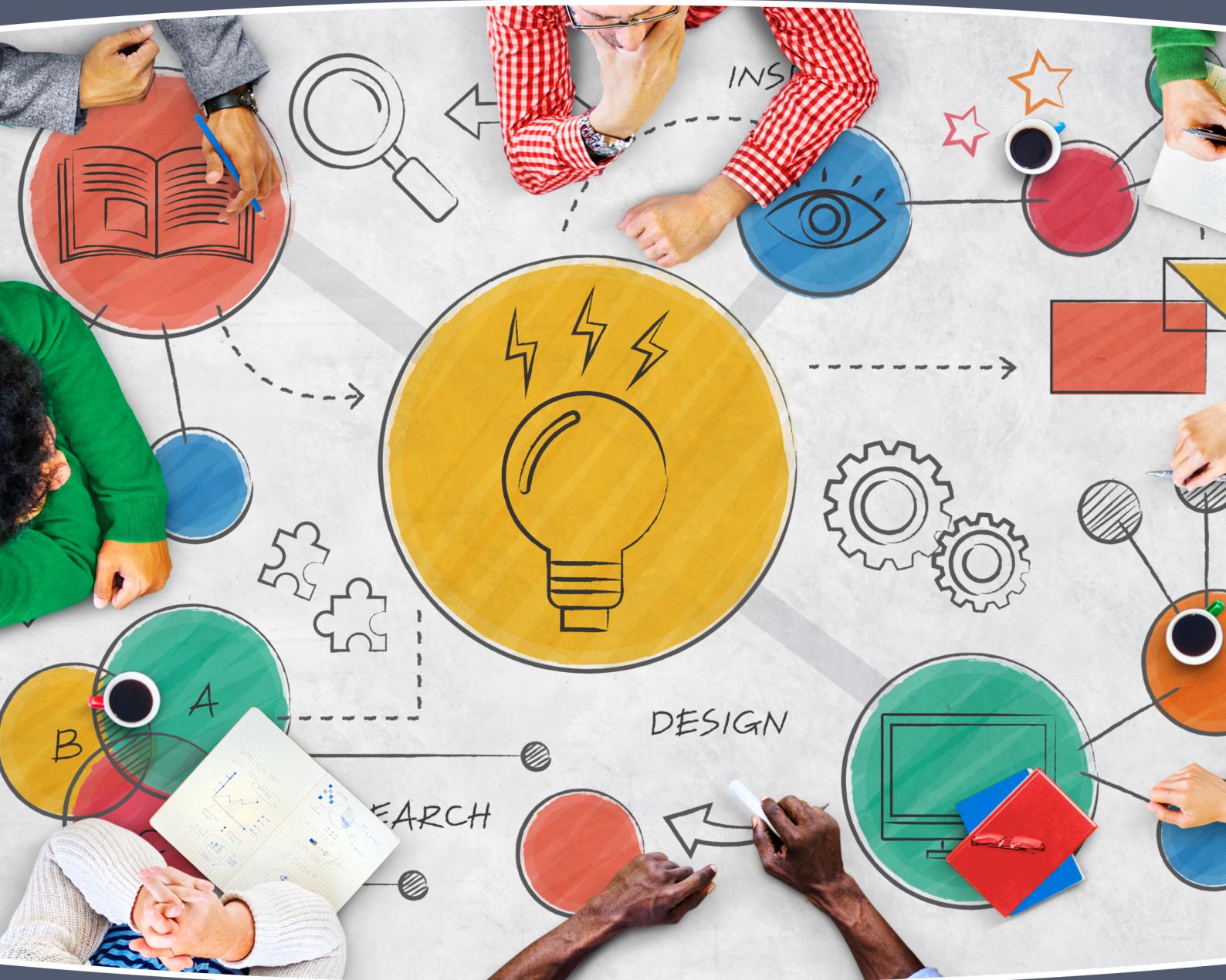


EDIÇÃO 2022

Feito pela gente



EXPEDIENTE

FUNDAÇÃO DO ABC

Entidade Filantrópica de Assistência Social,
Saúde e Educação

PRESIDENTE

Dr. Luiz Mario Pereira de Souza Gomes

VICE-PRESIDENTE

Dra. Maria Odila Gomes Douglas

SECRETÁRIO-GERAL

Bruno Vassari

CONSELHO DE CURADORES (TITULARES)

Alessandra Nabarro Milani; Ari Bolonhezi; Bruno Vassari; Dra. Ana Veterinária; Eduardo Couto Silva; Lincoln Gonçalves Couto; George Esper Kallás; Gilberto Palma; Gilberto Vieira Monteiro; Helaine Balieiro de Souza; Henrique Santos de Oliveira; Jaqueline Michele Sant'ana do Nascimento; João Veríssimo Fernandes; Luiz Mario Pereira de Souza Gomes; Marcos Sergio Gonçalves Fontes; Maria Lucia Tomanik Packer; Maria Odila Gomes Douglas; Nataly Caceres de Souza; Rodrigo Grizzo Barreto de Chaves; Thereza Cristina Machado de Godoy; Thiago Correia da Mata.

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

ONDE TEM SAÚDE, TEM FUNDAÇÃO DO ABC





Em um ano, milhões de pessoas atendidas



18,9 Milhões de
Procedimentos e Exames



87 Mil
Internações



11 Milhões de
Consultas e atendimentos



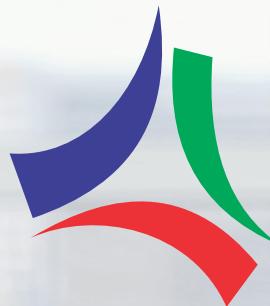
133,6 Mil
Cirurgias



3,4 Bilhões
Receita Anual (R\$)



26 Mil
Funcionários
Diretos



FUNDAÇÃO DO ABC

Desde 1967

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 e Especializada
- 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 de SBC

- Hospital Anchieta
- Hospital Municipal Universitário
- Hospital de Clínicas Municipal José de Alencar
- Hospital de Urgência

SÃO CAETANO DO SUL

- Atuação nas [redes](#) de Atenção Básica,
Especializada, de Urgência e Emergência

Complexo Hospitalar Municipal de SCS - CHMCS

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

DIADEMA

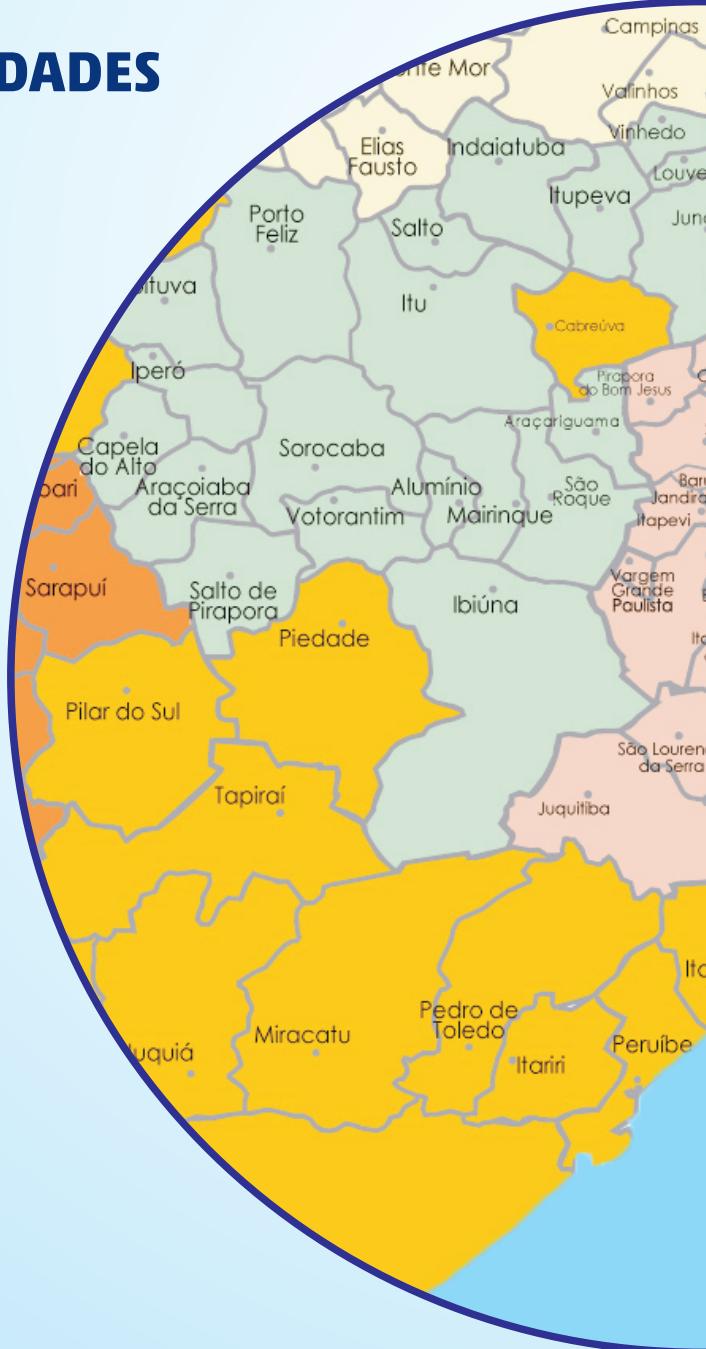
- Rede de Reabilitação Lucy Montoro

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

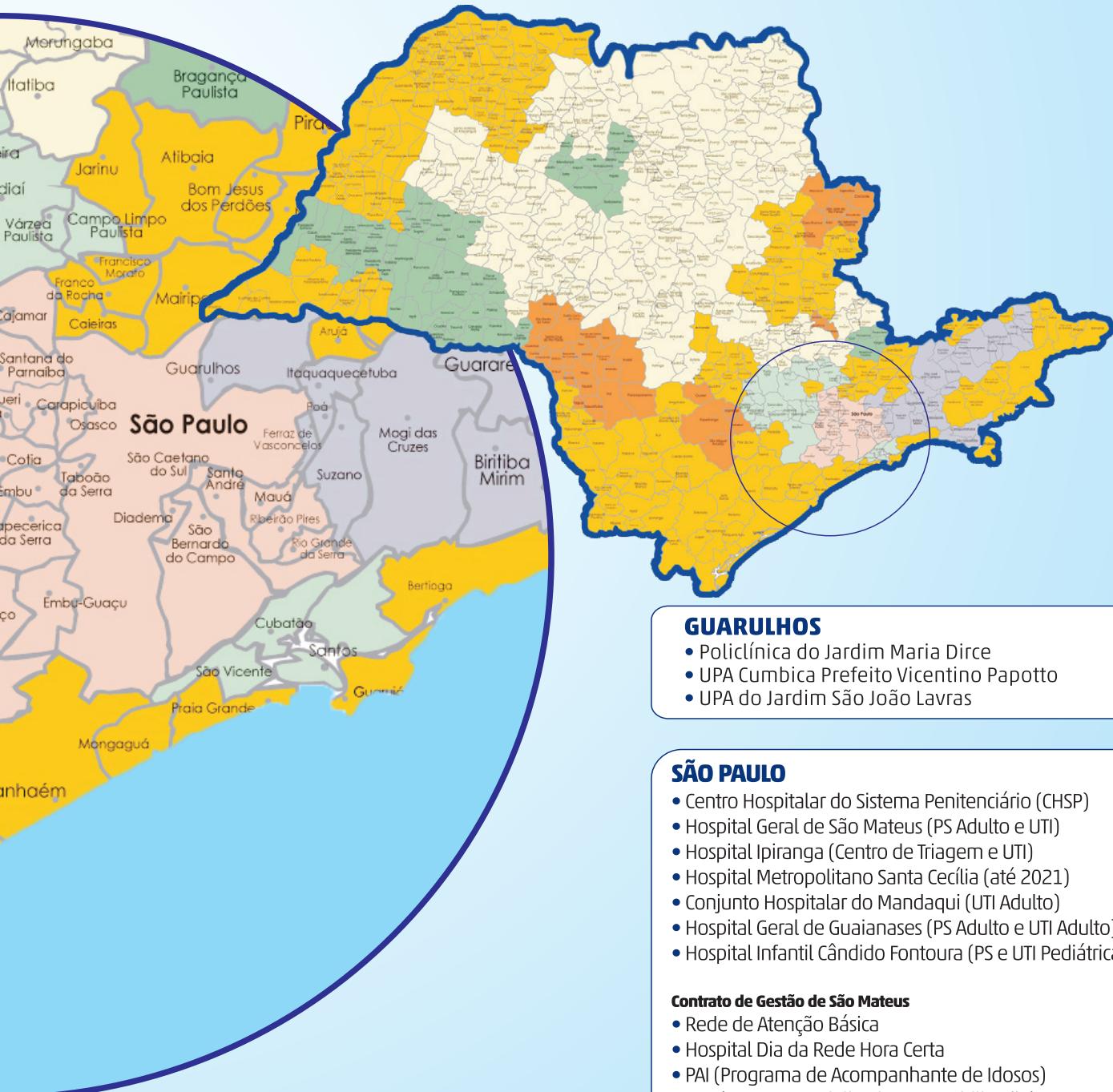
- AME Praia Grande

GUARUJÁ

- Instituto de Infectologia Emílio Ribas II

SANTOS

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



SOROCABA

- AME Sorocaba

ITAPEVI

- AME Itapevi

ITATIBA

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

GUARULHOS

- Policlínica do Jardim 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 Metropolitano Santa Cecília (até 2021)
- Conjunto Hospitalar do Mandaqui (UTI Adulto)
- Hospital Geral de Guaianases (PS Adulto e UTI Adulto)
- Hospital Infantil Cândido Fontoura (PS e UTI Pediátrica)

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

FERRAZ DE VASCONCELOS

- Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos (PS Adulto)

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 de
São Bernardo do Campo**

- Hospital Anchieta
- Hospital Municipal Universitário
- Hospital de Clínicas Municipal José Alencar
- 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 Euryclides de Jesus Zerbini
- Complexo Municipal de Saúde
- UPA Engenheiro Júlio Marcucci Sobrinho



**Hospital Municipal de
Mogi das Cruzes**



Central de Convênios

- Prefeitura de Santo André
- Prefeitura de São Caetano
- Prefeitura de Mogi das Cruzes
- 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

PROJETO SAÚDE DA MULHER

Autores: Eveline Aparecida Guimarães de Carvalho; Patrícia Helena Busaneli Silva; Eliane da Silva Mota; Sara de Azevedo Fagundes; Cristina Maria Vasconcelos Barreto; e Maria Vilma Alves Rosa.

