segurança do Trabalho:

“Sabemos que quando acidentes de



trabalho acontecem, as consequências nunca são simples. Os custos financeiros são abaladores, são milhares gastos com despesas médicas, salários, medicamentos e perdas com incêndio. Por mais incríveis que sejam esses números, eles sequer começam a expressar a sensação ou sofrimento das vítimas de acidentes, seus familiares e amigos. Temos que levar em conta as consequências para os colegas de trabalho das vítimas, a quebra da rotina normal de trabalho, o ritmo da produção e a ausência de um elemento vital na equipe.

Basicamente um acidente é um evento não planejado que normalmente tem mais de uma causa. É claro que alguns acidentes não podem ser previstos ou evitados, mas a maioria dos acidentes no trabalho é causada por fatores que podemos controlar.

Estes fatores incluem estresse, negligência, falta de atenção, esforço excessivo e fadiga. A conscientização dessas causas potenciais pode levar a compreensão de como prevenir acidentes, e foi desta forma que tentamos transmitir essa mensagem aos colaboradores”.

Colaboradores:

Com essas ações voltadas aos colaboradores, tentamos transmitir para eles a real importância que eles têm para a instituição. O colaborador tem que sentir que é parte importante da organização. Só assim eles conseguem trabalhar melhor, não só individualmente, mas também em equipe. Um bom clima organizacional também ajuda a diminuir problemas de saúde, faltas e atrasos.

CONCLUSÃO

Ficou evidente que elementos tais como: imprudência, negligência, fadiga, estresse, questões emocionais e psicológicas podem ser a causa de acidentes no trabalho, gerando consequências para a saúde e integridade física dos colaboradores (as), o que nos fez tentar este método inovador para ajudar no melhor entendimento destas possíveis causas.

Podemos assim concluir que o aproveitamento desta ação foi maior do que o esperado. A inclusão dos colaboradores na peça, mostrando o trabalho em grupo, as cenas trazendo um pouco de realidade e dinamismo para o evento, e a plateia saindo satisfeita com o trabalho apresentado, nos trouxeram uma sensação de que estamos no caminho certo para tentar mesmo que de certa maneira apoiar os nossos colaboradores a manterem a cabeça erguida e o sorriso no rosto, assim como éramos antes dessa atual pandemia.

USO DO APLICATIVO *MICROSOFT® TO DO* COMO FERRAMENTA AUXILIAR DO GERENCIAMENTO E MANUTENÇÃO DE UMA ROTINA LABORATORIAL

Autores: Larissa de S. Bonani; Maria Victória F. R. Moraes; Cinthia dos Santos; Lucas Rafael de M. Domingos.

PALAVRAS-CHAVE

Aplicativo;
Cooperação;
Implementação;
Organização;
Otimização;
Atividades;
Laboratório.

RESUMO

Em rotinas laborais é de relevada importância a internalização de modelos de organização e gestão que auxiliem na distribuição de tarefas a serem realizadas. Geralmente, fica a critério do organizador e da equipe decidir a melhor maneira de aperfeiçoar os processos executados.

No presente artigo é descrito o uso do aplicativo gratuito Microsoft® To Do, disponível para todos os dispositivos como computadores, tablets e celulares. O app permite a distribuição e categorização de tarefas, lembretes e data de conclusão, além de diversos recursos de personalização do design, seja para o âmbito profissional ou pessoal.

Esse aplicativo conta também com a possibilidade de utilização de modo on-line. Dessa maneira é necessário somente o cadastro utilizando um endereço de e-mail, a criação de uma lista e a submissão do convite para que os colaboradores ingressem na mesma. Essa ferramenta de gestão foi utilizada no Laboratório de Química Analítica com sucesso a partir do isolamento devido à pandemia.

ARTIGO ORIGINAL

Desenvolvimento

A busca por modelos de organização vem crescendo dia a dia devido à multiplicidade de atividades e demanda por resultados rápidos, consequência da rotina operacional, mas também decorrente ao período de isolamento social provocado pela pandemia do novo coronavírus.

A rotina de um laboratório de graduação ou pesquisa requer muita atenção em razão do aparecimento de novas tarefas relacionadas tanto ao auxílio do preparo de aulas práticas quanto ao desenvolvimento de atividades efetuadas pelos alunos de pós-graduação. Devido ao dinamismo requerido nas atividades acadêmicas, esses setores apresentam desafios constantes na categorização das atividades, sendo imperativa a implantação de um sistema organizacional alternativo, pois os modelos antigos não suprem mais a demanda fluida das tarefas.

Para manter o fluxo operacional ágil e atender a todas as necessidades de um laboratório em tempo hábil, considerando as adversidades da presente pandemia, a gestão do Laboratório de Química Analítica (LQA), localizado no prédio CEPES (Centro de Estudos, Pesquisa, Prevenção e Tratamento em Saúde) do campus do Centro Universitário FMABC, realizou uma experiência para melhoria da organização e visualização das tarefas realizadas pelos integrantes do LQA utilizando o aplicativo To Do.

O aplicativo To Do desenvolvido pela Microsoft ® é gratuito e pode ser encontrado para download na App Store, Google Play, Microsoft Store e nos navegadores para versão web. O ícone conta com o símbolo de sinal de verificação (□) na cor azul em um fundo branco e mesmo design de outras ferramentas da Microsoft®, como o pacote Office, por exemplo.

A ideia de implantar o uso do app surgiu a partir do conhecimento via ferramenta de e-mail corporativo de domínio FMABC e foi sugerida por um dos estagiários do laboratório, propondo que o mesmo fosse utilizado por todos os membros da equipe para maior controle e dinamismo na gestão de tarefas e aprimoramento do senso de organização.

Os colaboradores do LQA realizaram o primeiro contato com o aplicativo pelo computador e em seguida efetuaram o download do app em seus respectivos aparelhos celulares, possibilitando rapidamente a familiarização com essa plataforma.

Em termos de interface, o uso desse app é prático e intuitivo. De fato, ao iniciar o aplicativo é possível visualizar algumas listas de tarefas: i) a serem desempenhadas no dia (Meu Dia); ii) tarefas prioritárias (Importante); iii) tarefas com data de conclusão (Planejado); e no caso de uso conjunto, iv) tarefas atribuídas ao funcionário pelo gestor (Atribuído a mim). Essas listas são geradas automaticamente pelo software. Além dessas, o aplicativo permite que sejam criadas listas para categorias escolhidas. Assim, a gestão do Laboratório de Química Analítica criou uma lista nomeada LQA e adicionou todos os membros ativos do laboratório. Após essa etapa, o técnico responsável pela atribuição de tarefas adiciona na plataforma às segundas-feiras as atividades a serem desenvolvidas pela equipe na semana. Durante esse período, o técnico gerenciador desse app pode adicionar eventuais ações específicas para um respectivo membro da equipe utilizando a ferramenta referente a isso (Atribuir a) para melhorar a rotina de atividades executadas no laboratório.

Há também a possibilidade de realizar uma sinalização no canto lateral direito do app para designar a importância da tarefa. Assim que é feito o clique no ícone de “estrela” transparente, o qual se torna opaco, a tarefa é adicionada à lista geral

“Importante”, indicando que essa tarefa tem caráter urgente. Isso também pode ser evidenciado pela categoria criada na versão para computador, a qual permite a categorização por meio de cores, facilitando a visualização de prioridades.

Outra grande vantagem do uso do aplicativo To Do compreende na possibilidade de acesso com o próprio e-mail institucional (@fmabc.br) criado para todos os funcionários do Centro Universitário FMABC como principal meio de comunicação. Assim, não há necessidade da criação de novas contas de e-mail pelos usuários para usufruir das funcionalidades do aplicativo. Com a possibilidade da visualização de forma prática e portátil (por dispositivos móveis), nota-se um controle maior do número de funções a serem classificadas, priorizadas e efetuadas. Anteriormente, os membros da equipe enfrentavam desafios (algumas vezes isoladamente) para classificar tarefas prioritárias.

Durante o uso desse app constatou-se também que a equipe apresentou melhores resultados, com maior produtividade em relação às semanas que antecederam a implantação do novo sistema. Com a instauração de metas e uma lista de afazeres, foi possível motivar os funcionários em termos de produtividade, controle de tarefas e demanda exercidas pelos mesmos, tornando-se mais fácil impulsionar a equipe quando os objetivos e resultados apresentaram-se mais visíveis.

Todavia, o app ainda não possui algumas funcionalidades que seriam extremamente benéficas para os dirigentes, como a possibilidade de atribuir uma tarefa a mais de um membro da equipe, pois o item (Atribuída a) é limitado a uma atividade por indivíduo.

Baseado nos resultados obtidos pelo uso do app no Laboratório de Química Analítica, pode-se propor o uso do mesmo em maior escala, como em outros setores do Centro Universitário, na Mantenedora ou até mesmo a expansão para outras unidades gerenciadas, adequando-o às novas modalidades de trabalho instauradas durante a pandemia da COVID-19, uma vez que o isolamento social modifica a maneira com que é feita a comunicação no ambiente de trabalho.

Com a chegada da pandemia, a elaboração e aplicação da modalidade laboral home office foi crescendo cada vez mais ao redor do mundo, e com isso houve carência de ferramentas de comunicação entre funcionários e gestores que fossem eficientes e práticas. Diversos aplicativos de plataformas digitais, como os apps da franquia Google®, Microsoft® e outros, ganharam notoriedade nos últimos meses por oferecer serviços úteis às inúmeras necessidades que vieram a partir da perda do convívio social.



Após a retomada da maior parte das atividades presenciais e híbridas (parte realizadas presencialmente e parte realizadas em isolamento social), muitos recursos implantados para tornar o trabalho remoto viável continuaram a ser utilizados nas empresas. De fato, destaca-se aqui a funcionalidade de setores diferentes de uma grande corporação, por exemplo, na qual nem todos os colaboradores podem realizar uma atividade presencialmente.

Nota-se que o To Do se destaca como um exemplo de app útil, tanto durante como após o período de quarentena proposto em razão da pandemia, simplificando a comunicação entre os colaboradores. Por ser um aplicativo de fácil acesso e interface prática, tende a substituir o uso de quadros brancos, agendas de papel, entre demais utensílios que têm o intuito de auxiliar a organização dos setores empresariais.

Além do impacto ambiental da redução do uso de folhas de papel e agendas físicas, o aplicativo também minimiza o compartilhamento de objetos, evitando que os mesmos sofram contaminação manual cruzada (vírus, bactérias, reagentes químicos, etc).