PALAVRAS-CHAVE

Humanização;
Oncologia;
Especialidades;
Integração;
Acolhimento.

RESUMO

Em março de 2022, o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Itapevi, em reunião sobre o Dia Internacional da Mulher, detectou alta demanda de colaboradoras com exames preventivos em atraso. Devido à pandemia, as unidades básicas de saúde não estavam realizando os exames.

O AME Itapevi desenvolveu o projeto buscando estabelecer humanização entre os gestores e colaboradoras, melhorando a qualidade da assistência, encaminhando pacientes com alterações da citologia para o exame de colposcopia e procedi-

mento de CAF (caso necessário), reduzindo o risco de câncer de colo uterino e doenças sexualmente transmissíveis, visto que o nosso número de mulheres é maior na instituição.

Foi alinhada entre a direção e os gestores das áreas assistenciais a estratégia de coleta de citologia oncológica, estabelecido um fluxo de marcação e entrega de resultados e disponibilizadas vinte vagas bimestrais. Além desse projeto, também temos ações voltadas para o dia internacional da mulher e o outubro rosa.

ARTIGO ORIGINAL

Atualmente o AME Itapevi conta com um quadro de quatro enfermeiras assistenciais. Desde o começo do projeto, a cada coleta de Papanicolau foi criada uma escala e uma enfermeira participa do exame, onde recebem o treinamento teórico e prático pela Enfermeira de Humanização e Matriciamento.

Através do Projeto Saúde Da Mulher, ficou estabelecida a coleta de citologia oncológica para colaboradoras que não realizaram o exame de Papanicolau há mais de um ano. Citologia oncológica é a principal estratégia de prevenção e/ou diagnóstico precoce da neoplasia maligna do colo de útero. Quando as chamadas lesões precursoras (que antecedem o aparecimento efetivo da doença) são detectadas, as chances de cura do quadro são de 100%. A coleta deste material é rápida, indolor e simples, e serve como incentivo à mulher a adotar hábitos saudáveis de vida, ou seja, estímulo ao uso de preservativos, hábitos alimentares saudáveis (com baixo teor de gordura, sal, açúcar, aumento de grãos integrais, tubérculos, vegetais e frutas) e atividade física regular.

O acompanhamento dessa ação é realizado pela Enfermeira da Humanização, em conjunto com as médicas ginecologis-

tas do Serviço de Colposcopia e a médica infectologista, responsável pelo Serviço de Controle de Infecção Ambulatorial (SCIA).

Diante disso, o Projeto Saúde da Mulher atua na construção de um maior autocuidado, engajamento e empoderamento dessas colaboradoras acerca de sua saúde, respeitando a diversidade cultural, sexual, étnica e religiosa dessas mulheres, proporcionando então à população atendida uma melhor qualidade de vida, em todas as fases de suas vidas.

A promoção de saúde é uma responsabilidade comum a todos os setores da sociedade, e se viabiliza através da capacitação (empowerment) dos indivíduos e das comunidades, com o objetivo de aumentar através de esforços intersetoriais a saúde e o bem-estar geral. A prevenção de saúde visa diminuir a probabilidade da ocorrência de uma doença ou enfermidade específica (ALMEIDA, 2005).

As DSTs constituem a segunda maior causa de perda de vida saudável entre mulheres de 15 a 45 anos, e podem causar complicações e sequelas decorrentes da ausência de tratamento, já que, apesar de algumas serem curáveis, a maioria dessas doenças apresenta infecções subclínicas ou pode ser assintomática durante muito

tempo (JIMÉNEZ, 2001).

O câncer de mama representa a principal causa de morte por câncer em mulheres e o Brasil tem acompanhado as altas taxas de incidência e mortalidade por câncer de mama dos países desenvolvidos. É um câncer raro antes dos 35 anos, sendo descoberto principalmente entre 40 e 60 anos de idade (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011), onde o AME Itapevi disponibiliza o exame de mamografia para colaboradoras acima de 40 anos.

O Brasil está passando por uma intensa transição da estrutura etária da população que vem adquirindo características de um país de pessoas envelhecidas. Simultaneamente, tem-se outro fenômeno, o da feminilização da velhice, no qual é representado pela maior expectativa de vida das mulheres brasileiras (CARVALHO et al., 2009).

O projeto em questão irá se desenvolver em três eixos:

- 1) Prevenção do câncer de colo de útero;
- 2) Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis;
- 3) Prevenção do Câncer de Mama.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo li-

mitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

Há análises que demonstram que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostas pelo Governo Federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência (COSTA, 1999) e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida.

Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e às reproduções, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobre-carga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e da criação dos filhos (ÁVILA; BANDLER, 1991).

Especialidades que compõem a linha de cuidado:

- Enfermeira da Humanização
- Ginecologistas
- Infectologista

De 18 a 39 anos	Acima de 40 anos
Consulta e reconsulta	Consulta e reconsulta
Papanicolau (Prevenção)	Papanicolau (Prevenção)
Hemograma completo	Hemograma completo
Triglicérides	Triglicérides
Colesterol Total	Colesterol Total
HDL/LDL	HDL/LDL /TSH/T4/T3
Ultrassom Pélvico	Mamografia/Ultrassonografia
Urina tipo 1	Urina tipo 1

Ferramentas utilizadas para rastreamento de risco oncológico. Segundo a Organização Mundial da Saúde, toda mulher deve fazer um check-up ginecológico preventivo.

O diagnóstico é realizado através de:

- Citologia oncológica.
- Colposcopia.
- CAF (Cirurgia de Alta Frequência), se necessária.

FLUXO DE ATENDIMENTO:

A coleta de citologia oncológica é realizada no AME bimestralmente e agendada na central de agendamento do AME de Itapevi. Horário: 8h00 às 13h00. Número de vagas: 20. Resultado liberado pelo CEAC em 15 dias.

Os principais critérios para realização do exame de citologia oncológica são: mulheres de 19 a 59 anos, que tenham seguido os critérios do preparo e que não tenham realizado o exame há menos de um ano.

Em casos de resultados positivos, haverá o monitoramento do tempo de espera da paciente para entrada em rede referen-

ciada através de regulação oncológica. A unidade de origem fará a rastreabilidade do destino do tratamento das colaboradoras na rede terciária.

Todos os resultados são encaminhados à Enfermeira da Humanização e os exames com lesões compatíveis com neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) grau I, II e III serão direcionados para a realização de Colposcopia e Cirurgia de Alta Frequência (CAF), se necessária. As pacientes submetidas à Colposcopia com biópsias compatíveis com carcinoma de colo uterino, vagina ou vulva, serão encaminhadas para Rede Oncológica e outros achados serão avaliados pela Infectologista.

Ao término do atendimento, a equipe médica e de enfermagem do AME Itapevi direciona a paciente para Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência com o devido relatório de alta e contra referência.

CONCLUSÃO

Após a implantação da Linha de Cuidado da Saúde da Mulher, foi possível observar que a maioria das colaboradoras estava há mais de 3 anos sem realizar o exame de Papanicolau. Até o momento foram realizados 60 exames de citologia oncológica e 29% permanecem em seguimento. As demais colaboradoras com exame sem alterações foram orientadas a repetir o exame anualmente.

As ações integradas em conjunto, bem como uma gestão eficaz da demanda e oferta das vagas, são estratégias para o sucesso e resolução

do tratamento das colaboradoras da Instituição.

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

Concluímos que o Projeto de Saúde da Mulher vem fortalecendo o elo entre as equipes assistenciais, médicas, gestores e as colaboradoras, melhorando a qualidade de vida e satisfação relacionada ao autocuidado.

AME SUA CANECA

Autores: Vanessa Aparecida da Silva; e Anaílde Terumi Moura.

PALAVRAS-CHAVE

Sustentabilidade,
Meio Ambiente,
Economia.

RESUMO

O projeto “AME sua caneca” foi criado no final de 2019, após levantamento realizado pelo setor de almoxarifado dos números de consumo anual de copos plásticos descartáveis de 180ml e 50ml, o que alertou a direção da unidade para a quantidade de resíduo produzido, descartado e não reciclado. Visando assim modificar esse cenário, o primeiro público considerado para participar do projeto foram os colaboradores e

equipes terceiras alocadas no ambulatório. A entrega das canecas seria, então, uma oportunidade tanto de diminuição do consumo de copos plásticos descartáveis entre os colaboradores e equipes terceiras, promovendo a redução no impacto ambiental desse descarte, quanto de viabilização de um brinde institucional do AME Sorocaba que, por sua vez, diminuiria custos da unidade com itens descartáveis.

ARTIGO ORIGINAL

O Brasil, segundo dados do Banco Mundial, é o quarto maior produtor de lixo plástico no mundo, descartando um total de 11,3 milhões de toneladas por ano. Desse total, mais de 10,3 milhões de toneladas foram coletadas (91%), sendo apenas 145 mil toneladas (1,28%) efetivamente recicladas (WWF, 2019). Quando se trata de copos plásticos descartáveis, o Brasil produz cerca de 100 mil toneladas por ano (CASTELLO, 2021). Apesar de ter potencial para reciclagem, o mercado ainda é bastante precário por conta do preço pago no quilo do material – o valor giraria em torno de R\$ 0,20. Para somar um quilo são necessários mais de 400 copos (BEEGREEN, 2018).

Ainda, a questão da destinação incorreta é bastante séria (WWF, 2019). Materiais plásticos acabam sendo descartados de maneira incorreta e vão parar em aterros sanitários ou são incinerados, gerando grave impacto ambiental. Para se ter ideia, um copo plástico descartável pode levar entre 250 a 400 anos para se decompor (BEEGREEN, 2018). Os impactos socioambientais disso são diversos, atingindo

a qualidade do ar, do solo e sistemas de fornecimento de água.

A queima ou incineração do plástico libera gases tóxicos, alógenos e dióxido de nitrogênio e dióxido de enxofre na atmosfera, sendo eles extremamente prejudiciais à saúde humana. O descarte ao ar livre também polui aquíferos, corpos d'água e reservatórios, provocando aumento de problemas respiratórios, doenças cardíacas e danos ao sistema nervoso da população exposta a este tipo de poluição.

Na poluição do solo, o grande vilão é o microplástico oriundo das lavagens de roupa doméstica e o nanoplastico da indústria de cosméticos, que acabam sendo filtrados no sistema de tratamento de água das cidades e accidentalmente usados como fertilizantes, em meio ao lodo de esgoto residual. Quando não são filtradas, essas partículas acabam sendo lançadas no ambiente, ampliando a contaminação. Além disso, micro e nanoplasticos vêm sendo ainda consumidos por humanos através da ingestão de sal, pescados, mariscos, mexilhões e ostras. Estudos indicam que 241 em cada 259 garrafas de água tam-

bém estão contaminadas com micropolásticos (WWF, 2019).

Diante desse panorama preocupante, entendemos ser fundamental iniciarmos em nosso ambiente de trabalho ações que atinjam esse consumo irracional de plástico. Assim, surgiu o projeto “AME sua caneca” no final de 2019, visando diminuir o consumo de plástico no ambulatório. Aproveitando as datas festivas, em dezembro do mesmo ano foram adquiridas e entregues 130 canecas junto com o kit de natal para todos os colaboradores do AME, com custo de, aproximadamente, R\$ 800. As canecas eram personalizadas com o logo do AME, confeccionadas em alumínio, e poderiam ser utilizadas tanto para bebidas quentes quanto para bebidas frias.