Considerando as informações acima, o aplicativo To Do demonstrou ótimos resultados com relação à gestão no LQA. Além disso, é possível utilizar esse mesmo aplicativo para administrar tarefas pessoais além das organizacionais, gerando, assim, uma equipe de colaboradores mais sintonizados também no âmbito pessoal, tornando-os consequentemente profissionais com hábitos melhores.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos com o uso do software To Do na organização do Laboratório de Química Analítica incentivam a aplicação do app em modelos administrativos e ferramentas organizacionais que se adaptem à rotina e possíveis mudanças que possam surgir no ambiente de trabalho.

No modelo pós-pandêmico de atividades híbridas, o app torna-se muito útil em qualquer rotina devido à facilidade de contato e compartilhamento de afazeres. Em meio às adversidades da pandemia (e após a mesma), a plataforma mantém os mesmos resultados positivos, pois o app não se aplica somente na realidade de distanciamento social, mas adequa-se a qualquer modelo operacional utilizado.

Finalmente, sugere-se o estudo do uso do software To Do como aplicativo de agenda e listas de tarefa em maior escala a outros setores de trabalho, com a finalidade de verificar a melhoria de resultados em diferentes rotinas laborais.

OS DESAFIOS DA ALTA SEGURA E RESPONSÁVEL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE ESTADUAL DE ALTA COMPLEXIDADE

Autores: Viviane Clara Petris de Adorno; Lilian Ferreira Mattiello; Indianara Século Mancilla; Patrícia Tavares Sousa de Carvalho.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde;
Alta responsável;
Alta segura;
Qualidade;
Transição de cuidados;
Gestão em Saúde;
Rede terciária.

RESUMO

O artigo discute o processo de alta hospitalar responsável e os desafios da equipe de saúde em uma unidade de atendimento de alta complexidade. Monitoramos o plano e desfecho de alta de usuários com alguma dependência em razão de condições crônicas e determinantes sociais. A metodologia do estudo de caráter qualitativo e quantitativo abordou a qualidade do atendimento, observando pontos de melhorias, a transição e continuidade de cuidados. Os resultados apontam que o engajamento da rede interna e externa é primordial para a obtenção de resultados positivos e impõe desafios para o aperfeiçoamento da comunicação e construção de políticas públicas assertivas. Concluímos que a alta segura e responsável requer planejamento, deve envolver: família, paciente, equipe de saúde, gestores e recursos sociais. Por fim, vislumbramos a pesquisa como instrumento valioso para a tomada de decisão dos gestores de saúde, além de privilegiar a discussão multidisciplinar.

ARTIGO ORIGINAL

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos as políticas públicas de saúde têm enfrentado desafios por conta das mudanças demográficas da sociedade brasileira. Com a pandemia esse quadro se agravou. O adoecimento por Sars-Cov-2 somado ao envelhecimento populacional e acometimento das doenças crônicas têm contribuído para o desafio de zelar e cuidar da saúde da população de forma equânime e sustentável.

No contexto de adoecimento e internação prolongada, os hospitais vivenciam a rotina de gerir leitos com doentes que exigem a longa permanência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destacou as reinternações como um indicador considerável e que exige estratégias específicas a serem desenvolvidas pelas instituições.

A desospitalização requer da equipe e dos seus gestores estratégias que contemplem o bem-estar do usuário e o empoderamento de famílias muitas vezes fragilizadas sócio e economicamente, em muitos casos com consequências físicas e psicossociais para o usuário e família (LOT, Raquel Gomes; DA CRUZ FILHO, Almiro Domiciano).

A alta responsável exige a integralidade da atenção de cuidados e em determinadas situações impõe a articulação de uma rede de cuidados mais complexa, tanto da saúde como de outras redes, como o SUAS - Sistema Único da Assistência Social e órgãos que visam garantir a dignidade da pessoa humana.

A alta hospitalar denota planejamento, a busca de respostas coletivas às necessidades do usuário e responde à exigência institucional pela desocupação de leito, visando garantir cuidados seguros, minimizando reinternações, sanando as condições que motivaram a internação inicial.

Ao iniciar a alta, a responsabilização da família é aspecto de grande relevância, uma vez que será necessário compreender como serão prestados os cuidados no pós-alta.

Pode-se compreender a família através de duas perspectivas (Mioto, 2010). Uma denominada familiarista, aquela provedora de bem-estar e a da social democracia. Neste conceito a oferta de serviços públicos existe para auxiliar a família no enfrentamento da questão posta. Em contrapartida, a ausência do Estado se expressa na diminuição dos serviços públicos, que poderiam subsidiar os cuidados.

Desta maneira, a atenção e proteção social extrapolam a responsabilização familiar, a articulação de rede diante deste cenário surge como ferramenta fundamental para garantia de direitos e a corresponsabilidade do estado (BIANCO,2021).

METODOLOGIA

Neste estudo empregamos a pesquisa qualitativa e quantitativa, realizada de janeiro a agosto de 2021, em unidade de atendimento exclusivo do SUS (Sistema Único de Saúde) referência para atendimento médico de alta complexidade localizada na região do ABC Paulista.

O processo de alta sempre foi alvo de engajamento da equipe multiprofissional, porém, a proposta de trabalho do projeto é monitorar as altas de pacientes com maior complexidade de cuidados. Durante o período foram monitorados 71 usuários.

Os usuários participantes eram pacientes em programação de alta, em uso ou desmame de dispositivos, como: ostomia, sonda, oxigenioterapia, traqueostomia, fístula ou lesões de pele, acamados e com algum grau de dependência para o autocuidado. Através de entrevista semiestruturada, mapeamos o processo de alta com o objetivo de garantir a continuidade e a transição dos cuidados do paciente pós-alta hospitalar.

Os entrevistados participaram do Projeto de Alta Segura desenvolvido pela equipe multidisciplinar, o contato para

entrevista deu-se via telefone após 15 dias da data da alta hospitalar.

O plano de trabalho da equipe ao iniciar a programação de alta busca fornecer aos usuários e cuidadores orientações individualizadas, adequadas às suas necessidades específicas. Para tanto, a família e/ou o cuidador é convidado a receber orientações e cada profissional, dentro de sua área de conhecimento, se coloca à disposição para sanar dúvidas, treinar e fornecer informações que serão fundamentais para o exercício do cuidado e transição segura para o domicílio.

Para a viabilização e expansão do projeto após sua implantação inicial, contamos com a assessoria da Qualidade e Processos, que contribuiu com o aprimoramento do processo de trabalho.

Participaram das discussões de resultados o Centro Integrado de Humanização e instâncias externas, como a Articulação do Núcleo Técnico de Humanização e integrantes do CARS – Central de Agendamento Regional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos resultados apresentados, avaliamos a evolução do projeto dentro da instituição, assim como as oportunidades de melhoria dos processos de trabalho.

Os indicadores demonstram que a maioria dos usuários participantes são provenientes da região do ABC. Identifica-se que os atendimentos estão de acordo com a pactuação regional.

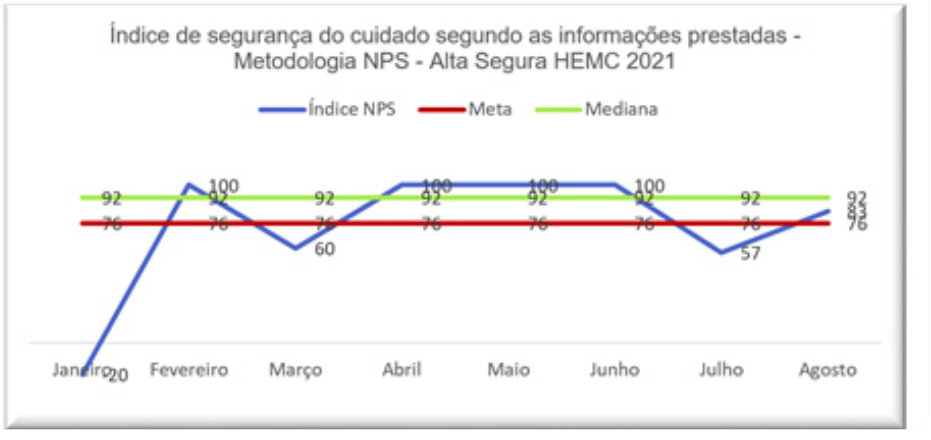
As especialidades que prevalecem são: Infectologia, Clínica Médica, Neurocirurgia e Oncologia, evidenciada a predominância de usuários assistidos com diagnóstico de Sars-Cov-2, idosos, pessoas com patologias crônicas e dependentes de cuidados especiais.

Referente à efetividade das orientações oferecidas aos cuidadores, o percentual de entrevistados que afirma ter recebido orientações sobre aos cuidados e limitações do paciente no pós-alta possui uma média de 78% no período analisado. Nota-se que o projeto iniciou em 20% e após sua implantação assistimos o aumento gradativo da média.

As dúvidas relacionadas à administração das medicações prescritas no ato da alta hospitalar levaram a equipe a elaborar plano de ação junto à farmácia para garantia de melhores orientações.

Mediante aos diagnósticos dos usuários participantes do projeto, foi identificada a reinternação de 25%, 11% com evolução de óbito. Este item caracteriza a complexidade dos pacientes, em sua maioria tiveram piora do quadro já existente ou sequelas severas da Sars-Cov-2.

Gráfico 06 – Índice Net Promoter Score (NPS)



No entanto, uma análise assertiva neste aspecto carece de estudo da área médica, a fim de estabelecer causas e correlação de fatos, visto que alguns casos são também de doentes oncológicos ou em cuidados paliativos.

Sendo um hospital terciário, muitos pacientes são reencaminhados à rede primária ou serviços especializados na ocorrência de alta com algum tipo de dispositivo. A experiência demonstra que a rede municipal tem absorvido a demanda encaminhada. No entanto, há a necessidade de articulação formal e singular, ou seja, envolvimento da equipe do Serviço Social para garantia da transição do cuidado.

Os 8% dos pacientes identificados como "sem acompanhamento", referem-se a três situações: não houve necessidade de continuidade do cuidado, não houve a busca do usuário junto aos equipamentos de Saúde ou seu acesso foi negado.

O índice Net Promoter Score (NPS) funciona como um termômetro da percepção dos usuários perante os serviços de saúde institucional ou de determinado projeto. Para obtenção do resultado se aplica a seguinte fórmula: número de usuários promotores (Satisfeitos) menos (-) o número de pacientes detratores (Insatisfeitos), dividido (÷) pelo número de respondentes. A pontuação obtida é enquadrada conforme tabela abaixo (fonte: Guia de Construção de Relatório Abrangente de Resultados - RAR):

Notas: -100 a 0 = Zona Crítica.

Notas: 1 a 50 = Zona de Aperfeiçoamento.

Notas: 51 a 75 = Zona de Qualidade.

Notas: 76 a 100 = Zona de Perfeição.

Analisando os dados, nota-se que a instituição iniciou o projeto em Zona Crítica. Na percepção dos usuários havia pontos de melhoria no processo de alta hospitalar. Com a evolução do projeto e o aumento do número de pacientes monitorados, o índice chegou à Zona de Perfeição, mantendo uma mediana positiva.

CONCLUSÃO

Demonstramos que o cuidado ao usuário não cessa com a saída do hospital, pois exige acompanhamento e mudança de hábitos de vida e o ajuste de rotinas familiares para lidar com diferentes incapacidades.

A alta hospitalar é um processo que traz insegurança aos diferentes entes envolvidos na linha de cuidados à saúde e, se não for bem orientada, suscitará "reospitalizações".

Em vista disso, a equipe desenvolve um plano terapêutico que inclui a educação do paciente e da família e a articulação intersetorial, para a descentralização das tarefas.

Para a promoção da Saúde enfatizamos a importância de articulações de rede interna e externa. A comunicação e planejamento de ações devem estar em constante discussão para o aprimoramento.

Aprofundar e ampliar o conhecimento permite avaliar a qualidade do atendimento, ainda que em contexto específico, contribui para a decisão de gestores e profissionais da saúde, lembrando que na saúde a pesquisa torna-se área de interesse multidisciplinar.

"SALA DO ADEUS", DESPEDIDA HUMANIZADA DE FAMILIARES AOS SEUS ENTES QUERIDOS ACOMETIDOS DE COVID-19

Autores: Adriana da Silva Evangelista; Edlaine Cristina Cordeiro Borges; Sandra Regina Giron Gallo; Thiago Sterling Wochnik.

PALAVRAS-CHAVE

Acolhimento;
Covid-19;
Despedida;
Humanização;
Luto;
Óbito.

RESUMO

A pandemia ocasionada pela Covid-19 trouxe grandes alterações no cotidiano das instituições de saúde e nos processos de trabalho de seus profissionais. Um dos aspectos mais relevantes, que faz parte do dia a dia de profissionais de saúde e familiares, é a convivência inesperada, intensa e contínua com a morte. Isto nos propiciou uma nova reflexão sobre o tema na formulação de estratégias que contemplassem de um lado, um novo vigor nas rotinas de ações de humanização que envolvessem acolhimento e conforto dignos na despedida de seus entes queridos, e de outro lado, a segurança necessária para que os familiares não tivessem expostos a contaminação nessa ocasião. Assim nasceu o projeto "Sala do Adeus" do Hospital Estadual Metropolitano Santa Cecília, que atende exclusivamente pacientes portadores de Covid-19.

ARTIGO ORIGINAL

No início da segunda onda da pandemia do coronavírus, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, através da parceria e gestão da Fundação do ABC, inaugurou o Hospital Estadual Metropolitano Santa Cecília, localizado na região central da Capital, equipamento hospitalar de referência para o tratamento da Covid-19 da região metropolitana de São Paulo. O plano de trabalho apresentado pela Fundação do ABC foi eleito vencedor para a celebração deste convênio emergencial e publicado no Diário Oficial do Estado em 29 de março do corrente ano. A unidade de campanha seria adaptada para o atendimento assistencial em um antigo prédio hospitalar da iniciativa privada, até então desativado e cedido ao Estado.

A partir de então, em apenas 15 dias, recebíamos nosso primeiro paciente internado por Covid-19. Tanto as unidades de internações quanto as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) foram abertas gradativamente até completarem 40 leitos de enfermaria e 20 leitos de UTI, em menos de dois meses.

Em julho de 2021, a pedido da Secretaria Estadual de Saúde, ampliamos 44 novos leitos hospitalares, colocando em operação mais 24 novos leitos de enfermaria e 20 de terapia intensiva. Perfazendo assim, 104 leitos para o atendimento da Covid-19 para a região metropolitana de São Paulo, totalmente regulados pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde - CROSS da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

No escopo dos atendimentos médico e multiprofissional elaborados para a gestão integral da assistência, tínhamos a preocupação que este contemplasse, além da excelência do tratamento propriamente dito, o atendimento oportuno e adequado das necessidades psicológicas e sociais de pacientes e seus familiares, considerando o intenso cenário de sofrimentos físico e mental que acometia a todos, inclusive os profissionais de saúde que prestavam a assistência. Assim, priorizamos fortemente neste planejamento as ações da Política Nacional de Humanização preconizada pelo Sistema Único de Saúde - SUS como ações de acolhimento e estratégias de comunicação entre pacientes, familiares e equipe técnica de assistência, como por exemplo os boletins médicos fonados diários à família, realizados pelo médico, que interage com a família e esclarece suas dúvidas.

Dentre as adequações no espaço físico que foram realizadas na estrutura para início dos atendimentos, sentimos a necessidade de montar um ambiente adequado, seguro e acolhedor para os familiares se despedirem de seus entes queridos que vieram a óbito, visto que as ações de humanização eram uma de nossas prioridades na gestão da assistência. Uma das questões recorrentes colocada por gestores de diversos hospitais que atendiam Covid-19 e por familiares que haviam perdido seus entes queridos era o fato de não terem tido a oportunidade de vê-los e se despedirem, uma vez que as visitas presenciais durante a internação estavam suspensas. O caixão era lacrado antes de deixar o morgue dos hospitais por motivo de segurança na propagação da contaminação pelo vírus.

Nasceu então o projeto "Sala do Adeus", com o propósito de oferecer um ambiente acolhedor e seguro para essa despedida da família com seu ente querido. Na remodelação física, montamos dentro do morgue uma saleta isolada com uma ampla janela de vidro blindado fechada com persiana, faceando com a Sala do Adeus, do outro lado, onde estão os familiares.

Neste propósito, visando amparar os

familiares neste momento de sofrimento da perda, onde o ritual usual da despedida está impossibilitado de acontecer, a experiência do luto se torna possível evitando o potencial risco de agravar os sofrimentos psíquicos individual e familiar de forma a permitir um senso de realidade e concretude.

De acordo com Imber-black (1998), os rituais: “Marcam a perda de um membro, ratificam a vida vivida pela pessoa que morreu, facilitam a expressão de sofrimento de forma consistente com os valores da cultura, falam simbolicamente do sentido da morte da vida e apontam uma direção para conferir sentido à perda, ao mesmo tempo em que possibilitam a continuidade para os vivos”.

Na prática, o acolhimento das famílias para o comunicado do óbito se faz através da equipe multiprofissional composta de médico, psicóloga e assistente social. Os familiares ao chegarem ao Hospital são direcionados à “Sala do Adeus”, onde são recebidos pelo médico e informados sobre a causa morte. Em seguida a psicóloga realiza o acolhimento ofertando escuta e apoio emocional aos familiares. Quando a psicóloga percebe que os familiares estão mais estáveis emocionalmente, ela os convida para a “despedida” ofertando a possibilidade do reconhecimento. Além disso, se for desejo da família, outros familiares também podem comparecer à “Sala do Adeus” para o momento da despedida. Procuramos realizar esse reconhecimento do corpo de maneira bastante delicada e humanizada, em virtude da grande sensibilização que os familiares estão vivenciando. Os familiares são, ainda, orientados pela assistente social quanto aos trâmites funerários.

O acolhimento adequado dos familiares no momento do óbito representa uma importante etapa para que eles possam elaborar a perda ocorrida, muitas vezes de forma abrupta causada pela Covid-19. O Ministério da Saúde também reconhece esta importância representada na Política Nacional de Humanização deste momento: “...o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto’, ou seja, uma atitude de inclusão...” (BRASIL, 2006, p.06).

Segundo Augusto Cury (2005, p.100) “...todavia, apesar das limitações da ciência, devemos usar todas as nossas habilidades não apenas para prolongar a vida, mas para fazer dessa breve existência uma experiência inesquecível”.



Neste sentido, compartilharemos algumas de nossas vivências que nos tocaram de forma muito significativa. A paciente C. V.T. deixou uma carta para sua mãe, que foi entregue durante o comunicado do óbito e lida pela mesma em voz alta em frente à janela de vidro, no momento do reconhecimento. A mãe, muito emocionada, agradeceu a equipe pela oportunidade da despedida acolhedora.

Outra experiência marcante foi a despedida dos familiares do paciente A.R.G., o qual chegou ao hospital com diagnóstico positivo para Covid-19, em estado grave, tendo por comorbidade hipertensão arterial. Este senhor tinha 6 filhos, sendo 5 deles adotivos e apenas um biológico. No momento da comunicação do óbito estavam presentes a esposa com quatro de seus filhos, além do médico e da equipe psicossocial do hospital para apoio à família. Foi bastante impactante a notícia, por mais que eles já soubessem da gravidade do caso. Os filhos choravam muito, e só se acalmaram quando souberam que poderiam se despedir do seu pai, olhando para ele através da janela. Os outros dois filhos foram chamados e também puderam participar da despedida, que durou aproximadamente 3 horas. Durante o acolhimento, a equipe teve muito cuidado e sensibilidade na condução de um desfecho adequado para que os filhos, que o amavam tanto e estavam inconformados com a perda, pudessem se manter razoavelmente equilibrados para amparar a mãe, que também se encontrava fragilizada. Ao final, a família agradeceu a oportunidade que aquela despedida significou para eles.

Desta forma conseguimos integrar nesta estratégia a proposta de realizar a DESPEDIDA de forma presencial adaptada às restrições dadas nesse cenário de pandemia pela Covid-19, propiciando a vivência do conceito sociocultural e familiar que lhes são tão importantes. (Fiocruz, 2020).

CONCLUSÃO

Diante da realidade intensa e contínua que nos deparamos no dia a dia do hospital no atendimento aos pacientes portadores de Covid-19, evidenciamos a importância da “Sala do Adeus” como um local preparado especialmente para receber os familiares com segurança e acolhimento, ofertando a possibilidade da despedida do seu ente amado, uma vez que os rituais usuais não podem ser realizados devido à contaminação ocasionada pela doença.