A entrega das canecas foi acompanhada de divulgação nas principais mídias do ambulatório, incluindo informativos em display disponível na copa e no refeitório de colaboradores, mural, intranet e redes sociais. A campanha, organizada pelo Comitê de Sustentabilidade, explorou a questão do desperdício e do impacto desse tipo de material no meio ambiente, já descrito

anteriormente. Paralelamente, foram disponibilizados para uso poucos copos descartáveis na copa para o Corpo Clínico, já que os mesmos não receberam as canecas devido à rotatividade na unidade por conta de escala, sendo esse controle de abastecimento de copos plásticos realizado pela copeira.

Após este início, as canecas foram entregues também aos colaboradores contratados por equipes terceiras atuantes no ambulatório, como brinde institucional, bem como para novos colaboradores do AME Sorocaba. Atualmente, elas são entregues durante a integração de novos colaboradores, para assim mantermos a prática sustentável e promovermos a marca AME por meio de brinde institucional.

O impacto desse projeto na redução do consumo foi significativo. Em 2019, ano que antecedeu a introdução do uso da caneca, o consumo total de copos plásticos descartáveis de 180ml foi de 350.200 unidades. Nos dois anos seguintes, 2020 e 2021, já com o projeto em andamento e a utilização maciça das canecas pelos colaboradores, o consumo total de copos passou para 193.500 e 195.000 unidades, respectivamente, gerando uma redução de, aproximadamente, 150.000 copos plásticos ao ano. No ano de 2022, até o momento em que esse artigo foi escrito, o consumo estava em 164.400 unidades.

O impacto nos custos é também notável. Considerando que o gasto total com a aquisição de canecas até o momento foi de R\$ 3.244,40 – para um total de 300 canecas –, o valor investido foi recuperado já em 2020, primeiro ano do projeto, quando tivemos uma redução de 55% no valor gasto com copos plásticos de 180ml ao ano, passando de R\$ 12.989,18 em 2019 para R\$ 7.177,06 em 2020.

Apesar de representar um total de consumo bastante inferior, os copos plásticos descartáveis de 50ml também sofreram

Tabela 1 – Copo plástico descartável de 180 ml

ANO	COMPRA DE CANECAS (unid.)	CONSUMO DE COPO DESCARTÁVEL	CUSTO TOTAL C/ COPO DESCARTÁVEL
2019	130	350.200	R\$ 12.989,18
2020	**	193.500	R\$ 7.177,06
2021	70	195.00	R\$ 7.232,70
2022	100 até o momento	164.400	R\$ 6.097,72

Tabela 2 – Copo plástico descartável de 50 ml

ANO	COMPRA DE CANECAS (unid.)	CONSUMO DE COPO DESCARTÁVEL	CUSTO TOTAL C/ COPO DESCARTÁVEL
2019	130	20.100	R\$ 436,73
2020	**	7.400	R\$ 160,79
2021	70	7.300	R\$ 158,61
2022	100 até o momento	8.200	R\$ 178,17

uma redução significativa. O consumo diminuiu para menos da metade, assim como os custos anuais.

Em 2019, o consumo total de copos plásticos descartáveis de 50ml foi de 20.100 unidades. Nos dois anos seguintes, 2020 e 2021, o consumo total passou para 7.400 e 7.300 unidades, respectivamente, representando uma redução de mais de 60% em cada ano. No ano de

2022, até o momento, o consumo estava em 8.200 unidades.

Em relação aos custos, em 2020, mesmo com o impacto da alta inflação dos últimos anos, houve redução expressiva no valor gasto com copos plásticos de 50ml ao ano, passando de R\$ 436,73 em 2019 para R\$ 160,79 em 2020 e R\$ 158,61 em 2021, conforme é possível observar nas tabelas.

CONCLUSÃO

O propósito deste projeto foi convergir os aspectos ambientais e financeiros da instituição, viabilizando a substituição dos copos plásticos descartáveis pela caneca, item com bastante apelo ambiental, que proporcionou a redução tanto do impacto ambiental quanto de custos do ambulatório.

Entendemos, porém, que para que a proposta seja sustentável e sobreviva ao tempo dentro da unida-

de, são necessárias constantes campanhas internas de sensibilização dos colaboradores e uma adesão expressiva da direção e coordenação no dia a dia.

Além disso, o projeto é encarado como apenas o início de uma campanha de sustentabilidade da unidade, norteando os próximos passos e demonstrando que ações simples podem fazer toda a diferença.

SEM CERIMÔNIA

AUTORA: Melissa Rodrigues Moraes Amaral; e Rosa Maria Cussolini Betarelli.

PALAVRAS-CHAVE

Acolhimento;
Descarte seguro;
Economia;
Humanização;
Família;
Sensação de mutilação.

RESUMO

A notícia da necessidade de uma amputação, as dúvidas, as incertezas e as inseguranças do paciente e da família são muitas. Desde a possibilidade de cura com esse tratamento quanto ao seu potencial de adaptação, de autonomia futura e de qualidade de vida. Isso nos propiciou uma nova reflexão dentro da cultura de humanização em nosso hospital. Tudo para que o paciente se sinta amparado por uma equipe de profissionais capacitados para lidar com este assunto delicado. Pacientes esclareci-

dos ficam mais tranquilos e abertos ao procedimento quando cientes de que não precisam se preocupar em dar destino final ao membro amputado. Assim surgiu, aqui no hospital centenário, a antiga Santa Casa de Santo André, dentro das normas vigentes, a busca por melhoria em fazer um fluxo de destino aos membros amputados de uma forma segura, ambientalmente correta, gerando economias ao paciente e família, evitando desconforto e estresse ao lidar com o sepultamento do membro amputado.

ARTIGO ORIGINAL

O Centro Hospitalar Municipal de Santo André “Dr. Newton da Costa Brandão” tem sua origem na Santa Casa de Santo André, inspirada nos modelos vindos de Portugal. A pedra fundamental foi lançada em 14 de maio de 1911 e o hospital foi inaugurado em 8 de abril de 1912. A família Cardoso Franco, muito influente na época, pretendendo manter sua hegemonia diante do clã Flaquer, outra família bem conceituada na cidade, decidiu constituir uma irmandade que ficou incumbida de fundar uma Santa Casa de Misericórdia, local onde seria o primeiro hospital de toda região e o primeiro de todo o ABC. A pequena Santa Casa cresceu e em 1952 foi municipalizada, ganhando o nome de Hospital Municipal. A nova denominação, Centro Hospitalar, veio em 1999. A partir da década de 70, tornou-se hospital-escola, recebendo as primeiras turmas da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC.

Hoje, o Centro Hospitalar é um hospital geral com 295 leitos instalados, voltado para o atendimento exclusivo ao SUS (Sistema Único de Saúde). É referência na rede municipal para os casos de urgência e emergência, atendendo também às demandas espontâneas na área de Cirurgia Geral de Emergência e Trauma-

tologia, sendo esta sua principal vocação.

Desde 2013, o hospital possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, que consiste em um conjunto de procedimentos planejados e implementados, a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais. Tendo o objetivo de minimizar a geração de resíduos e proporcionar aos mesmos um manejo seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente. Ao abordar as boas práticas de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, a norma pretende minimizar os riscos inerentes ao gerenciamento de resíduos no País no que diz respeito à saúde humana e animal, bem como na proteção ao meio ambiente e aos recursos naturais renováveis.

Classificado no artigo 52 da Resolução da Diretoria Colegiada nº 222, de 28 de março de 2018, que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Os resíduos de serviços de saúde do subgrupo A3 devem ser destinados para sepultamento, cremação, incineração ou outra destinação licenciada pelo órgão ambiental competente. Peças

anatômicas do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.

Amputação é o termo utilizado para definir a retirada total ou parcial de um membro, sendo este um método de tratamento para diversas doenças. Dentro de um contexto geral de tratamento, a amputação é mais uma parte para a melhora de qualidade de vida do paciente.

Estima-se que as amputações do membro inferior correspondam a 85% de todas as amputações de membros, apesar de não haver informações precisas sobre este assunto no Brasil. Em 2011, cerca de 94% das amputações realizadas pelo Sistema Único de Saúde foram no membro inferior.

Durante a pandemia, o número de amputações aumentou significativamente, segundo dados da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV) e do Ministério da Saúde. Em 2019, a média diária de amputações era de 74,40. No ano seguinte, quando a crise epidemiológica se instalou no

Brasil, o número foi a 75,64, e em 2021, saltou para 79,19. Esse aumento é reflexo da dificuldade de acompanhamento dos pacientes que, durante o período de isolamento, abandonaram tratamentos ou evitaram a ida aos consultórios e hospitais por medo da contaminação pelo coronavírus.

No período de 2012 a 2021, 245.811 brasileiros sofreram amputação de membros inferiores, envolvendo pernas ou pés, uma média de 66 pacientes por dia, o que significa pelo menos três procedimentos realizados por hora. O levantamento inédito foi feito pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, com base em dados do Ministério da Saúde. Atualmente, no Centro Hospitalar, realizamos uma média de vinte amputações por mês.

Mediante encontros para discussão com equipe multidisciplinar, envolvidos no processo de amputação, e tendo um único foco, minimizar o sofrimento do paciente e familiar que precisa realizar o sepultamento após o seu procedimento cirúrgico, conseguimos dar início em 2021 e desse modo, oferecer o gerenciamento das peças anatômicas após as cirurgias realizadas.

Identificamos por diversas vezes que famílias assinavam o termo de amputação, porém, não realizavam o seguimento da peça ao seu destino. Várias questões foram detectadas, como a dificuldade da disponibilização de recursos financeiros para o enterro ou por falta de interesse, deixando, assim, as peças anatômicas sob custódia do hospital. Por muitas vezes, ficavam dias no necrotério até serem encaminhadas ao descarte final. Dessa forma, a equipe do serviço social realizava contato com a família esclarecendo a importância da retirada do necrotério e o envio ao sepultamento, porém, muitas vezes sem sucesso, o que ocasionava transtornos às equipes e à ambição com a peça deteriorando, mesmo armazenada em câmara fria.

A partir do acolhimento médico e do serviço social no momento da comunicação da amputação, o paciente pode optar que o hospital possa encaminhar de maneira segura, após a sua cirurgia,



sem se preocupar em fazer contato com a funerária e contratar o serviço para o sepultamento.

O paciente, ciente da sua cirurgia, assina um termo de consentimento sobre a disposição final ambientalmente adequada do membro que será amputado. Na abordagem junto ao Serviço Social, assinalam a opção onde poderá escolher se preferem realizar o sepultamento ou cremação contratado pelo familiar ou optar pelo envio à incineração, serviço gratuito e oferecido pelo hospital.

O Centro Hospitalar se encarrega de todo o processo, desde o seu acondicionamento, armazenamento e seguimento para incineração, sem custos ao paciente e familiar. Não há entrega de cinzas.

O paciente esclarecido preenche um termo de consentimento que acompanhará seu prontuário. A amputação sempre foi e será um assunto delicado, polêmico.

Tanto é assim que o Ministério da Saúde aponta em suas diretrizes: no momento de dar a notícia para a família e paciente que fará a cirurgia de amputação, deve-se ressaltar que esta é parte importante do tratamento. Devem ser apresentados a sua necessidade e os seus pontos positivos em termos de qualidade de vida. Uma equipe de profissionais capacitados para lidar com esse assunto é fundamental para o ajuste da pessoa e da família à nova situação (Ministério da Saúde, 2013). Além disso, ainda segundo o Ministério da Saúde, é importante informar ao paciente sobre o destino que será dado à parte amputada. No Brasil, é possível sepultar ou, quando há consentimento do paciente, usar para estudos e pesquisas. Conhecer qual encaminhamento será dado ao membro amputado facilita a aceitação do processo por parte do paciente (Ministério da Saúde, 2013).

CONCLUSÃO

Em regra, uma cirurgia implica grande impacto sobre o bem-estar físico, social e emocional do paciente, com aumento dos níveis de ansiedade e estresse pelo distanciamento, mesmo que temporário, da rede de apoio social e familiar. Conforme estudos, o medo de perder uma parte visível do corpo gera diferentes reações e sentimentos, como tristeza, revolta, choque, aceitação, pensamentos de raiva. Contribuir e

oferecer um serviço que minimize o sofrimento do paciente e de sua família é essencial, tirar da família a necessidade em planejar um sepultamento, reduzindo angústia e mais sofrimento. Reconhecidamente, o Centro Hospitalar e sua equipe afirmam que a família é crucial em todo o processo envolvendo o paciente e que todo e qualquer movimento que abrande esses sentimentos são de grande valia.