Concluímos, portanto, que a “Sala do Adeus” cumpre integralmente seus propósitos de evidenciar e oferecer a oportunidade de um momento único de despedida, na ausência que se instalará no contexto familiar, respeitando a vivência singular de cada família frente a sua dor.

ESCOLA DE CUIDADORES: UMA PROPOSTA DE ALTA QUALIFICADA

AUTORES: Adriani de Lima Moreira Castrezana; Érica Cassere Bueno; Amanda Correa da Cruz.

PALAVRAS-CHAVE

Cuidador;
Equipe multidisciplinar;
Transição de cuidados;
Alta qualificada;
Humanização.

RESUMO

A "Escola de Cuidadores" tem por objeto promover a desospitalização com a alta segura, garantindo que familiares e cuidadores recebam treinamentos e orientações da equipe multidisciplinar e esclareçam dúvidas sobre o manejo e cuidado ao paciente. A ação é planejada, monitorada e acompanhada pelo Serviço Social, tendo esse profissional o papel de barreira em situações de risco, como a falha na identificação das necessidades do paciente e cuidadores envolvidos. Durante o treinamento de transição de cuidados, a equipe e familiares realizam a troca de informações e os profissionais procedem com a apresentação do quadro de saúde atual, os cuidados necessários em domicílio, efetivação de orientações verbais e entrega de informativos impressos. De maneira geral, a equipe reinsere o paciente ao lar de forma assertiva e humanizada, atenuando o risco de readmissão hospitalar.

ARTIGO ORIGINAL

1. Introdução

A alta hospitalar pode ser considerada como a transferência do cuidado ao paciente do hospital para outros contextos (GANZELLA e ZAGO, 2008). Na possibilidade de transição para o domicílio, é fundamental um planejamento de alta pela equipe multidisciplinar, com inclusão e valorização da família, a fim de garantir o prosseguimento e qualidade do cuidado (DELATORRE et al., 2013). Tendo em vista tais asserções, o projeto "Escola de Cuidadores" do Hospital Municipal de Mogi das Cruzes foi elaborado para direcionar a alta segura de pacientes com graus de dependência variados que apresentam condições favoráveis para cuidados domiciliares.

Os objetivos do referido projeto contemplam a classificação das necessidades básicas do paciente para a realização do plano de alta individualizado e esclarecimento dos envolvidos nos cuidados domiciliares sobre os procedimentos a serem adotados. Abrangem também a atenuação das inseguranças do cuidador, garantia da continuidade do tratamento ambulatorial, organização das intervenções técnicas dos profissionais na realização de suas funções e orientações ao paciente, familiares e cuidadores sobre o fluxo de acompanhamento externo, sinais de alerta e locais de atendimento na rede pública de saúde.

Segundo Delatorre et al. (2013), os planos estruturados de alta hospitalar são ferramentas fundamentais para potencializar a capacidade de autocuidado, orientar, ensinar e treinar as técnicas necessárias, fortalecer a adesão ao tratamento proposto, reduzir a frequência de reinternações, diminuir o estresse familiar e estreitar a comunicação dos diferentes sujeitos implicados.

A desospitalização é um processo que envolve a alta hospitalar como uma estratégia de cuidado. Neste trajeto, o paciente está no centro da atenção, havendo variações apenas quanto à complexidade da assistência, de acordo com os graus de dependência.

2. Definição do público-alvo

Conforme sinalizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020, p. 114), "a identificação do momento ideal da alta hospitalar deve ser um objetivo a ser perseguido pelo médico-assistente e pela equipe de apoio visando ao bem-estar do paciente". Logo, para definição do público beneficiado pela "Escola dos Cuidadores", o médico deve informar (o) a enfermeiro (a) sobre a programação de alta hospitalar. Este (a), por sua vez, aciona o Serviço Social para agendamento do treinamento com familiares ou cuidadores do paciente.

Em conjunto com a equipe multidisciplinar, o Serviço Social efetua o preenchimento do formulário de levantamento das necessidades e vulnerabilidades do paciente. As orientações e condutas dos profissionais são baseadas no grau de dependência observado. Ainda no que se refere ao formulário, constam-se os seguintes graus:

2.1 Dependência I: mobilidade e comunicação preservadas, uso de dispositivos invasivos (sonda naso enteral e cateter de Shilley), independência de autocuidado, lesão por pressão grau I;

2.2 Dependência II: mobilidade parcial (deambula com auxílio de dispositivos), comunicação parcial (sequela de Acidente Vascular Cerebral ou traqueostomia), uso de dispositivos invasivos (sonda naso enteral), dependência parcial de autocuidado, lesão por pressão grau II;

2.3 Dependência III: mobilidade prejudicada (acamado), sem comunicação verbal, uso de dispositivos invasivos (sonda naso enteral, sonda vesical de demora, bolsa de colostomia), total dependência de autocuidado, lesão por pressão grau III ou não estadiavel;

Quando bem avaliados a partir da complexidade apresentada, a maioria desses pacientes pode se beneficiar da transição entre hospital e domicílio. (BRASIL, 2020).

O escore de classificação de necessidades básicas é obtido por meio de formulário no qual as fragilidades do paciente e dos cuidadores são identificadas. Cada item assinalado com resposta "não" corresponde à pontuação de 0,5 e, quando

somados, indicam o grau de complexidade das orientações. A definição do escore norteia as ações da equipe e são classificados conforme abaixo:

- Escore de 10 a 8: Orientação de alta complexidade.
- Escore de 7 a 5: Orientação de média complexidade.
- Escore de 4 a 2: Orientação de baixa complexidade.
- Escore de 0 a 1: Orientação de cuidados básicos.

3. Descrição do atendimento

Como descrito anteriormente, o início do processo de desospitalização ocorre com o acionamento do Serviço Social pelo médico ou enfermeira, que informa a programação de alta. Em seguida, o (a) assistente social realiza o contato com o familiar para agendar o treinamento de transição de cuidados, ressaltando a indicação de dois cuidadores como participantes. Com data e horário programados, aciona os setores envolvidos. Seguindo o agendamento proposto, os familiares e cuidadores são treinados pela equipe multidisciplinar à beira-leito, de modo a envolver o paciente acerca dos cuidados com a própria saúde. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2020, p. 114) destaca a importância desta ação ao afirmar que "no ambiente de internação hospitalar, o planejamento da prestação do cuidado deve ser desenvolvido de forma que o paciente esteja inserido no centro desse processo, aumentando a qualidade da assistência, permitindo um cuidado individualizado e integral".

São entregues impressos pelos diferentes profissionais participantes, de forma que os cuidadores possam consultar informações relevantes a qualquer instante após o treinamento. Delatorre et al. (2013) observaram que, além das orientações verbais, é primordial a concessão de conteúdos escritos que sirvam de referências.

Para garantir a efetividade do processo e documentar as orientações recebidas, o formulário de alta segura é assinado pelos profissionais, familiares e cuidadores participantes do treinamento, sendo uma cópia entregue ao cuidador de referência e outra anexa ao prontuário físico.

Na alta hospitalar, o (a) assistente social verifica por meio do formulário de treinamento de alta segura se há pendência setorial e, em caso de demanda pendente, aciona o (a) enfermeiro (a) para resolutividade.



Também é papel do (a) enfermeiro (a) a verificação da necessidade de serviço de remoção, solicitando ao Núcleo Interno de Regulação a articulação de ambulância para transporte. Ao final, é realizada a entrega do certificado de bravura e o corredor da alegria, composto por colaboradores e familiares que saúdam o paciente até a saída do hospital.

Delatorre et al. (2013, p. 7158) asseguram que "o hospital de origem, onde o paciente esteve internado, pode também se tornar referência para sua família quando surgir alguma dúvida e necessidade, pois foi nesse ambiente que esses sujeitos formaram vínculos". Portanto, para se certificar sobre a continuidade do cuidado e possíveis dificuldades, o Serviço Social realiza contato com o familiar 72 horas úteis após a alta. Caso reorientações sejam viáveis, a coordenação de enfermagem responsável pela alta deve ser informada para auxílio aos familiares e cuidadores. Na hipótese de constatação de outras demandas, o profissional da equipe multidisciplinar participante do treinamento deve seguir com as recomendações pertinentes.

4. Atribuições da equipe

Conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização (2004), os cuidados domiciliares são mecanismos de desospitalização e são realizados por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais. Pode ser composta por outros profissionais, como nutricionistas, psicólogas, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos, a fim de garantir a integralidade do atendimento (BRASIL, 2020).

A base do planejamento da alta hospitalar e assistência domiciliar inclui um trabalho conjunto, valorizando o lugar de fala e atuação de cada profissional (BRASIL, 2020). Sendo assim, a equipe envolvida no projeto "Escola de Cuidadores" inclui médicos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogas, farmacêuticos, nutricionistas, terapeuta ocupacional e fisioterapeutas.

CONCLUSÃO

Seguindo os princípios que regem o Sistema Único de Saúde, que destaca os direitos do paciente ao atendimento humanizado e à desospitalização com alta segura, o Hospital Municipal de Mogi das Cruzes elaborou a construção deste projeto nominado como "Escola de Cuidadores".

O processo de desospitalização e planejamento de alta deve ser tratado com prioridade e realizado na singularidade do paciente, mediante a observação e constatação de suas necessidades de saúde e vulnerabilidades psicossociais. Neste sentido, os familiares e cuidadores também exercem papel substancial na busca por tratamento e participação ativa na rotina de cuidados.

A alta qualificada a pacientes com necessidades de cuidados continuados em domicílio pode oportunizar a redução do estresse causados pela hospitalização, desde que familiares e cuidadores estejam devidamente treinados, evitando o risco de readmissão hospitalar.

LUZ VERMELHA QUE ALIVIA - PROJETO DE EXPANSÃO DA CLÍNICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Autor: Caio Vieira de Barros Arato.

PALAVRAS-CHAVE

Laser de Baixa Potência;
Fotobiomodulação;
Sistema Único de Saúde;
Atenção Primária à Saúde.

RESUMO

A fotobiomodulação consiste na aplicação de uma luz vermelha (ou infravermelha) (LASER) para fins de efeitos terapêuticos para modulação do processo cicatrizador local. Tal modalidade terapêutica é comumente utilizada com objetivo de analgesia, diminuição de edema e reparo tecidual. Os comprimentos de onda utilizados são vermelho (660nm) e infravermelho (808nm), através de um dispositivo específico, com a intenção de acelerar o reparo, aumentando qualidade de vida do paciente e diminuindo o consumo de medicamentos. O objetivo do projeto de expansão da clínica da Atenção Primária em Itatiba foi capacitar os Cirurgiões-Dentistas (CDs) que atuam na rede, quanto às mais diversas afecções orais e extraorais e o uso da fotobiomodulação em ditas patologias, disponibilizando o aparelho para sua aplicação terapêutica. Itatiba é pioneira na capacitação e aplicação de laser em pacientes da Atenção Primária, quando comparada às cidades da Região Metropolitana de Campinas e Jundiaí.