PALAVRAS-CHAVE

Palestras;
Saúde;
Educação;
Infectologia;
Doenças Infecciosas;
Atenção Primária;
Responsabilidade Social.

CICLO DE PALESTRAS

AUTORES: Richard Roger Correia Gonçalves;
e Gustavo Vinicius Pasquarelli Queiroz.

RESUMO

O Ciclo de Palestras do Instituto de Infectologia Emílio Ribas Baixada Santista é um evento científico voltado fundamentalmente aos profissionais de saúde. O objetivo primordial é disseminar os aspectos, atualizações e tratamento das doenças infecciosas mais prevalentes.

Trazendo sempre profissionais renomados e com vasta experiência, as palestras focam principalmente na atenção primária, visando a identificação precoce das doenças infecciosas, proporcionando uma rápida abordagem terapêutica e,

consequentemente, menor taxa de internação e mortalidade.

Com seis anos de existência, cerca de 3.500 pessoas já assistiram nossas palestras. No final, o público interage com os palestrantes compartilhando suas dúvidas e opiniões, proporcionando um melhor entendimento do cenário real.

O Ciclo de Palestras se consolidou no calendário de eventos científicos da Baixada Santista, integrando e atualizando os profissionais da região. Além disso, promove solidariedade através da doação de alimentos.

ARTIGO ORIGINAL

O projeto teve início em 2016 e foi criado estrategicamente para fortalecimento da marca Emílio Ribas na Baixada Santista, cujo foco, além da assistência, é o ensino e a pesquisa. Com palestras voltadas também ao público em geral e temas sempre abordando as doenças infecciosas mais prevalentes, o auditório da Câmara Municipal do Guarujá, com capacidade para 150 pessoas, tornou-se pequeno para tamanha procura. Foi então que a parceria com o município ampliou o espaço para o Teatro Municipal, que possui capacidade para 350 pessoas.

O projeto educacional abrange os nove municípios da Baixada Santista (Santos, São Vicente, Cubatão, Bertioga, Guarujá, Praia Grande, Peruíbe, Mongaguá e Itanhaém) e visa cumprir a missão da organização quanto a ensino e pesquisa. Diversos estudantes e profissionais da área da saúde já participaram do evento, dentre eles: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, dentistas, biomédicos, farmacêuticos, agentes comunitários, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Autoridades e membros das vigilâncias epidemiológicas da região começaram a participar do evento, enxergando seu potencial na divulgação de informações e capacitação dos profissionais da saúde, em especial, da atenção primária.

Através do projeto, a Instituição promove

treinamento e dissemina os cuidados necessários na abordagem do paciente com suspeita ou confirmação de doenças infecciosas. Desta forma, promove segurança ao profissional de saúde, que terá as informações necessárias para melhor condução dos casos, e ao paciente, que terá brevidade de seu diagnóstico, recebendo assim o tratamento mais precoce e adequado.

A interação com o público é o momento mais oportuno para troca de experiências, trazendo à tona dificuldades encontradas pelos profissionais que executam o primeiro atendimento, nem sempre possuindo o arsenal necessário para melhor condução do caso.

Procuramos mostrar alternativas viáveis, chamar atenção para importância e impacto no resultado final numa eventual falha terapêutica ou retardo no diagnóstico preciso.

Ao longo de sua existência, o projeto promoveu 17 Ciclos de Palestras, com os mais variados temas, dentre eles: SIDA, ISTs, Sífilis, Febre Amarela, Dengue, Chikungunya, Tuberculose, Leptospirose, Leishmaniose, Meningite, Influenza, Arboviroses, Sepse, Imunizações, Sarampo, COVID-19 (Sars-Cov-2), Doenças Negligenciadas na Pandemia e, recentemente, Monkeypox.

A inscrição para participação é realizada no site do Instituto (www.emilioribasbs.org.br) e a divulgação feita por meio das redes

sociais (Instagram, Facebook e WhatsApp), além dos veículos de comunicação da região e Diário Oficial do município de Guarujá. Na inscrição, o participante autoriza o uso de sua imagem para fins de divulgação e toma ciência de que sua entrada ao evento está condicionada à entrega de 1 kg de alimento não perecível. Os alimentos arrecadados são doados ao Fundo Social de Solidariedade do Guarujá, que os direciona para as famílias mais carentes. Dessa forma, reforçamos nosso compromisso com a responsabilidade social.

O evento, que dura todo o período da manhã, inicia pontualmente às 9h com um coffee, seguido da cerimônia de abertura às 9h30 e, na sequência, as palestras. O tema central é dividido didaticamente, habitualmente em: Epidemiologia, Quadro Clínico, Diagnóstico e Tratamento. Cada qual é conduzido por um palestrante, que tem entre 30 a 40 minutos para discorrer a respeito. Ao meio-dia iniciamos a rodada de perguntas, mediadas pelo Diretor Técnico do Instituto. Neste momento, todos os palestrantes são conduzidos ao palco para sanar as dúvidas da plateia e compartilhar suas experiências. No final, fornecemos certificado de participação.

Veículos de rádio e televisão procuram informações acerca do evento, divulgando o conteúdo em suas plataformas. Entrevistas

em programas também fazem parte da rotina do nosso projeto.

Também solicitamos ao público, no ato da inscrição, que opine sobre os futuros temas para os próximos Ciclos de Palestras, procurando entender as necessidades dos profissionais e suas maiores angústias por conhecimento. Dessa forma, montamos a programação e convidamos os palestrantes mais indicados para discorrer sobre o assunto escolhido.

As palestras são filmadas e disponibilizadas em nosso canal do YouTube, permitindo maior alcance e divulgação do conteúdo científico. Além disso, demonstra o compromisso da Instituição com a população geral, já que as aulas podem ser assistidas na maior plataforma de vídeos do mundo, a qualquer momento e em qualquer lugar.

Os palestrantes convidados são sempre profissionais gabaritados e respeitados em sua especialidade, com atuação em instituições de renome e publicações em revistas científicas. A participação destes profissionais não impacta no orçamento da instituição, visto que os mesmos não são remunerados para ministrarem suas aulas. Fazem com o intuito de disseminar conhecimento e agregar valor ao Instituto.

Toda a organização é realizada pela Comissão de Eventos. Este grupo é composto por nove colaboradores de diversas áreas do Instituto, que se reúnem previamente para discutir os detalhes da execução do Ciclo de Palestras. São os responsáveis pela reserva do teatro, preparo do coffee, decoração, logística de pessoal, multimídia, divulgação, e-mail marketing, convite formal das autoridades, acompanhamento das inscrições, recepção e emissão dos certificados para o público e os palestrantes. Dessa maneira, os custos do evento são minimizados e reforçamos o senso de trabalho em equipe dos nossos colaboradores.

Algumas marcas de renome já apoiaram o projeto, tais como: Cirúrgica Fernandes, KSN, Kepler, Unaerp (Universidade de Ribeirão Preto - Campus Guarujá), Laboratório Aché, Cirúrgica Rioclarense, Recomed, Lumiar Healthcare, Instituto Latino Americano de Sepse, União Química Farmacêutica, dentre outras.

Com o advento do Ciclo de Palestras, o Instituto de Infectologia Emílio Ribas Baixa-



da Santista entrou no rol de interesse das universidades da região, com aumento substancial na procura por estágios em nossa unidade. Estudantes de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia manifestaram sua intenção de ingressarem em nossa equipe, praticando in loco o que absorveram nas palestras.

Importante frisar que a participação das autoridades de saúde nos eventos proporcionou ao Instituto convites para debates regionais, e até nacionais, com opinião ativa e impactante na criação de protocolos assistenciais, nas mais variadas doenças infecciosas prevalentes na região. Inclusive com proposta de extensão do Ciclo de Palestras não só no município de Guarujá, mas também nas demais cidades da Baixada Santista.

Também em virtude do projeto, hoje é

de conhecimento global o padrão de excelência do nosso laboratório de análises clínicas, com credenciamento em âmbito estadual e nacional para diagnóstico das doenças de agravos, tais como tuberculose, COVID-19 e Monkeypox, dentre outras. Tal ação mantém o Instituto como referência na sua área de atuação.

Uma parceria com a Secretaria de Educação do município do Guarujá foi estabelecida com a ideia de levar o projeto para dentro das salas de aula da cidade. O objetivo é desmistificar os tabus sobre as ISTs, reduzindo as taxas de contaminação e aumentar a conscientização dos nossos jovens e adolescentes. O projeto deve integrar o programa de ensino do município, entrando na grade curricular e ampliando a marca Emílio Ribas Baixada Santista.

CONCLUSÃO

Entendemos que o Ciclo de Palestras atua de maneira preventiva, provendo informação e capacitação sobre o manejo e tratamento das doenças infecciosas. Essas informações vão além das paredes do nosso hospital, sendo compartilhadas e ampliadas. Entendemos que a atenção primária, sendo a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, deve estar preparada e capacitada.

Temos orgulho de ser um hospital 100% SUS e poder oferecer o cuida-

do além dos nossos limites, tudo isso, sem abrir mão da solidariedade. Nossa preocupação não está somente em capacitar nossos colaboradores, mas entendemos que cuidar da sociedade e cuidar de quem cuida é o nosso maior compromisso.

O projeto já é um modelo de sucesso e nós, do Instituto Emílio Ribas Baixada Santista, temos orgulho da proporção de sucesso na região e podemos dizer que este é FEITO PELA GENTE!

HALLOWEEN SOLIDÁRIO

Autores: Magali B. Gonçales; Denise P. Angeli; Camila G. Branas; Elson N. Queiroz; Pedro Henrique C. Charles; e Cláudio M. dos Santos.

PALAVRAS-CHAVE

Halloween;
Solidariedade;
Fundação do ABC;
Gincana;
Fome;
Pandemia.

RESUMO

Segundo as Nações Unidas, em 2021, o número de pessoas afetadas pela fome global subiu para aproximadamente 828 milhões, 46 milhões a mais em relação a 2020 e 150 milhões a mais comparado a 2019. Neste mesmo período, o relatório aponta que 45 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade sofriam de desnutrição aguda, e cerca de 149 milhões de crianças com menos de 5 anos tiveram atraso no crescimento e desenvolvimento

devido à falta crônica de nutrientes essenciais, enquanto 39 milhões estavam acima do peso. Em um biênio tão caótico e de incertezas, o Departamento de Recursos Humanos, em conjunto com a área de Sustentabilidade da Fundação do ABC (FUABC), desenvolveu o Projeto Halloween Solidário, que consiste numa gincana interna para arrecadar alimentos e itens de higiene pessoal e limpeza para entidades benéficas do ABC.

ARTIGO ORIGINAL

A Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Programa Mundial de Alimentos da ONU (PMA), Fundo Internacional para o Desenvolvimento Agrícola (Fida), e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), publicou em 6 de julho de 2022 um relatório oficial denominado *The State of Food Security and Nutrition in the World*, informando que a proporção de pessoas afetadas pela fome saltou em 2020 e continuou aumentando em 2021. O relatório estima que o número de pessoas afetadas pela fome global subiu para aproximadamente 828 milhões em 2021, 46 milhões a mais em relação a 2020 e 150 milhões a mais comparado a 2019.

A edição de 2022 descreve que 2,3 bilhões de pessoas no mundo (29,3%) estavam em Insegurança Alimentar (IA) moderada ou grave em 2021 – 350 milhões a mais em relação a antes do início da pandemia da Covid-19. O relatório aponta ainda que quase 3,1 bilhões de pessoas não podiam pagar por uma alimentação suficiente e/ou saudável em 2020. Neste período, 45 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade sofriam de desnutrição aguda, e cerca de 149 milhões de crianças com menos de 5 anos tiveram atraso no crescimento e desenvolvimento devido à falta crônica de nutrientes essenciais, enquanto 39 milhões estavam aci-

ma do peso.

Em setembro de 2020, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou dados sobre a insegurança alimentar grave, que “estava presente no lar de 10,3 milhões de pessoas ao menos em alguns momentos entre 2017 e 2018”. De acordo com o Instituto, dos 68,9 milhões de domicílios do País, 36,7% estavam com algum nível de insegurança alimentar, atingindo, ao todo, 84,9 milhões de pessoas. São números da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018: Análise da Segurança Alimentar no Brasil.

Na comparação com 2013, a última vez em que o tema havia sido investigado pelo IBGE, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a prevalência de insegurança quanto ao acesso aos alimentos aumentou 62,4% nos lares do Brasil. A insegurança vinha diminuindo ao longo dos anos, desde 2004, quando aparecia em 34,9% dos lares, 30,2% na PNAD 2009 e 22,6% na PNAD 2013. Mas, em 2017-2018, houve uma piora, subindo para 36,7%, o equivalente a 25,3 milhões de domicílios. Com isso, a segurança alimentar atingiu seu patamar mais baixo (63,3%) desde a primeira vez em que os dados foram levantados. Já a insegurança alimentar leve atingiu seu ponto mais elevado.

Outra pesquisa, denominada “Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no

Brasil”, realizada pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN), evidenciou que apenas 44,8% das pessoas possuíam Segurança Alimentar (SA). Dos 55,2% que se encontravam em Insegurança Alimentar; 9% conviviam escancaradamente com a fome, sendo que 12% dos domicílios apurados eram de área rural. O estudo apontou que o quadro de Insegurança Alimentar grave aumentou 19% e atribuiu esse aumento ao fato de algum cidadão (ã) ter perdido o emprego ou ter se endividado em razão da pandemia.

Estes números fornecem novas evidências de que o mundo está se afastando cada vez mais de seu objetivo de acabar com a fome, a insegurança alimentar e a má nutrição em todas as suas formas até 2030. Neste biênio tão caótico e de incertezas em virtude da Covid-19, o Departamento de Recursos Humanos, em conjunto com a área de Sustentabilidade da Fundação do ABC (FUABC), desenvolveu o Projeto Halloween Solidário, que consiste numa gincana interna para arrecadar alimentos e itens de higiene pessoal e limpeza para entidades benéficas do ABC. O projeto contou com o apoio e participação da Mantida Centro Universitário FMABC e da Unidade de Apoio Administrativo Central de Convênios.

O regulamento da gincana foi desenvolvido com regras simples para facilitar a participação de todos. Basicamente,

os colaboradores são divididos aleatoriamente por sorteio em times identificados por cores (azul, roxo, vermelho e amarelo) em cada uma das instituições e recebem pontuação por alimentos e itens de higiene e limpeza doados, tais como: arroz, feijão, açúcar, sabão em pó, creme dental, dentre outros. Os pontos de cada item são informados em uma tabela de prendas divulgada junto com o projeto. Ganha a equipe que arrecadar mais doativos e fizer mais pontos.

O evento foi celebrado em outubro de 2020 e 2021, com duração de uma semana para confraternizar e celebrar o espírito de integração e solidariedade. Em ambos os anos o prédio foi decorado com as cores do Halloween. No último dia do evento foi sugerido aos colaboradores que viessem a caráter para fechar o evento com chave de ouro.

Os resultados das arrecadações e das equipes vencedoras são divulgados de forma individualizada por instituição ao término do evento e os ganhadores recebem uma medalha de honra ao mérito e um brinde simbólico. Em 2020, os ganhadores receberam uma caixinha de chocolate BIS. Em 2021, receberam um pão de mel com decoração do Halloween. Mas, o maior prêmio é o reconhecimento e a satisfação em ter contribuído com uma causa nobre.

Em 2020, três instituições foram contempladas pelo projeto: Naecal - Núcleo Assistencial e Educacional a Caminho da Luz (Santo André); Lar da Mamãe Clory (São Bernardo); e Núcleo de Convivência Menino Jesus (São Caetano). Em 2021 o número dobrou, permitindo selecionar duas instituições por município instituidor da FUABC: Instituição Beneficente Irmã Marli e Núcleo Assistencial e Educacional a Caminho da Luz (NAECAL), em Santo André; Comunidade Católica Padre Pio e Lar da Mamãe Clory, em São Bernardo; e Rede Feminina de Combate ao Câncer e Núcleo de Convivência Menino Jesus, em São Caetano.

Os objetivos gerais do projeto consistiram em fortalecer os vínculos institucionais, despertar o espírito de equipe, cooperação e empatia com as causas socioambientais nos colaboradores, e o objetivo específico do projeto foi reforçar a colaboração da FUABC com seus municípios instituidores a partir de uma atuação sustentável e consciente, contribuindo de



forma direta com as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2 e 12 da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), que busca erradicar a pobreza e a fome, promovendo vida digna para todos, dentro dos limites do planeta, e abordar a questão da produção e consumo sustentáveis.

Na edição de 2020, a contribuição dos colaboradores realizada através da ginzena solidária somou mais de 1,2 tonelada de itens doados. Já a segunda edição do Halloween Solidário foi marcada por ainda mais emoção, empenho e superação. O projeto organizado no final de outubro arrecadou 4,8 toneladas de alimentos, produtos de higiene e limpeza. No segundo ano, a ginzena contou, ainda, com a doação extra de 746 doativos por parte do Conselho Curador da FUABC. Com isso, o saldo total da arrecadação em 2021 foi de 5.372 itens entre pacotes de arroz,

feijão, macarrão, café e açúcar, além de latas de sardinha, molho de tomate, óleo, sabão em pó, detergente, sabonete e pasta de dente.

Somando os dois anos de campanha, o total de arrecadação ultrapassa 6 toneladas de alimentos. Mediante ao sucesso do projeto, todos os anos, em outubro, mês do Consumo Consciente e Combate à Fome, o Halloween Solidário será celebrado como um ato de conquista e orgulho "Feito pela Gente", renovando o compromisso com quem mais precisa.

Este é um compromisso assumido pela Fundação do ABC junto à comunidade, no sentido de estimular suas equipes a enxergarem além dos muros da instituição e se colocarem como ferramentas de transformação, unindo esforços em favor de uma causa nobre, de pessoas em situação de vulnerabilidade social, na busca por um País melhor e mais igualitário.

CONCLUSÃO

A fome é uma injustiça social cruel presente em várias regiões do Brasil, independente do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município ou estado, que se agravou com a pandemia, principalmente nas regiões periféricas e/ou zonas afastadas – especialmente quando não há disponibilidade adequada de água para produção de alimentos e criação de animais.

Desde o início da pandemia, a Fundação do ABC aumentou seus esforços para contribuir ao máximo com a mitigação dos impactos causados pela Co-

vid-19, seja pelos milhares de empregos gerados, atendimentos e procedimentos médicos, ações de prevenção aos danos ambientais ou campanhas sociais que levaram auxílio, subsídio, conforto e dignidade para pessoas em vulnerabilidade social. O fato é que a Fundação do ABC tende a cada vez mais assumir o protagonismo com as causas sociais, ambientais e econômicas nos municípios instituidores e o Halloween Solidário, dentre outros, é mais um compromisso que deu certo e seu resultado por si só dispõe sobre a sua importância.

BLITZ DA SAÚDE: ADORNO, AQUI NÃO!

AUTORES: Flávia Guimarães Rogério; Ana Lúcia Hilário da Silva; Tatiana Cristina da Cruz Seara; Ricardo José Rainho; e Anderson Augusto Guimarães.

PALAVRAS-CHAVE

Blitz;
Saúde;
Adorno;
Campanha;
Segurança;
NR-32.

RESUMO

A campanha tem como objetivo conscientizar todos os colaboradores e prestadores de serviços, das áreas assistenciais, administrativas e apoio do Hospital Municipal de Mogi das Cruzes, sobre o uso de adornos no ambiente hospitalar atendendo a legislação vigente NR-32, de 2005, do Ministério do Trabalho e Emprego, que tem por finalidade implementar medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de

saúde. De acordo com o protocolo institucional implantado, são considerados como adornos: pulseiras, brincos, anéis, colares, broches, relógios, piercings expostos, calçados abertos, crachás pendurados com cordão (somente para áreas assistenciais) e outros acessórios em ambientes onde exista o risco de contato biológico devido a possibilidade de aderência de micro-organismos nas superfícies e dos objetos.

ARTIGO ORIGINAL

Aqui não! Nada de pulseiras, brincos, anéis, colares, broches, relógios, piercings expostos, calçados abertos ou até mesmo crachás pendurados com cordão nas áreas assistenciais. Essa é a determinação da Norma Regulamentadora Nº 32, que orienta sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, principalmente com relação aos riscos biológicos.

A necessidade de realizar uma campanha de conscientização foi devido às auditorias observacionais realizadas pela equipe do SESMT - Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho / CIPA - Comissão Interna de Prevenção a Acidentes, SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e NQSP - Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, com o objetivo de orientar os profissionais sobre os riscos de infecção em decorrência do uso de adornos nas unidades.

A campanha foi realizada no decorrer do mês de outubro de 2022, em diferentes plantões, para abranger o maior número de colaboradores possível e faz parte do cronograma anual das campanhas realizadas internamente referentes aos protocolos de segurança, em parceria do NEP - Núcleo de Educação Permanente, que replicará as melhores práticas em seus treinamentos do PAT - Plano Anual de Treinamentos.

O teaser (que é uma prévia para algum tipo de conteúdo, com objetivo de atrair o público para o que será o produto final) pode ser usado em campanhas publicitá-

rias, estratégias de lançamento de produto e até filmes. A intenção do teaser é sempre de gerar curiosidade sem entregar o resultado da campanha, realizada pelos meios de comunicação internos da instituição, como murais informativos, mala direta (disparada por e-mail no grupo geral@hmmc.org.br, onde os e-mails de todos os colaboradores são incluídos) e plano de fundo nas telas dos computadores do hospital. Após a realização do evento, a matéria ganha destaque no jornal interno do Hospital Municipal de Mogi das Cruzes, chamado Boletim HMMC.

A operacionalização do evento é marcada pela maneira lúdica da realização e abordagem junto aos colaboradores da unidade. O tema escolhido para a realização da campanha é: Blitz da Saúde, Adorno - AQUI NÃO! Faz referência às blitz de fiscalização realizadas pelos guardas municipais.

Foram formadas duas equipes para a realização da Blitz da Saúde, divididas entre os membros do SCIH/ SESMT/ NQSP e CIPA, para inspeções simultâneas pelo hospital com "batida" nos setores em dias estipulados, utilizando itens na vestimenta que lembram um agente da polícia (quepe, óculos escuros, distintivo, detector de adorno, bloco de infração e placas de sinalização). Ao chegar nas unidades, para atrair a atenção dos colaboradores, é colocado (em volume moderado) o som de uma sirene e/ou uma música tema (Nome:

Tropa de Elite - Cantor: Tihuana) e os agentes policiais abordam os colaboradores, averiguando o uso de adornos e distribuindo panfletos informativos.

Abaixo, a letra da música colocada de fundo durante o evento:

TROPA DE ELITE - TIHUANA

Agora o bicho vai pegar
'To chegando de bicho, 'to chegando
e é de bicho
Pode parar com essa história de se fazer
de difícil
Que eu 'to chegando, 'to chegando e é de
bicho
Pode parar com essa marra, pode parar
do tudo isso
Num dá bobeira não
'Cê 'tá na minha mão, segunda feira é só
história pra Contar
Não vem cum ideia não
Não quero confusão
Mas vamo junto que hoje o bicho vai
pegar
Chegou a tropa de elite, osso duro de roer
Pega um pega geral, e também vai pegar
você
Tropa de elite, osso duro de roer
Pega um pega geral, e também vai pegar
você
Tropa de elite, osso duro de roer
Pega um pega geral, e também vai pegar
você
Tropa de elite, osso duro de roer
Pega um pega geral, e também vai pegar
você
Tropa de elite, osso duro de roer
Pega um pega geral, e também vai pegar
você

você
 Chega pra lá, chega pra lá, chega pra lá
 'To chegando e vou passar
 Cheguei de repente, vai ser diferente
 Sai da minha frente sai da minha frente
 meu irmão, não
 Não vem com isso não
 'To chegando é de ladrão
 Porque quando eu pego eu levo na mão
 Não mando recado vou na contramão
 Num dá bobeira não
 'Cê 'tá na minha mão, segunda feira é só
 história pra contar
 Não vem cum ideia não
 Não quero confusão
 Mas vamo junto que hoje o bicho vai
 pegar
 Tem dia que a criança chora, mas a mãe
 não escuta
 E você nada pra fora, mas a vala te puxa
 Hoje pode ser meu dia, pode até ser o seu
 A diferença é que eu vou embora,
 Mas eu levo o que é meu
 Tropa de elite, osso duro de roer
 Pega um pega geral, e também vai pegar
 você
 Tropa de elite, osso duro de roer
 Pega um pega geral, e também vai pegar
 você
 Tropa de elite, osso duro de roer
 Pega um pega geral, e também vai pegar
 você
 Tropa de elite, osso duro de roer
 Pega um pega geral, e também vai pegar
 você
 Muro de concreto, bom de derrubar
 É Tihuana, pau vai quebrar
 Tropa de elite, osso duro de roer
 Pega um pega geral, e também vai pegar
 você
 Tropa de elite, osso duro de roer
 Pega um pega geral, e também vai pegar
 você
 Tropa de elite, osso duro de roer
 Pega um pega geral, e também vai pegar
 você
 Tropa de elite, osso duro de roer
 Pega um pega geral, e também vai pegar
 você
 Tropa de elite, osso duro de roer
 Pega um pega geral, e também vai pegar
 você
 vai pegar você, vai pegar você
 'Tá de bobeira

Ao abordar o colaborador, um dos agentes policiais levanta uma placa de PARE, sinalizando que o mesmo pare com suas atividades. Neste momento, um dos agentes policiais passa um "detector de adorno", simulando o detector de metais



32.2.4.5 O empregador deve vedar:
 a) a utilização de pias de trabalho para fins diversos dos previstos;
 b) o ato de fumar, o uso de adorno e o manuseio de lentes de contato nos postos de trabalho;
 c) o consumo de alimentos e bebidas nos postos de trabalho;
 d) a guarda de alimentos em locais não destinados para este fim;
 e) o uso de calçados abertos.