ARTIGO ORIGINAL

1. CONCEITUAÇÃO

A palavra LASER significa Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation que, em português, significa “luz simplificada pela emissão estimulada de radiação”. O Laser de Baixa Potência é um dos recursos físicos utilizados para tratamento da dor, inflamação e cicatrização através de mecanismos celular e moleculares específicos de atuação da luz vermelha ou infravermelha, por um comprimento de onda específico (606nm ou 880nm).

Atualmente a denominação que mais corresponde aos efeitos locais do uso do laser nos tecidos humanos é fotobiomodulação, corrigindo o antigo termo laserterapia de baixa intensidade. Tem como função irradiar células e ativar alguns componentes celulares, como cromóforos específicos de mitocôndrias, resultando em reações bioquímicas que podem alterar completamente o metabolismo celular, gerando trifosfato de adenosina (ATP) e aumento das atividades.

A laserterapia na Odontologia é largamente utilizada no tratamento das superfícies das mucosas bucais, alívio da dor, reparação tecidual e modulação da inflamação, a tríade de tratamento orientada pelos pesquisadores da área. O tratamento, apesar de simples e indolor, deve ser realizado somente por profissionais habilitados para que seja seguro, e remete ao fim, em diversos eventos bioquímicos e metabólicos de nível microscópicos, resultando em benefícios para o paciente que apresenta diferentes patologias locais. Esclarece-se, ainda, que o tratamento consiste na aplicação da luz azul do laser sobre a área, com ou sem o uso de corante, conforme indicação clínica.

2. APLICAÇÕES E INDICAÇÕES

A fotobiomodulação apresenta diversas aplicações e indicações na odontologia. Entre elas, têm-se:

- Alívio da dor: promove o alívio de dores de diversas etiologias, dores de origem pulpar, dores nevrálgicas, dores em tecido mole, mialgias, dores de pré e pós-operatório, entre outras aplicações.

- Reparação tecidual: A fotobiomodulação por laser tem sido empregada de maneira bastante eficaz após tratamento de canal, lesões traumáticas, promovendo uma reparação tecidual mais rápida e com padrão de qualidade tecidual superior.

- Redução de edema ou “inchaço” e de hiperemia, que seria o aumento da circulação sanguínea local (efeito anti-inflamatório, antiedematoso e normalizador circulatório): Indicado na aplicação do pós-operatório de procedimentos no campo da periodontia (inflamações gengivais e dos tecidos de sustentação dos dentes), bem como cirurgia oral menor.

- Anestesia: Ajuda a diminuir o desconforto do paciente no momento da aplicação da anestesia, visto que pode ser utilizado como pré-anestésico. O laser promove aumento da microcirculação e, desta forma, ajuda na absorção do anestésico nos casos de pacientes com dificuldade para serem anestesiados.

A laserterapia é bastante eficaz no tratamento da hipersensibilidade dental, que está associada a uma dor aguda, súbita e de curta duração. A hipersensibilidade pode ocorrer durante ou após a restauração dental, pela retração da gengiva, e após o clareamento dental. Dores na articulação da mandíbula.

- Paralisia facial Herpes simples (Herpes Labial): lesão vesicubolhosa em região perioral.

- Herpes zoster: lesão dolorosa e vesicular na região da face.

- Hipersensibilidade dentinária: dor local em elemento dentário proveniente de diversos fatores, como por exemplo, a retração gengival.

- Afta: lesão ulcerada em mucosa desqueratinizada, como gengiva.

- Alveolite: infecção ou a inflamação do alvéolo pós extração dentária.

- Endodontia: auxiliar no tratamento de canal.

- Exodontia: auxilia no processo de reparação após extração dentária.

- Língua geográfica: termo usado para descrever a aparência de mapa geográfico da língua, causada por manchas irregulares em sua superfície, de causa desconhecida.

- Lesão traumática Nevralgia do trigêmeo: é uma dor de forte intensidade, basicamente tipo um choque ou um raio que ocorre na face.

- Parestesia: Sensações cutâneas subjetivas, por exemplo, frio, aquecimento, formigamento, pressão, etc. que são vivenciadas espontaneamente na ausência de estimulação.

3. PROJETO DE EXPANSÃO DA CLÍNICA PRIMÁRIA EM ITATIBA

A cidade de Itatiba é pioneira no uso de laserterapia no atendimento dos pacientes das equipes na Estratégia Saúde da Família (ESFs) gerenciadas pela Fundação do ABC - FUABC, uma vez que, comparadamente, ao pesquisar protocolos de cidades vizinhas e referência em atendimento no SUS, todos os municípios necessitam do encaminhamento do paciente da unidade de saúde para o especialista para realizar tal tratamento.

Os CDs foram capacitados em um curso ministrado pelos professores da USP, do curso de Habilitação em Laserterapia do Laboratório Especial de Laser em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (LELO/FOUSP) durante todo um dia com atividades de palestras e leitura de artigos.

Por se tratar de um equipamento caracteristicamente caro, mas de grande resolutividade, evitando encaminhamentos à Atenção Secundária, os profissionais selecionados para realizar o curso foram elegidos de acordo com a unidade (ESF) de atuação geográfica, sensibilizando todos os pontos da cidade de Itatiba.

Alguns profissionais que realizaram a capacitação relataram sua experiência, como transcrito abaixo:

"A capacitação em laser de baixa potência foi uma experiência maravilhosa! Já tive contato com o laser durante a faculdade, mas não de forma mais aprofundada e evidenciando as diversas funcionalidades do mesmo. Na nossa prática clínica no posto de saúde há diversas finalidades para terapia com o laser e desde a capacitação e fornecimento do aparelho venho utilizando diariamente com ótimos resultados. Realizamos procedimentos como tratamento de hipersensibilidade dentinária, herpes labial, dores orofaciais, parestesia facial, auxílio na cicatrização pós extração dentária, aftas, entre outros. Sendo procedimentos de extrema importância para a condução dos casos e melhora da qualidade de vida dos pacientes em nosso município" - Thais Lucarelo Lamonato, cirurgiã-dentista da ESF Centenário.

"A implantação do uso de LBP (Laser de Baixa Potência) nas Equipes de Saúde Bucal das Unidades Básicas de Saúde (ESF) de Itatiba é uma iniciativa pioneira, que visa a qualificação do atendimento, valorização do profissional e fortalecimento da integralidade no SUS. Tendo em vista que temos mais uma opção de terapia, oferecendo à população algo que normalmente só teriam acesso pela rede particular. Durante esse período, a resposta dos pacientes foi extremamente positiva, pois além de ser uma terapia indolor e de ampla aplicabilidade, traz na maioria dos casos resultados positivos em curto prazo, promovendo bem-estar, aumentando a resolutividade dos atendimentos e fortalecendo o vínculo com o usuário. A implantação de novas terapias na saúde primária fortalece o SUS e estimula a multiplicação de ações semelhantes em outros locais do Brasil" - Roberto Martins, cirurgião-dentista da ESF CECAP.

Como dito anteriormente, por questão estratégica e geográfica, apenas algumas unidades de saúde da cidade fazem a aplicação do laser, mas servem de referência para que outras unidades mais próximas encaminhem e referenciem seus pacientes para esses profissionais.

- Unidade de Saúde da Estratégia Saúde da Família Centenário, que atende também pacientes da ESF Harmonia, ESF Santa Cruz e ESF Abramo.

- Unidade de Saúde da Estratégia Saúde da Família San Francisco I, que atende os pacientes da ESF San Francisco II, ESF Colina e ESF Galetto.

- Unidade de Saúde da Estratégia Saúde da Família Jardim Ypê, que atende também pacientes da ESF Zupardo e ESF Nações.

- Unidade de Saúde da Estratégia Saúde da Família CECAP, que também atende os pacientes da ESF Porto Seguro.

Estabel-CNES-SP	jan/21	Fev/2021	mar/21	Abr/2021	Mai/2021	jun/21	jul/21	Total
2023288 PSF 06 07 SAN FRANCISCO CLELIO ANTONIO RELA	0	0	0	3	0	0	0	3
2023695 PSF 01 ABRAMO DELFORNO ALAIDE MARIA DA SILVA	0	0	0	0	1	0	0	1
2030837 PSF 02 03 CECAP JOSE FRANCISCON	0	0	0	24	29	28	15	96
2794012 PSF 04 11 NACOES JULIO ROMANIN	0	0	0	1	0	0	0	1
3806367 PSF 09 13 CENTENARIO EUCLIDES DEANTONI	0	0	3	19	4	2	0	28
6873170 PSF 10 16 SAN FRANCISCO II JOSE CORREIA BELO	1	0	0	3	0	0	0	4
7077572 PSF 18 GALETTO DR GLAUCO MURULO MATIUZZO	3	0	1	1	1	0	0	6
7284195 PSF 19 IPE JOSE MATTIUZZO	0	0	0	4	6	2	34	46
7774702 PSF 20 COLINA II ENOQUE VENTURA DA SILVA	5	3	9	3	4	6	10	40
9941452 PSF 21 VIRGINIA ALFREDO VAZ PEDROSO	0	2	8	23	20	37	13	103
Total	15	9	25	86	90	98	95	418

4. AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Cada procedimento realizado na unidade de saúde é digitado no sistema interno, que encaminha ao Ministério da Saúde um relatório com a quantidade realizada no período de um mês.

Como observado na tabela em anexo (Anexo 1), expedida pela Unidade de Avaliação e Controle (UAC) da Secretaria Municipal de Saúde, a quantidade de procedimentos referentes ao LASER aumentou na Atenção Primária à Saúde, principalmente após a realização do curso, podendo notabilizar a diminuição na quantidade de pacientes encaminhados à especialidade, a diminuição do uso de medicamentos pelos pacientes e o aumento da qualidade de vida desses.