Eu me comprometo

que sinaliza a utilização de possíveis acessórios. Quando o agente policial identifica a utilização de adorno pelo colaborador, é emitido um sinal sonoro, como se o simulador estivesse funcionando e detectando a presença do adorno. Após esse procedimento, tem início a Blitz da Saúde (abordagem policial). Assim que a blitz termina, outro agente levanta uma placa de SIGA, sinalizando que o colaborador está liberado e pode retomar suas atividades.

Os colaboradores/prestadores de serviço que estiverem de acordo com a NR-32 recebem uma estrelinha dourada colada no peito e um brinde simbólico como reconhecimento por estarem "dentro da lei / norma regulamentadora". Aqueles que estiverem utilizando qualquer tipo de adorno são autuados em flagrante e recebem dos policiais uma notificação de infração. Também são orientados a imediatamente ar-

mazenar seus pertences dentro de um saquinho zip-lock personalizado com o logo da campanha e, posteriormente, guardar junto aos seus pertences pessoais e que essa prática seja diária, enfatizando que ADORNO, AQUI NÃO!

Na notificação da infração consta as informações: Nome do colaborador, setor, data, tipo de infração (qual o tipo de adorno foi identificado no momento da blitz), orientação da NR-32 e a informação de que o panfleto tem caráter meramente instrutivo.

Todos os colaboradores / prestadores de serviços, independentemente da identificação ou não de adorno, recebem um saquinho zip-lock para que possam armazenar seus adornos nos dias de plantão.

A blitz da saúde será finalizada quando a equipe dos agentes policiais abordarem todas as unidades da instituição, promovendo a cultura da mudança.

CONCLUSÃO

O uso de adornos na área da saúde é veículo de transmissão de micro-organismos que podem causar infecções nos pacientes, prestadores de serviços, colaboradores e em seus familiares em casa.

Além das medidas estabelecidas pela NR-32 proibindo o uso de adornos, a nossa instituição tem como uma das suas metas a padronização de condutas dos colaboradores e prestadores de serviços alinhados a nossa missão, visão e valores.

A execução das campanhas de forma lúdica não só ganha destaque para o assunto abordado, como solidifica a educação permanente, garantindo a prática profissional segura e contribuindo acima de tudo para a segurança do paciente. Todos os profissionais devem se comprometer com a causa, não só quem trabalha diretamente com o paciente, mas também aqueles profissionais que se empenham diariamente trabalhando indiretamente na assistência ao paciente.

MELHORA DOS INDICADORES DE SAÚDE E AUMENTO DO FINANCIAMENTO FEDERAL: UMA REALIDADE DE ITATIBA

Autores: Caio Vieira de Barros Arato; e Lana Jéssica Lopes Silva.

PALAVRAS-CHAVE

Financiamento em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Sistema Único de Saúde.

RESUMO

O novo modelo de financiamento altera a forma de repasse das transferências federais para os municípios, que passam a ser distribuídas com base, principalmente, no pagamento por desempenho, especialmente focado em alguns indicadores de saúde. O Previne Brasil equilibra valores financeiros referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família, com o grau de desempenho assistencial. De acordo com os relatórios, há interferência direta na transferência do Governo Federal para

municipal para custeio da Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, como maneira de otimizar e melhorar a qualidade dos atendimentos com base nos indicadores e aumentar o repasse federal para Itatiba, orientou-se a manutenção dos critérios de pagamento do prêmio desempenho dos colaboradores da FUABC Itatiba, baseado nos indicadores do pagamento do Previne Brasil. Concluiu-se que, com essa estratégia, Itatiba recebeu maiores repasses e alcançou as metas de melhoria da saúde da população.

ARTIGO ORIGINAL

O Sistema Único de Saúde, ou SUS, como é popularmente chamado, tem enfrentado diversos desafios desde sua criação nos anos 1990 e ensejado pela Constituição Federal (CF) de 1988. Vários problemas se colocaram para sua operacionalização. Destaca-se entre eles o financiamento da saúde. O financiamento da Atenção Básica no Brasil é de responsabilidade da União, estados e municípios, sendo ele tripartite. Os recursos são destinados aos municípios, via fundo a fundo, uma vez que cabe a estes entes (municípios) a gestão e execução das ações e serviços da Atenção Básica (AB), organizados por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

De forma a enfrentar diversos problemas, foi instituído o Programa Previne Brasil, que estabeleceu novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) pela União, considerando componentes de captação ponderada, desempenho baseado em indicadores específicos e incentivos a ações estratégicas. A avaliação das principais

etapas da formulação permitiu identificar boas práticas adotadas pelo Ministério da Saúde (MS), assim como falhas em seu processo de formulação que podem comprometer o alcance de seus objetivos. O trabalho provê um conjunto de riscos que, devidamente mitigados, representam oportunidade de aperfeiçoamento do programa para geração dos resultados e impactos esperados na saúde da população brasileira, nos diversos municípios e nas diferentes realidades.

O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em quatro critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro com base em critério populacional.

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pes-

soas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem.

O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas.

O Previne Brasil foi estruturado em diversas fases e os municípios precisam ficar atentos às exigências de cada fase para não perderem recursos financeiros. Os indicadores do Programa Previne Brasil vão desde a coleta de aferições de pressão arterial até o registro de atendi-

mento a gestantes e diabéticos. Cada um desses atendimentos precisa obedecer a uma série de regras para que seja contabilizado para o Programa.

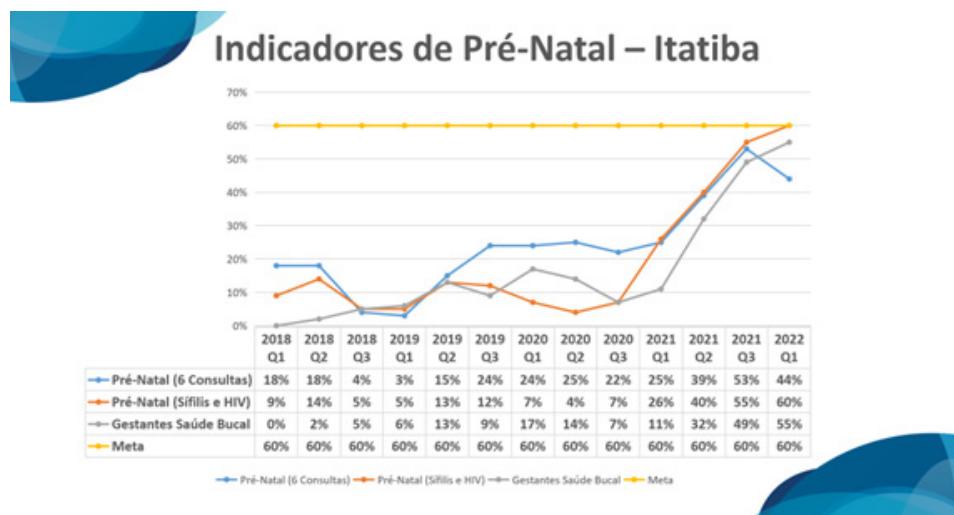
Dessa forma, foi objetivo desse modelo de intervenção atrelar o pagamento do prêmio desempenho dos profissionais de Itatiba, definidos no convênio de gestão, com base nos indicadores de saúde do Ministério da Saúde, a fim de aumentar, concomitantemente, a qualidade de saúde da população e o repasse financeiro federal. Tal intervenção foi realizada em meados de 2021 e os resultados foram colhidos até 2022, com comparações entre os anos, possibilitando enxergar o total do financiamento nos diversos anos e o aumento dos indicadores de qualidade para o município de Itatiba.

Os resultados encontrados nas avaliações indicam a melhora quantitativa das metas dos indicadores e nível da qualidade de saúde da população de Itatiba.

As tabelas extraídas do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) compararam a evolução histórica da melhoria dos indicadores que foram atrelados ao pagamento do prêmio desempenho dos profissionais da FUABC que atendem no município de Itatiba.

Deve-se notar, que como as formas de transferência foram alteradas, anteriormente ao ano de 2019, não havia dados dos valores relacionados ao desempenho. Por outro lado, nota-se o incremento escalonado positivo entre os anos 2020 e 2022, que está diretamente associado ao aumento das metas dos indicadores de saúde. Nota-se, ainda, que, proporcionalmente, como os dados foram coletados até agosto, o ano de 2022 recebeu um quantitativo superior aos anos anteriores.

Esclarece-se, no entanto, que apesar de importante a nova forma de financiamento para auxiliar os municípios no gerenciamento da atenção primária, e apesar dos seus inegáveis avanços, como atestam diversos estudos mundiais, a construção do SUS encontra vários entraves, como o subfinanciamento crônico que continua a perdurar.



Processo histórico da evolução dos indicadores de saúde para o município de Itatiba nos diversos quadrimestres. Notar o aumento, que se pode induzir estar diretamente associado ao processo metodológico em atrelar os critérios do prêmio desempenho/indicadores.

Repasso PAB Governo Federal/Municipal entre os anos 2017 e 2022. Notar o incremento de incentivo financeiro nos anos 2020, 2021 e principalmente 2022, de forma diretamente proporcional ao ajuste dos critérios de pagamento prêmio desempenho. Notar que, mesmo retirando o montante transferido para a COVID-19, houve incremento do incentivo baseado nos indicadores de desempenho de Itatiba.

REPASSES PAB – ITATIBA	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
ACS	R\$1.274.598,00	R\$1.304.004,00	R\$1.427.500,00	R\$1.552.600,00	R\$1.613.550,00	R\$1.350.088,00
PAB FIXO*	R\$2.404.259,04	R\$2.757.888,00	R\$2.757.888,00			
PAB VARIÁVEL*	R\$2.453.640,32	R\$3.210.756,52	R\$3.121.260,88	R\$226.236,89		
PSE	R\$8.676,00					
EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO		R\$15.000,00				R\$6.402,55
INCREMENTO TEMP**			R\$100.000,00	R\$250.000,00	R\$2.950.000,00	R\$5.069.088,00
DESEMPENHO				R\$625.685,70	R\$986.856,00	R\$652.811,89
PER CAPITA DE TRANSIÇÃO				R\$719.105,16		
CAPITAÇÃO PONDERADA				R\$5.332.421,22	R\$5.524.769,47	R\$4.081.894,44
AÇÕES ESTRATÉGICAS				R\$697.329,52	R\$942.921,49	R\$751.325,48
CORONAVIRUS (COVID-19)					R\$1.347.121,02	R\$203.632,00
SUBTOTAL 1 – CUSTEIO	R\$6.141.173,36	R\$7.287.648,52	R\$7.406.648,88	R\$9.403.378,49	R\$13.365.217,98	R\$12.115.242,36
ESTRUTURAÇÃO	R\$345.200,00	R\$869.995,00	R\$199.840,00	R\$88.700,00	R\$58.288,00	R\$30.080,00
SUBTOTAL 2 – INVEST	R\$345.200,00	R\$869.995,00	R\$199.840,00	R\$88.700,00	R\$58.288,00	R\$30.080,00
GRUPO PAB	R 6.486.373,36	R\$8.167.643,52	R\$7.606.488,88	R\$9.492.078,49	R\$13.423.505,98	R\$12.145.322,36
GRUPO COVID-19				R\$11.612.707,32	R\$80.000,00	
TOTAL SAÚDE	R\$19.645.167,01	R\$24.836.916,89	R\$23.356.248,03	R\$36.119.875,14	R\$40.469.018,79	R\$27.280.825,68

* Alteração na forma de financiamento a partir da Portaria 3992/2017 – Reestruturação das Transferências Federais e Portaria 2979/209 – Programa Previne Brasil

** Incremento Temporário – Repasses Únicos financiados por programas específicos ou emendas parlamentares

CONCLUSÃO

Concluiu-se com essa intervenção, e baseado em critérios metodológicos, que a alteração dos componentes do prêmio desempenho dos funcionários da FUABC de Itatiba, baseada nos indicadores do Ministério da Saúde, aumentou a qualidade de saúde da população e das metas do Previne Brasil, bem como aumentou significativamente a transferência fundo a fundo do Governo Federal para o município de Itatiba, quando comparado com os anos anteriores.

Tal incentivo está diretamente relacionado com a qualidade e quantidade do serviço ofertado, sobretudo, pela Estratégia Saúde da Família, gerenciada em suas 19 equipes pela Fundação do ABC. A estratégia de alteração se deu baseada em critérios técnicos que correlacionassem o incentivo financeiro dos profissionais atuantes na atenção primária e, consequentemente, o aumento dos indicadores de saúde.