CONCLUSÃO

Centrado nas inovações tecnológicas, bem como na avaliação custo oportunidade, a gerência da FUABC de Itatiba buscou aprimorar seus profissionais CDs quanto à capacitá-los ao uso do Laser de Baixa Potência para os pacientes da Atenção Primária à Saúde, sendo um projeto pioneiro para esse nível de atenção à competência nacional. Tal capacitação foi realizada por professores experientes do Laboratório Especial de Laser na Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (LELO/FOUSP) para nossos profissionais. O intuito do projeto é qualificar ainda mais a atenção primária, bem como diminuir os gastos com medicamentos, deprimir as vulnerabilidades e encaminhamento dos pacientes e melhorar a qualidade de vida dos pacientes que são acolhidos pelo SUS. Como perspectivas futuras, pretende-se estender o curso para profissionais médicos e enfermeiros que atuam na rede, a fim de qualificá-los para o uso do LASER em feridas com difícil cicatrização com métodos tradicionais.

PREVENINDO A MORTE SÚBITA CARDÍACA EM USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS INTERNADOS NO PAI-BS

AUTORES: Sidney Costa Gaspar; Fernando Venturini; Ana Paula Maluf.

PALAVRAS-CHAVE

Morte súbita cardíaca;
Intervalo QT;
Psicofármacos;
Torsades de Pointes.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo minimizar o risco de morte súbita cardíaca provocada por medicações em pacientes internados no PAI-BS, realizando análise do intervalo QT no momento da internação e suas variações quando do uso de fármacos que podem aumentar o QT colocando esses pacientes em risco de vida. Além dos ECGs, a equipe desenvolveu um protocolo que permite o monitoramento dos pacientes e mudanças de suas medicações quando apresentam aumentos indesejáveis do intervalo QT. Numa primeira fase de análise, 193 pacientes foram avaliados durante sua internação e constatado que 10,8% apresentavam intervalo QT superior a 500ms, tendo potencial para apresentarem Torsades de Pointes, uma arritmia potencialmente letal. Esses dados mostram o risco potencial que pacientes internados em unidade psiquiátrica correm ao tomarem psicofármacos e outras medicações potencialmente capazes de aumentar o intervalo QT e permite que suas prescrições sejam realizadas com maior segurança.

ARTIGO ORIGINAL

OBJETIVO

Nosso projeto tem como objetivo evitar a morte súbita cardíaca, através de um protocolo e um algoritmo para avaliar os pacientes internados através de ECGs com a medida do intervalo QT, possibilitando alterações de doses ou de medicamentos, numa proposta de baixo custo, que permite diminuir o risco de arritmias cardíacas e seu potencial letal em usuários de psicofármacos.

INTRODUÇÃO

Desde 1960, artigos da literatura médica mostram evidências da ocorrência de morte súbita cardíaca associada aos psicofármacos, substâncias que podem produzir o prolongamento iatrogênico do intervalo QT, sendo as arritmias consideradas como o mecanismo mais plausível pelo qual esses medicamentos possam causar esse tipo de morte. Aumento do intervalo QT está associado a uma taquiarritmia ventricular polimórfica perigosa, denominada Torsades de Pointes (TdP), que pode levar à fibrilação ventricular e morte súbita.

Antipsicóticos são medicações com alto potencial de risco cardíaco mostrando taxas de morte súbita entre 2 e 3 vezes maiores quando comparados com aqueles que não fazem uso destas medicações. Esquizofrênicos em uso de antipsicóticos apresentam taxas de parada cardíaca e arritmias ventriculares entre 1.7 e 3.2 vezes maiores do que grupos controle, vivem cerca de 10 a 15 anos menos que a população normal, apresentando taxas 1,5-2 vezes maiores de doença cardiovascular. Em nosso meio, o uso de haloperidol, clorpromazina, levomepromazina é comum em prescrições nas unidades de saúde mental, incluindo as emergências.

A literatura médica mostra que a morte súbita inexplicável em doentes psiquiátricos internados, provavelmente através de arritmia induzida por fármacos, apresenta taxas de risco de 1/1000 camas ano abaixo de 65 anos e 12/1000 camas ano acima dos 65 anos.

Não somente antipsicóticos têm esse poder de aumentar intervalo QT, antidepressivos se enquadram neste perfil, além de medicações clínicas como antibióticos, que são usados durante as internações psiquiátricas.

DESENVOLVIMENTO

O PAI-BS é uma enfermaria psiquiátrica com cerca de 50% das internações por esquizofrenia, 35% são dependentes de drogas e 15% de outros quadros psiquiátricos. Não possuímos porta de entrada aberta ao público e os encaminhamentos para internação na unidade são feitos por CAPS e PS dos nove municípios da Baixada Santista. Desta forma, recebemos pacientes que estão por vezes há dias em unidades de emergência sendo polimedicados, grande parte das vezes, com substâncias reconhecidas por aumentar o intervalo QT.

O primeiro passo foi discutir com o corpo clínico e demais profissionais sobre a relevância do tema, criando um novo paradigma no uso dessas substâncias na unidade.

A farmacêutica introduziu na folha de prescrição do prontuário eletrônico um

ícone que avisa o médico se a substância prescrita apresenta: a) um risco reconhecido de Torsades de Pointes; b) um possível risco de Torsades de Pointes; c) um risco condicional de Torsades de Pointes. Paralelo a isto ainda é emitido um alerta ao detectar um maior risco de aumento do QT quando este é provocado por interações medicamentosas.

Foi implantado um protocolo, um algoritmo e contratado um serviço que lauda nossos ECG fazendo a medição do intervalo QT no valor de R$ 8,00 a unidade, o que é muito pouco em se tratando de uma ação preventiva para um risco de morte súbita cardíaca.

Pelo protocolo, na admissão são realizados um ECG e exames laboratoriais e são avaliados os seguintes fatores de risco: a) sexo feminino e idade superior a 60 anos; b) condições médicas, tais como: uso de drogas ilícitas há menos de 48 horas, dependência de álcool e tabagismo, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, obesidade, histórico de doença cardíaca, renal ou hepática; c) uso de substâncias que aumentem o intervalo QT; d) uso de fármacos que causem hipopotassemia; e) tratamento com medicamentos que podem causar bradicardia; f) histórico familiar de QT longo ou QT longo congênito; e g) cardioversão recente.

Dados da história clínica são tabulados através de um critério de risco valorado entre 1 e 3 pontos, que são somados aos fatores de risco dos medicamentos, também valorados de 1 até 3, sendo que os fármacos com alto risco reconhecido ganham 3 pontos, os de possível risco ganham 2 pontos e os de risco condicionado 1 ponto. Utilizamos para classificar as medicações nas diferentes pontuações da lista de drogas que prolongam QT da CrediblesMeds. Sempre que a soma dos pontos for igual ou superior a 3 pontos serão realizados novos ECG semanais.

Quanto ao resultado dos ECGs, consideramos que valores de QTc iguais ou superiores a 500ms implicam na suspensão imediata da medicação em uso. Quando os valores estiverem para homens entre 470 e 499ms e para mulheres entre 480 e 499ms ou tivermos um aumento igual ou maior de 60ms está preconizado a redução da dose ou supressão da droga.



Com esse protocolo temos realizado ações médicas mais seguras e precisas que evitam colocar o paciente em risco.

Também estamos montando um protocolo e coletando os primeiros dados para compararmos o risco de 3 grupos de pacientes: esquizofrênicos sem uso de cocaína, esquizofrênicos que fazem uso de cocaína e usuários de cocaína sem comorbidade de esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar. Queremos saber em que condições cardíacas eles ingressam no PAI-BS e quando apresentam valores altos de QTc na internação e como variam esses valores durante o período de tratamento.

RESULTADOS

Num levantamento já realizado em 193 ECGs, feitos no momento de admissão dos pacientes, encontramos 21 exames com valores superiores a 500ms, o que representa 7,1% entre os homens e 16,01% entre as mulheres. QTcs dessa magnitude indicam potencial risco de Torsades de Pointes e de morte cardíaca súbita e que levaram a mudanças nas medicações já em uso por estes pacientes ou a prescrições de fármacos que não produzam alterações do QT. De maneira prática, medicamos os mesmos com maior segurança e menor risco.

CONCLUSÃO

O presente estudo, ainda na sua fase preliminar, encontrou QTc superior a 500ms em 16,01% das mulheres e 7,1% dos homens internados, demonstrando o quão útil é a avaliação do intervalo QT nos pacientes que vêm para internação em um serviço de psiquiatria. Pacientes psiquiátricos têm histórico de polifarmácia com muitas medicações que alteram QT além do uso regular de cocaína não apenas no grupo de dependentes químicos, outra substância de risco cardíaco. Um ECG, exame gráfico de baixo custo, no momento da internação, pode evitar o uso de psicofármacos que coloquem ou aumentem o risco de morte súbita cardíaca nestes pacientes, assim como o monitoramento dessas pessoas seguindo um protocolo, aumenta a segurança das prescrições para os mesmos, permitindo o uso de medicamentos com menor risco de morte súbita cardíaca.

INOVANDO FRENTE AOS DESAFIOS

AUTORES: Natalia de Cassia Maragno Meinrath; Rogério A. Bigas; Rute Loureiro dos Santos Nunes.

PALAVRAS-CHAVE

Eventos virtuais;
Colaboradores;
Prevenção;
Valorização.

RESUMO

Considerando a situação do mundo atual, abalizada por importantes crises na saúde pública devido a pandemia causada pela COVID-19, os comitês da CIPA, Humanização, em conjunto com a Diretoria-Geral, desenvolveram o projeto de realização dos Eventos Virtuais do CHSP/2021. Dessa forma foi possível o desenvolvimento das ações de cunho obrigatório, como a Semana Interna de Prevenção de Acidentes e outras de cunho informativo e de valorização do profissional, Semana da Enfermagem, Semana Amarela, Outubro Rosa, Novembro Azul e Dezembro Vermelho, obedecendo os critérios emanados pelas instâncias superiores. Os assuntos elaborados refletem acerca dos desfechos favoráveis e desfavoráveis durante e após os momentos nebulosos, pontuando questões relacionadas à emergência do cuidado da saúde física e mental, de modo a minimizar os impactos negativos, reduzindo acidentes e atuando de modo preventivo e contribuindo para o acolhimento e a valorização dos profissionais da FUABC, SAP e terceiros.

ARTIGO ORIGINAL

A pandemia do coronavírus (COVID-19) tornou o mundo atual mais complexo e desafiador devido aos impactos sanitários, econômicos e sociais. A vida do ser humano mudou repentinamente e foi necessária a adoção de normas rígidas de controle sanitário, em escala mundial, como fechamento do comércio e escolas, isolamento social, quarentena e medidas necessárias para evitar aglomerações, conter o avanço da doença e evitar a sobrecarga dos sistemas de saúde.