IMPLEMENTAÇÃO DO PRONTUÁRIO DIGITAL NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS

Autores: Maysa Moreira Mismetti.

Coautores: Tarcys Mallony Teixeira Printes; e Kelly Simone Lopes Bianchini.

PALAVRAS-CHAVE

Registros eletrônicos de saúde;
Tecnologia digital;
Visita domiciliar.

RESUMO

A criação de um prontuário digital para os Serviços de Atenção Domiciliar é um grande desafio, principalmente estrutural, devido a sua modalidade de atendimento em domicílio, o que dificulta o registro dos atendimentos em tempo real. Além disso, a criação do sistema de registro deve levar em conta o modelo biopsicossocial, que possibilite a comunicação e integração com os atributos essenciais e derivados da APS, assim como incorpore as peculiaridades do serviço, respeitando as normas regulamen-

tadoras preestabelecidas pelo Ministério da Saúde. Há pouca literatura que conte sobre a implantação de tecnologias digitais no atendimento domiciliar no serviço público ou privado, portanto, estudos sobre o tema são de grande relevância para o desenvolvimento de novos modelos de prontuário digital nos Serviços de Atenção Domiciliar, levando em consideração os benefícios que eles propiciam para a análise das informações, armazenamento sustentável e melhor coordenação do cuidado dos pacientes.

ARTIGO ORIGINAL

O uso de recursos digitais dentro de instituições públicas e privadas é uma realidade que traz um aumento considerável da produtividade, quando utilizado em conjunto com métodos como o Design Thinking. As soluções digitais já estão presentes nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) com o e-SUS APS implantado desde 2013 e têm mostrado um grande potencial na organização de informações e criação de indicadores de saúde (MARTINS, 2018), levando gestores a implementar ações estratégicas mais assertivas e eficientes. Em 2011, através do Programa Melhor em Casa, o Município de São Bernardo do Campo, no Estado de São Paulo, lançou o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que conta com as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), as quais atuam em conjunto, prestando atendimento em domicílio. Ainda neste contexto, o Serviço de Atenção Domiciliar de São Bernardo do Campo relaciona-se com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), favorecendo o contato dos pacientes com os equipamentos de saúde do município, de acordo com a necessidade, tornando-se um serviço mais resolutivo.

Entre as dificuldades encontradas durante o processo de trabalho das equipes está a falta de um prontuário digital, o qual permita, além do e-SUS APS, o registro em prontuário das atividades realizadas pelas equipes e que integre essas informações de maneira a fornecer dados relevantes para a coordenação do cuidado dos pacientes. Entendendo o relevante papel da informação no desenvolvimento e produção de saúde, um grupo de profissionais foi formado para o desenvolvimento de um prontuário digital, que pudesse ser utilizado pelas equipes do Serviço de Atenção Domiciliar. Este trabalho tem como objetivo relatar as experiências do desenvolvimento de um prontuário digital, que atendesse as necessidades do Serviço de Atenção Domiciliar de São Bernardo do Campo, utilizando recursos de um modelo biopsicossocial. Este trabalho, além de buscar a inovação no que tange informação em Atenção Domiciliar, busca relatar as experiências do desenvolvimento de um prontuário digital que atenda às necessidades do serviço e permita a integralidade da informação entre os equipamentos de saúde.

Para o relato de experiência foram uti-

lizadas as ações e estratégias elaboradas durante o período de maio até julho de 2022, no Serviço de Atenção Domiciliar de São Bernardo do Campo do Estado de São Paulo, para a criação de um modelo de prontuário digital. A elaboração das etapas de trabalho e possíveis desafios que seriam encontrados tiveram como modelo os trabalhos de Fourneyron (2018) e Véras (2007), os quais relatam as experiências e desafios dos serviços de saúde ao desenvolverem e implantarem tecnologias digitais na APS.

O trabalho foi planejado através das seguintes etapas, respectivamente: levantamento dos fluxos de registro e análise dos dados manuais; levantamento dos recursos disponíveis na plataforma MV; criação de um exemplo gráfico de modelo de prontuário digital para o MV; discussão com as equipes responsáveis pelo gerenciamento dos recursos digitais, financiamento e jurídico do Hospital de Clínicas Municipal José Alencar de São Bernardo do Campo sobre a viabilidade do projeto; adaptação e criação das ferramentas digitais de acordo com as limitações e soluções discutidas em reunião; uso da ferramenta criada

de maneira experimental em uma EMAD; análise dos dados obtidos; adaptação dos recursos iniciais se necessário; e implantação entre as demais equipes.

O trabalho apresentado encontra-se na adaptação e criação das ferramentas digitais através do MV, após estratégias discutidas entre as equipes envolvidas no projeto. Para a elaboração do prontuário digital foram elencados quatro tipos de desafios inicialmente:

- Organizacional: é necessário levar em conta a organização em que se pretende implantar o prontuário digital. O Serviço de Atenção Domiciliar é um serviço de atendimento em domicílio e demanda registro das atividades realizadas de maneira remota, para evitar conflito de informações entre o horário dos registros e dos atendimentos. Além disso, atualmente os registros dos processos internos do SAD de SBC são em sua grande maioria manuais e demandam adaptação dos mesmos para o registro digital de maneira eficiente. A implantação do sistema de prontuário digital do Serviço de Atenção Domiciliar tem como recurso para seu desenvolvimento o sistema MV, já utilizado pelo Complexo de Saúde de São Bernardo do Campo, onde o Serviço de Atenção Domiciliar está inserido e requer estratégias que possibilitem a sua implantação dentro do sistema já existente. Assim como a integração com outros sistemas já utilizados pela rede, podendo haver ou não compartilhamento de informações entre eles, por exemplo, possibilitando aos profissionais terem acesso aos registros prévios dos pacientes em outras instituições da rede de cuidado.

- Estrutural e financeiro: para a implantação de um prontuário digital é necessário o uso de ferramentas que possibilitem o registro digital e que sejam capazes de processar todas as informações necessárias para a execução do atendimento domiciliar. Para isso, são necessários computadores portáteis (notebooks), pois celulares ou tablets não podem ser utilizados, já que não seriam capazes de suportar os programas utilizados para o registro de dados. Além disso, o acesso à internet também é importante para o registro dos dados, assim como estratégias para manutenção e segurança dos equipamentos. A solicita-



Melhor em Casa

ção destes recursos é essencial, porém, gera custos orçamentários, os quais são justificáveis ao verificarmos os benefícios a longo prazo, tais como: aumento da produtividade profissional com a otimização dos processos; acesso das informações em rede pelos profissionais; redução dos gastos com materiais como papel, tinta para impressora e pastas; aumento do espaço físico utilizado para arquivar registros manuais; e sustentabilidade ecológica com a redução do uso de papel.

- Treinamento e desenvolvimento: a implantação do sistema digital requer capacitação da equipe para seu uso de maneira efetiva. O objetivo do registro digital não é tornar os processos manuais em digitais de maneira rígida, mas sim de maneira a transformar o registro das informações em algo simples e intuitivo, utilizando o potencial das ferramentas digitais para otimizar os processos burocráticos de maneira prática e segura. Para isso, ferramentas como

Design Thinking podem auxiliar na criação da interface do usuário para tornar o uso do sistema de registro o mais intuitivo possível, respeitando as limitações do sistema MV.

- Jurídico: o quarto desafio é sobre as questões técnicas e jurídicas envolvidas no processo de integração com outros sistemas, na maneira como os registros serão padronizados dentro do sistema MV e sobre a segurança dos dados envolvidos no registro em domicílio dos prontuários digitais através dos notebooks.

Os desafios para o desenvolvimento deste projeto vão além da escassez da informação na literatura. Trazem a necessidade de reuniões interdisciplinares com profissionais de infraestrutura, equipe multidisciplinar assistencial, departamento jurídico, departamento financeiro e gestão, ou seja, alinhar encontros e informações a nível de rede para que atenda também as normas e diretrizes institucionais.

CONCLUSÃO

O relato das experiências do desenvolvimento de um modelo de prontuário digital para o SAD de SBC propicia e fomenta a criação e aprimoramento de outros serviços públicos e privados, os quais muitas vezes mantêm seus registros de maneira manual ou até mesmo digital, porém, com muitas limitações por falta de trabalhos que os auxiliem a lidar com os desafios da implantação das tecnologias digitais nos atendimentos domi-

ciliares. O uso de tecnologias digitais nos atendimentos traz um aumento considerável da produtividade. Este trabalho vislumbra os desafios e soluções encontradas durante o processo, assim como os benefícios da sua implantação, externando o desejo de continuarmos a produção científica com informações complementares ao longo da sua efetividade, tornando-o um projeto de referência, principalmente aos serviços similares.



PAPEL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA QUALIDADE NA IMPLANTAÇÃO E NO MONITORAMENTO DA LINHA DO CUIDADO DE CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Autor: Gisele de Paula Rabelo Souza; e Rodrigo Alveti Brolo.

PALAVRAS-CHAVE

Cirurgia de revascularização do miocárdio;
Bundle de monitoramento;
Qualidade da assistência;
Segurança do paciente.

RESUMO

O artigo vem relatar a implantação e os resultados do monitoramento da linha do cuidado no pré, intra e pós-operatório de pacientes de cirurgia de revascularização do miocárdio no HEMC, hospital-escola de alta complexidade localizado em Santo André, na Grande São Paulo. Diante do aumento no número de cirurgias não eletivas durante a pandemia de Covid-19 e com vistas a melhorar a qualidade e a segurança do paciente, a equipe multidisciplinar descreveu o pla-

no de cuidados e suas metas; definiu os marcadores de monitoramento da linha do cuidado e os indicadores de processo, equilíbrio e resultado; e aperfeiçoou a comunicação entre a equipe multidisciplinar e as demais equipes assistenciais. O processo implementado incluiu, além dos registros em prontuário, um bundle (pacote) de monitoramento recolhido após a alta dos pacientes, o que possibilitou a mensuração de resultados e a identificação de oportunidades de melhoria.

ARTIGO ORIGINAL

A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) é a cirurgia cardíaca mais frequentemente realizada no Brasil, a maior parte pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As doenças cardiovasculares (DCVs) ainda aparecem como uma das principais causas de morte no País, sendo responsáveis por 20% da mortalidade entre indivíduos com mais de 30 anos de idade.

Para garantir qualidade e segurança no atendimento ao paciente, o cuidado centrado no indivíduo, assegurado pela boa comunicação tanto entre os profissionais e deles com o paciente, deve ser prioridade, pois fortalece o processo de cuidar. Nesse sentido, estabelecer diálogo com o paciente e seus familiares ou responsáveis contribui para ajustar o planejamento terapêutico a suas necessidades, atendendo às expectativas de todas as partes.

Diante desse cenário e do perfil epidemiológico da instituição, e pensando em construir um cuidado mais seguro, integrado e com impactos favoráveis para os pacientes submetidos a revascularização do miocárdio, o Hospital Estadual Mário Covas, em Santo André (SP), que atende 100% pelo SUS, iniciou em 2021 o monitoramento dessa linha de cuidado, dando continuidade em 2022.

O trabalho do Serviço da Qualidade proporciona intersecção das equipes multiprofissionais, sendo o elo entre as partes

para a análise de resultados e o monitoramento das linhas de cuidado em parceria com a gestão das equipes assistenciais. O time da Qualidade, juntamente com uma equipe multidisciplinar, descreveu o plano de cuidados previstos e metas para um cuidado focado em segurança e resultado. Foram definidos os marcadores de monitoramento da linha de cuidado de CRM e os indicadores de processo, equilíbrio e resultado, a fim de direcionar as ações da equipe assistencial à qualidade e à segurança na assistência. Em outras palavras, foi planejado todo o caminho que o usuário percorre dentro do sistema de saúde para tratamento da doença cardiovascular.

Metodologia

A CRM foi avaliada nos casos em que foi empregada como procedimento isolado, excluindo-se aqueles em que estava associada a outros procedimentos cirúrgicos (próteses e plastias valvares, correção de aneurismas e endarterectomia de carótida).

Os marcadores de monitoramento da linha de cuidado estão relacionados aos cuidados estabelecidos no pré, intra e pós-operatório da CRM, sendo: antibioticoprofilaxia (pomada nasal) administrada três dias antes da cirurgia; banho pré-operatório na véspera e no dia da cirurgia; realização de tricotomia em momento oportuno (o mais próximo possível da cirurgia e em

ambiente externo à sala operatória); realização de tipagem sanguínea e reserva de hemocomponente; adesão ao antibiótico profilático e a repique, quando indicado; desmame de droga vasoativa e extubação de quatro a seis horas após a cirurgia; retirada de dreno de 24 a 48 horas no pós-operatório; introdução da dieta seis horas após extubação; prevenção de tromboembolismo venoso (TEV) de seis a 24 horas após o procedimento, se não houver complicações; suspensão do antibiótico profilático 24 horas após a CRM.