Do ponto de vista trabalhista, a pandemia em curso faz emergir, entre outras questões, preocupações referentes à prevenção e proteção da saúde da classe trabalhadora, as formas de atuação e cuidado dos chamados profissionais "essenciais", os quais trabalham sob alto nível de exigência física e emocional. Situações assim, com novidades constantes, sem perspectiva de estabilidade na saúde a nível global, refletem sobre a importância desses profissionais serem acolhidos pelas instituições.

Diante das normas emanadas pelas instâncias superiores, quanto às medidas de prevenção, a CIPA, o Comitê de Humanização e a Diretoria-Geral envidaram esforços para inovar e cumprir todos os protocolos necessários para concretização das campanhas até antes desenvolvidas presencialmente, como Semana Interna de Prevenção de Acidentes, Semana da Enfermagem e Setembro Amarelo, Outubro Rosa, Novembro Azul e Dezembro Vermelho.

Para desenvolver os eventos de forma virtual foram pensados meios de fácil desenvolvimento, como no disponibilizado pelo Office (Forms), e encaminhamento do link por e-mail, pois é uma forma de acesso diário. Aos profissionais que não possuem e-mail institucional, como equipe de higienização hospitalar, manutenção, lavanderia, nutrição e dietética e servidores da Secretaria da Administração Penitenciária (SAP), foram disponibilizados os formulários impressos para preenchimento e devolução a equipe organizadora. Independente da forma realizada, o objetivo é que todos os colaboradores tenham acesso e participem do evento.

Os eventos virtuais iniciaram-se pela Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT), cuja realização é uma das atividades anuais obrigatórias da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), que é regida pela Norma Regulamentadora nº 5 (NR-5) da Portaria 3.214/78 do Ministério do Trabalho. Na semana de 26 a 30 de abril de 2021, o Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário (CHSP) realizou a Semana Interna de Prevenção de Acidentes. A escolha do tema foi realizada virtualmente por votação dos colaboradores, sendo eleito o tema "Os diversos aspectos, físico, social, mental e emocional em meio à pandemia".

No decorrer da semana da SIPAT, foram enviados por e-mail artigos técnicos com aplicação de perguntas sobre os temas depressão, ansiedade, depressão sorridente, estratégias de enfrentamento frente a pandemia, bem como disponibilizados também "Quiz SIPAT", "Jogo da Conexão", Caça Palavras e Palavras Cruzadas, com questões pertinentes aos temas escolhidos e sobre o uso de EPIs e prevenção de acidentes. Os funcionários que participaram do evento foram presenteados com brindes como álcool gel, máscaras, chinelos, doces, camisetas, cremes, fones de ouvido, sapatos, entre outros. Outra forma de premiação foi realizada por ligações realizadas nos ramais telefônicos, sendo definida para cada dia da semana uma frase diferente. Quem atendeu a ligação mencionando a frase indicada, recebeu mais brindes.

A Semana de Enfermagem foi comemorada nos dias 12 e 13 de maio de 2021, sendo uma das atividades realizadas no CHSP, direcionando a humanização e valorização, em homenagem aos profissionais Enfermeiros e Auxiliares de

Enfermagem que prestam assistência aos pacientes com qualidade e segurança.

A Enfermagem desempenha uma atividade de extrema relevância nas ações assistenciais. No Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário, 51% do quadro de funcionários é constituído pela equipe de Enfermagem – destes, 80% são auxiliares de enfermagem e 20% enfermeiros. Seguindo o modelo adotado na SIPAT, foram enviados aos colaboradores da enfermagem artigos técnicos, sendo premiados os primeiros colocados e as ligações premiadas estendidas a todos os profissionais que laboram no CHSP.

O Setembro Amarelo é uma Campanha de Prevenção ao Suicídio, realizada internacionalmente, criada no Brasil em 2014 e idealizada pelo CVV (Centro de Valorização da Vida), CFM (Conselho Federal de Medicina) e ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria). Segundo a OMS, nove em cada dez mortes por suicídio podem ser evitadas, e o principal objetivo da campanha Setembro Amarelo é a conscientização sobre a prevenção do suicídio, buscando alertar a população a respeito da realidade da prática no Brasil e no mundo, e a melhor forma de se evitar um suicídio é através de diálogos e discussões que abordem o problema.

A Semana Amarela 2021 está sendo realizada entre os dias 27 e 30 de setembro de 2021 e tem o objetivo de conscientizar os colaboradores do CHSP sobre os sinais de alerta para o suicídio e quais as formas de prevenção e redução destes números. Foi desenvolvido pelo Canva um folder sobre a semana do evento para informar aos colaboradores da instituição.

Textos e atividades lúdicas foram elaborados para incentivar o colaborador a entender os sinais que uma pessoa apresenta para o suicídio e as formas de prevenção. As atividades incluem Mitos/Verdades sobre o suicídio, sinais de alerta, como podemos ajudar alguém em risco. Além disso, as ligações que os colaboradores devem dizer, relacionadas à conscientização deste momento, como: “Eu ouço você”, “Você é valioso”, “Falar é a melhor solução” e “Seja a ajuda que o outro precisa”.



As atividades da semana amarela contribuíram para a equipe multiprofissional não ter somente a visão intrínseca, mas também saber reconhecer esses sinais no seu parceiro de trabalho, e o conhecimento para a visualização dessas características no paciente, vez que os nossos pacientes são mais passíveis de cometerem o ato de suicídio, devido à privação de sua liberdade.

A insistência e a dedicação na realização destes formatos virtuais foram baseadas no aumento do número expressivo da participação dos colaboradores, o retorno positivo sobre as atividades fornecidas e o quanto os colaboradores se sentiram acolhidos neste momento delicado que estamos passando. Mesmo sem o contato físico, percebemos que as ligações efetuadas e as frases escolhidas impactaram de forma valiosa, gerando um feedback positivo.

A disseminação da informação e da prevenção são essenciais para prevenção de doenças e melhora da qualidade de vida. Sendo assim, estamos desenvolvendo os próximos eventos virtuais de 2021 – Outubro Rosa, Novembro Azul e Dezembro Vermelho.

Além disso, visualizou-se a importância de ações conjuntas intersetoriais e comitês internos da instituição para reflexão e o desenvolvimento de momentos importantes e diferenciados para os nossos profissionais, principalmente por sermos um hospital com suas particularidades totalmente atípicas.

Estamos num momento muito delicado por conta da pandemia, com muitas vidas perdidas, além de estresse profissional, questões financeiras e outras situações que contribuem para o desequilíbrio emocional do ser humano. Por isso, o diálogo e o acolhimento são extremamente essenciais para vencer os constantes desafios vindouros.

CONCLUSÃO

A pandemia provocada pelo coronavírus tem colocado uma grande pressão sobre todos e tem impactado na saúde mental das pessoas, em especial dos colaboradores da área da Saúde, que estão enfrentando os desafios e a fragilidade do momento atual. A realização dos eventos de forma virtual permitiu momentos de descontração, aprendizado e o compartilhamento de ideias criativas e acolhedoras. Quanto mais os colaboradores são informados e compreendem riscos, benefícios e opções para gerenciar a saúde e os processos de trabalho adequadamente, mais melhoram a qualidade de vida pessoal e profissional do time CHSP. O momento é de compreendermos que o mundo modificou e que precisamos nos ajustar a isso e abarcar que toda mudança nos traz situações difíceis e positivas e que, com os recursos do meio digital, é possível impactar realizando ações inovadoras e criativas.

LITTERA SUS: CURA PARA A ALMA

Autor: Arthur Pinheiro Trindade. **Coautores:** Juliana Bonelli Rodrigues; Thais Maria Rodrigues; Lais Ladeia Borborema da Rocha; Graziela Alves Ali Mostafa; Marta Assis Borges Pereira.

PALAVRAS-CHAVE

Humanização;
Literatura;
PAVS;
SUS;
Território;
Ambiente.

RESUMO

O Littera SUS é um projeto voltado à humanização dos trabalhadores da Atenção Básica por meio da literatura. A ideia surgiu a partir da observação dos desgastes das relações no trabalho, em especial no momento de pandemia, e dos desafios apresentados pelo território, utilizando uma proposta de trabalho do Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis-PAVS, que pensa a indissociável relação entre o ser humano e o ambiente. São trabalhadas obras previamente selecionadas que possibilitem a reflexão a partir da leitura e discussão em grupo. No decorrer da realização dos grupos, é notável o desenvolvimento das relações e o fortalecimento dos vínculos.

ARTIGO ORIGINAL

1. Introdução

O Littera SUS é um projeto desenvolvido por Arthur Trindade, Agente de Promoção Ambiental, com o apoio de toda a equipe multidisciplinar da UBS Parque Boa Esperança. Esse projeto visa à humanização dos trabalhadores da unidade por meio de rodas de leitura com obras literárias estético-reflexivas, ou seja, obras que possuem a capacidade de gerar no grupo reflexões sobre temas humanos, possibilitando, assim, o desenvolvimento emocional em conjunto.

Esse projeto é pensado como uma prática integrada do PAVS e é inspirado no Laboratório de Leitura-LabLei, prática semelhante elaborada pelo professor Dante Gallian na Escola Paulista de Medicina.

1.1 Literatura e Humanização

Devido às diferentes visões do que é Humanização, se faz importante explicar os conceitos base do projeto, assim como a importância da literatura como ferramenta humanizadora.

A literatura é uma das formas de expressão mais importantes para a humanidade. É por meio dela que conhecemos nossa história e somos capazes de deixar registrados nossos próprios sentimentos sobre nossa complexa vida. Como aponta o sociólogo Antonio Candido, a literatura:

"... confirma no homem aqueles traços que reputamos essenciais, como o exercício da reflexão, a aquisição do saber, a boa disposição para com o próximo, o afinamento das emoções, a capacidade de penetrar nos problemas da vida, o senso da beleza, a percepção da complexidade do mundo e dos seres, o cultivo do humor".

O Littera SUS se utiliza desse caráter humanizador que as obras literárias possuem, com o objetivo principal de melhorar tanto as relações entre trabalhadores quanto destes com os usuários. Esse trabalho é importante pela própria natureza da função desempenhada pelo trabalhador da Atenção Básica. Inclusive, uma das bases para o projeto é a Política Nacional de Humanização - PNH, que busca no SUS:

"A comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si".

Faz-se fundamental ressaltar que por humanização se entende "a ampliação da esfera do ser" nas mais diversas dimensões, como define Montesquieu. Dessa forma, o Littera SUS não existe por conta de nenhuma evidência de falta de empatia, mas pela busca da constante melhora do ser, que se aberto às possibilidades, sempre possui espaço para evoluir humanisticamente.

1.2 Littera SUS na UBS Parque Boa Esperança

O Littera SUS surge na Unidade após a observação de alguns pontos importantes sobre as dinâmicas de trabalho, como a perceptível existência de bolhas de comunicação. Muitos trabalhadores só interagiam uns com os outros dentro do contexto do trabalho, e mesmo quando acontecia em momentos mais descontraídos, essas interações não promoviam o fortalecimento dos vínculos.

Além disso, diante da crise sanitária causada pela Covid-19, é visível o desgaste dos trabalhadores da saúde, principalmente no âmbito emocional. A equipe lida diariamente com o esforço de combater o vírus e proteger a população, lidando com os desafios e as perdas que ocorrem nesse processo.

Outras questões importantes para o projeto foram o território da unidade e o acolhimento dos usuários. O perfil das pessoas atendidas é, em muitos casos, de extrema vulnerabilidade social. A área de abrangência possui quatro ocupações e uma grande demanda de saúde mental com usuários em diferentes níveis de gravidade.

2. Objetivos

Literatura e o meio ambiente

Partindo de um projeto PAVS e pensando na relação indissociável entre o ser humano e o ambiente, promover cuidado em

saúde mental e a humanização, gerando impacto positivo no meio ambiente, pois só conseguimos exercitar esses pontos em conjunto.

Literatura como criadora de pontes

Criar espaços onde essas relações sejam aprofundadas e pessoas de setores diferentes possam compartilhar suas visões de mundo com aqueles que só o conhecem como profissional.

Literatura como exercício de empatia

Exercitar a empatia para que os participantes possam, por meio de narrativas, refletir sobre as diversas realidades existentes, no serviço e no território, fazendo uma ponte entre o fictício e o real.

Literatura como refúgio

Promover espaços de lazer e descompressão, necessários para garantir a manutenção do bem-estar, afinal o processo humanizador deve começar de dentro para fora.

3. Processos de Trabalho

Atualmente, o Littera SUS se encontra em seu segundo mês de atividades e existem quatro grupos na unidade, sendo cinco o número máximo de participantes em cada um deles. Cada grupo se reúne uma vez ao mês, em horário que respeite o funcionamento da unidade, uma vez que esses encontros ocorrem durante o horário de trabalho, tendo a duração de uma hora.

No primeiro encontro é iniciada a leitura do livro em conjunto, conversando sobre as primeiras impressões sobre a obra. Nas quatro semanas seguintes a leitura continua individualmente para que ao fim desse período possamos debater sobre o livro na sua totalidade em um encontro que engloba as diferentes visões da história.

A pretensão é que as trocas durante as rodas de leitura ocorram de forma espontânea, sempre ouvindo o que o outro tem a dizer e assegurando que não existem respostas certas ou erradas. Logo, se fez necessário criar um ambiente onde os envolvidos se sintam seguros de compartilhar suas visões com os colegas, já que se busca atingir o lado afetivo e não necessariamente intelectual.

A avaliação do projeto se dá em duas etapas qualitativas: a observação do participante e a história oral de vida. Elas servem para analisar o que é compartilhado, procurando encontrar semelhanças



nas mais diversas experiências ocorridas nesses espaços. As respostas e opiniões serão sempre colhidas de forma anônima, respeitando a ética e o sigilo dos depoimentos.

4. Resultados

No segundo mês de encontro pode-se notar o quão importante está sendo o projeto para os trabalhadores, principalmente como um ambiente de encontro, já que se observa a motivação em saber como ocorrerão as próximas rodas e em compartilhar suas experiências com a leitura. Observando as relações dentro e fora desses espaços é perceptível o fortalecimento dos vínculos entre trabalhadores, com trocas mais leves e um aprofundamento da noção do outro.

4.1 Ratos e Homens

O primeiro livro usado no projeto foi Ratos e Homens, um drama americano de John Steinbeck. Na obra, acompanhamos a chegada de dois trabalhadores rurais, George e Lennie, na fazenda onde pretendem trabalhar em meio à crise de 29. Essa obra foi selecionada para o projeto devido sua abordagem de temas universais e atemporais pertinentes ao processo humanizador. Em uma análise breve das rodas de leitura esses foram os temas mais debatidos:

Abandono e miséria

A obra mostra protagonistas que lutam constantemente para ganhar o mínimo para sobreviver, mas que sonham em possuir um pedaço de terra onde poderiam viver independentes. A discussão sobre a desigualdade social foi algo muito presente em todos os grupos e todos pareceram ser sensibilizados pela história, principalmente pelo fato dessa ser a realidade de muitos em nosso território.

Saúde Mental e Acolhimento

Lennie, um dos protagonistas, é um homem que apresenta dificuldades cognitivas. No decorrer da história apresenta dificuldade de se comunicar ou entender ideias simples. Além disso, ele tem uma obsessão por acariciar ratos. Por conta desses aspectos, Lennie é maltratado por quase todas as pessoas que aparecem em sua vida, sempre querendo tirar vantagem de sua ingenuidade. Muito se falou nas rodas sobre como pessoas com quadros parecidos com o do personagem são tratadas na vida real e o que podemos fazer, como profissionais e humanos, para melhor acolhê-las.

CONCLUSÃO

O projeto tem sido uma experiência única dentro da unidade e até mesmo pessoas que ainda não participam dele têm procurado ler os livros selecionados. Encontrar livros que cumpram os objetivos humanizadores e gerem interesse nos participantes é um dos constantes desafios, mas que até o momento tem dado frutos extraordinários. Graças ao apoio da equipe multiprofissional e da Gerente Juliana Bonelli, o trabalho humanizador tem encontrado portas abertas no Parque Boa Esperança.

A SAÚDE EM BOAS MÃOS | A EVO


REPORTER

Cogita-se dos nomes para criar a Fundação da Faculdade de Medicina

Constituição da Fundação Universitária do ABC pelas prefeituras de Santo André, São Bernardo e São Caetano.


JORNAL DE SANTO ANDRÉ

Faculdade de Medicina do ABC Abre Inscrições

Autorização da instalação e funcionamento da Faculdade de Medicina do ABC.



Entrega do primeiro prédio do campus universitário e início do regime de comodato no Hospital Padre Anchieta, do Governo do Estado, que durou até 1973

Hospital Padre Anchieta é municipalizado e gestão clínica é entregue à FUABC.


Estado municipaliza o Hospital Anchieta



FUABC assume gestão do Pronto-Socorro Central de São Bernardo.

FUABC assume diversos serviços no Hospital Maria Braido, em São Caetano.



1967 | 1969 | 1971 | 1975 | 1980 | 1983 | 1990 | 1994 | 1999 | 2001 | 2004 | 2005


DIÁRIO DO GRANDE ABC

Projeto altera nome e estrutura da Fuabc

Alteração da denominação Fundação Universitária do ABC para Fundação do ABC.


DIÁRIO DO GRANDE ABC

Professores da Fuabc paralisam atividades

Crise financeira e período de greves na FMABC.


HOSPITAL DE ENSINO

Parceria com o Hospital Padre Anchieta é retomada pela FUABC.


CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Parceria entre FUABC e Prefeitura de São Bernardo viabiliza criação do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o CAISM.



FUABC estabelece convênio com a Prefeitura de Santo André para gestão do Centro de Saúde-Escola Capuava.

Inauguração do Hospital Municipal Universitário de São Bernardo, gerido pela FUABC.



Fundação do ABC é qualificada como Organização Social de Saúde pela Secretaria de Estado da Saúde.



Inaugurado o Hospital Estadual Santo André – hoje 'Mário Covas', sob gestão da FUABC.



Criação da Central de Conv... hoje a maior unidade da FU...





Inaugura... da Fur... camp...

LUÇÃO DA FUABC AO LONGO DAS DÉCADAS



Inauguração do AME Mauá e início da gestão pela FUABC.



Inauguração do AME Santo André e início da gestão pela FUABC.



nauguração do AME Praia Grande e início da gestão pela FUABC.

Início da parceria com a Prefeitura de Itatiba.





Início da gestão no Instituto de Infectologia Emílio Ribas II, no Guarujá.



Início da gestão no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário



Faculdade de Medicina do ABC comemora 50 anos.



Início da gestão no Hospital Municipal de Mogi das Cruzes.



Início da gestão no AME Itapevi.



Início da gestão no Hospital Estadual Metropolitano Santa Cecília

2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021

de
nios,
UABC.

auguração do
ospital da Mulher
e Santo André já
b gestão da FUABC.



ação da sede própria
ndação do ABC no
us universitário.

Início da parceria com a Prefeitura de São Caetano para gestão do Complexo Hospitalar Municipal





Início da parceria com a Prefeitura de Guarulhos.



Instituição do Complexo de Saúde de Mauá (COSAM) e início da gestão pela FUABC.



Início do Contrato de Gestão São Mateus/SP.



Início da parceria entre FUABC e Prefeitura de Mogi das Cruzes com a inauguração da UPA Rodeio.



Inauguração e início da gestão da UPA Central de Santos.



Ministério da Educação credencia FMABC como Centro Universitário Saúde ABC.



Início da gestão no AME Santos

Rede de Reabilitação Lucy Montoro
DIADEMA

Parceria com o Governo do Estado de São Paulo para a Rede de Reabilitação Lucy Montoro de Diadema.



Início da gestão no AME Sorocaba



Início da gestão no PAI Baixada Santista

PRÊMIOS E CERTIFICAÇÕES



Entidade Benemérita
São Caetano



Medalha João Ramalho
São Bernardo



Prêmio Ideia Saudável



Entidade Benemérita
São Bernardo



Hospital Amigo do
Meio Ambiente



Entidade Benemérita
Santo André



Banco de Leite Padrão Ouro
IBERBLH



Prêmio Cidadania
Sem Fronteiras



Prêmio Capella Aurea



Certificação Soluções
Integradas em Saúde



Hospital Amigo da Criança



Organização Nacional de
Acreditação (ONA)



QMENTUM



CQH - Qualidade Hospitalar



Melhores Hospitais do Estado



Prêmio CONASS



Melhores Universidades



Diploma Mérito da Saúde



Prêmio Desempenho



Programa Gestão com
Qualidade COREN (SP)



Prêmio Líderes da Saúde



FUNDAÇÃO DO ABC

DESDE 1967