Para a coleta dos dados, além dos dados registrados em prontuário (meio mais confiável), foi elaborado um bundle de monitoramento para facilitar que a equipe passasse a registrar oportunidades de melhoria e a apoiar a análise crítica do caminho percorrido pelo paciente na linha de cuidado.

Uma das traduções para “bundle” é “pacote”, o que faz mais sentido à medida que se ganha familiaridade com o conceito. O poder de um bundle vem da ciência por trás dele e do método de execução: com total consistência. Não que as mudanças em um bundle sejam novas, pois são as melhores práticas estabelecidas, mas elas muitas vezes não são realizadas de maneira uniforme, tornando o tratamento não confiável e, por vezes, idiossincrático. Um bundle reúne as mudanças em um grupo de intervenções que os profissionais

saíram que deve ser seguido para cada paciente, a todo momento.

O setor de Qualidade realiza o trabalho de análise dos resultados institucionais de todo monitoramento da linha do cuidado com o apoio da equipe multidisciplinar, que mensalmente analisa os resultados alcançados, individualmente por disciplina. Nesse contexto, a gestão da qualidade tem como principal desafio contribuir para o aumento da produtividade da força de trabalho da organização, pois os processos de produção passam a ser bem mais eficientes quando é realizada a discussão multidisciplinar dos dados e são implementadas mudanças na busca contínua por melhorias.

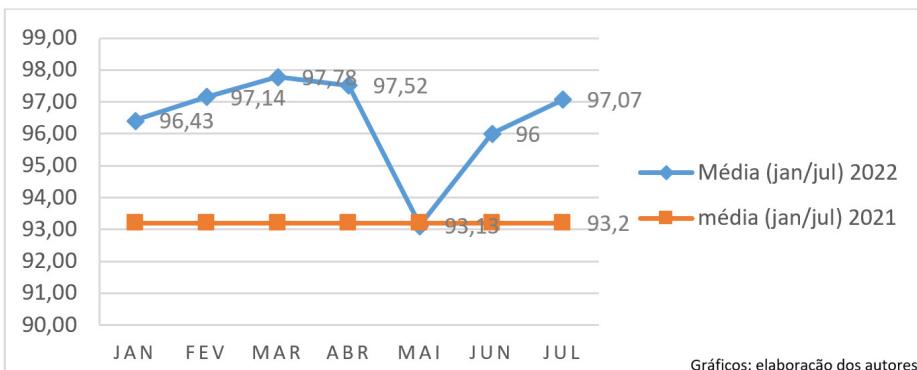
Resultados

O Hospital Estadual Mário Covas realizou 300 cirurgias de revascularização do miocárdio entre janeiro a dezembro de 2021 e 171 cirurgias entre janeiro a julho de 2022, totalizando 471 CRMs nos dois períodos. As variáveis qualitativas foram apresentadas em porcentagem e as comparações, por meio das médias de 2021 e de 2022.

Em relação ao gênero dos pacientes submetidos a CRM, a prevalência é de pacientes do sexo masculino (média de 70,24% em 2021 e de 70,6% em 2022). Em relação a comorbidades, cerca de 88,85% tinham hipertensão arterial; 47,5%, diabetes mellitus (DM); 36,25% eram tabagistas ou ex-tabagistas; 25,63% haviam sofrido infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio; e 78,6% dos pacientes tinham de uma a três doenças associadas.

Com início do monitoramento da linha do cuidado e da descrição do plano terapêutico, a adesão média ao bundle de monitoramento (pacote de cuidados pré, intra e pós-operatórios monitorado) foi de 93,2% de janeiro a julho de 2021; já no mesmo período de 2022, a média subiu para 96,44%, conforme mostra o Gráfico 1. Esse aumento foi fruto das reuniões para alinhamento de resultados e dos testes de mudanças propostas para o cuidado centrado no paciente.

Dentre os marcadores da linha do cuidado no pós-operatório (PO), os indicadores de processo apontam alcance da meta de alta da unidade de terapia intensiva (UTI) no prazo estabelecido, o que demonstra efetividade da extubação de quatro a seis horas após a cirurgia – resultando na estabilização mais rápida dos pacientes, com 85,7% deles, em média, recebendo alta para a unidade de internação após 48 horas em 2022 (Gráfico 2). Com o trabalho do time multidisciplinar e o papel da qualidade no alinhamento das condutas, houve um aumento de 19,4 pontos percentuais na média de alta em 48 horas, na comparação entre o primeiro semestre



Gráficos: elaboração dos autores

Gráfico 1 – Adesão geral percentual aos marcadores definidos para o monitoramento da linha do cuidado de CRM: comparação entre 2021 e 2022.

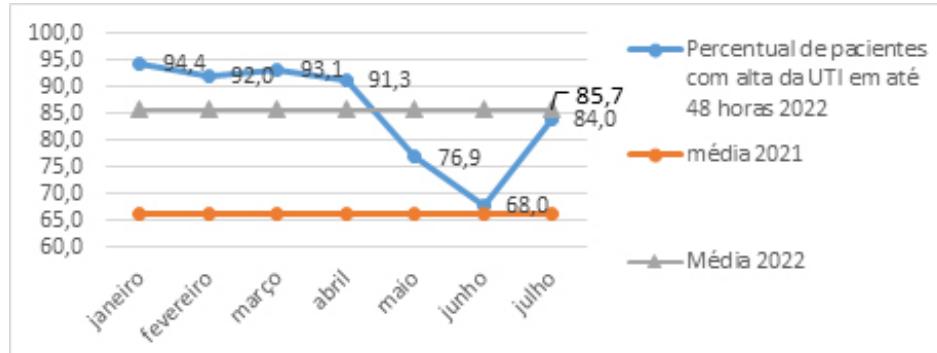


Gráfico 2 – Percentual de pacientes no pós-CRM com alta da UTI em até 48 horas.

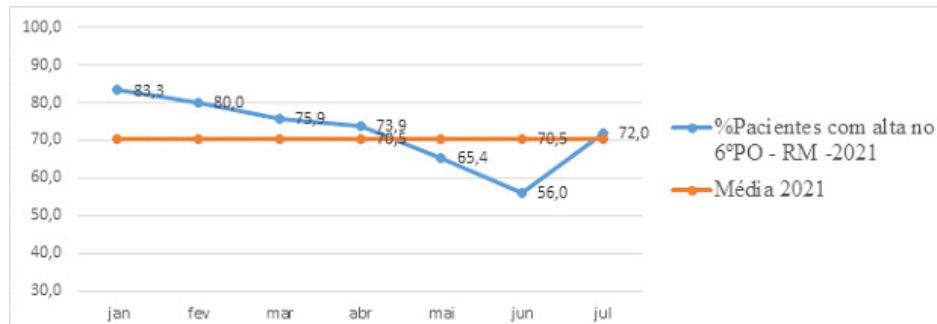


Gráfico 3 – Percentual de pacientes de CRM com alta no sexto dia de pós-operatório (tempo previsto no plano terapêutico).

de 2021 e o mesmo período de 2022.

A meta estabelecida no plano terapêutico para internação após CRM foi de seis dias – alta prevista para o sexto dia de PO. Esse resultado, representado no Gráfico

3, foi atingido, em média, para 72,4% dos pacientes no primeiro semestre de 2022, contra 70,5% no mesmo período de 2021. Nos quatro primeiros meses de 2022, observam-se porcentagens acima da média.

CONCLUSÃO

O monitoramento da linha do cuidado de pacientes submetidos a CRM nos ensinou, principalmente, sobre a importância da comunicação efetiva na equipe multidisciplinar e o papel fundamental da Qualidade na gestão de resultados e na intersecção das equipes multidisciplinares com os resultados alcançados na prática assistencial.

Percebe-se a melhoria, entre 2021 e 2022, na adesão aos marcadores gerais estabelecidos. Os percentuais de pacientes com alta da UTI no tempo oportuno

indicaram evolução com base nos alinhamentos discutidos com o time multidisciplinar e na atuação da gestão da UTI, proporcionando uma assistência mais efetiva aos pacientes. Isso só foi possível com o amadurecimento da equipe no decorrer do tempo e com as discussões geradas com apoio do Serviço da Qualidade para alinhamento na coleta precisa dos dados e nos testes de mudanças realizados. Com isso, os resultados foram notáveis entre o início desse trabalho, em maio de 2021, e o momento atual de monitoramento.

ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA NA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COMO ESTRATÉGIA PARA ADESÃO DOMICILIAR AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Autores: Rhaíssa Tenório Lima dos Santos; Thalyta de Melo Martão; Ana Carolina A. Betini Datílio; Flaviana Helena de Moraes dos Santos; Luis Fernando dos Santos; Daniele Hernandes Coimbra Muniz; Bárbara Felli-
ppe Alves; Marizza Juliana Correa da Silva; Rebeca Dias Batista; Fabíola Ressutti; e Carlos Antônio Fadel.

PALAVRAS-CHAVE

Orientação farmacêutica;
Alta hospitalar;
Pediatria;
Medicamento;
Adesão ao tratamento.

RESUMO

Populações de faixas etárias extremas são bastante suscetíveis a eventos adversos, principalmente relacionados ao uso de medicamentos. Logo, torna-se evidente a necessidade de orientação farmacêutica no momento da alta hospitalar para que a terapêutica definida no serviço de saúde seja seguida no domicílio com segurança e eficácia, evitando-se a automedicação. Este trabalho objetiva evidenciar a importância da atuação farmacêutica neste contexto. Para tanto, desenvolveu-se um estudo transversal, descritivo e re-

prospectivo realizado entre os meses de fevereiro e setembro do corrente ano no Hospital de Urgência Maurício Soares de Almeida do município de São Bernardo do Campo. O foco do projeto é que a orientação seja de forma recreativa e ilustrativa para compreensão do manejo seguro do medicamento pelo responsável e pela própria criança. Foram realizadas 684 orientações pelo (a) farmacêutico (a), o que se acredita ter contribuído para a melhor adesão ao tratamento medicamentoso, evitando reinternações.

ARTIGO ORIGINAL

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as populações de faixas etárias extremas são as mais suscetíveis a eventos adversos e, portanto, demandam maior número de intervenções para preveni-los (ISMP, 2017). Diante dessa condição, o Serviço de Farmácia Clínica do Hospital de Urgência Maurício Soares de Almeida evidenciou a necessidade da orientação farmacêutica no momento da alta hospitalar, tendo em vista o público que atendemos na instituição – pacientes e acompanhantes em sua maioria com baixo grau de instrução e dificuldade de entendimento com relação ao manejo seguro de medicamentos.

A alta hospitalar é definida como a condição que permite a saída do paciente da unidade hospitalar, sendo um procedimento que engloba todas as maneiras pelas quais o paciente pode deixar o hospital, tais como liberação médica, vontade do próprio paciente ou até mesmo óbito (LIMA, 2016).

A equipe multiprofissional está inserida neste processo, sendo o farmacêutico clínico um desses profissionais que atua em conjunto às demais áreas, participando de visitas diárias para discussão de casos clínicos, com o intuito de prevenir, identificar e resolver os problemas relacionados à terapia medicamentosa, tanto no período

de permanência do paciente na instituição como na alta hospitalar. De acordo com a resolução n.º 585 do Conselho Federal de Farmácia, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências, têm-se que a atuação do farmacêutico na alta pode ocorrer de várias formas, como a conciliação medicamentosa, identificação de problemas na adesão ao tratamento e orientação nos diversos aspectos relacionados à terapia medicamentosa, visando alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente (LIMA, 2016 e Resolução nº 585 CFF, 2013).

A alta hospitalar também é uma oportunidade para discussão acerca da automedicação, prática esta que demanda especial atenção em saúde pública, principalmente entre a população pediátrica. A automedicação está presente pelo compartilhamento de medicamentos com familiares, utilização de sobras de medicamentos ou prolongamento do tratamento proposto, além da utilização de preparações caseiras, não havendo conhecimento da dose do princípio ativo ingerida, como no uso de infusões, por exemplo (RUIZ, 2022 e FERREIRA, 2017).

O presente trabalho tem por objetivo evidenciar a importância da atuação farmacêutica na orientação do uso domiciliar

dos medicamentos com foco na segurança do paciente pediátrico e adesão à farmacoterapia após a alta hospitalar.

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e retrospectivo, realizado entre os meses de fevereiro e setembro do corrente ano no Hospital de Urgência Maurício Soares de Almeida, do município de São Bernardo do Campo, que conta com 234 leitos ativos, sendo 49 destinados aos pacientes pediátricos, divididos entre unidades de internação, unidade de terapia intensiva, unidade de decisão clínica e sala de choque, além dos leitos de recuperação pós anestésica. O critério para inclusão do paciente foi a ocorrência de alta hospitalar das unidades de internação infantil com prescrição de medicamentos pelo pediatra. Não houve diferenciação entre crianças que receberam alta para o domicílio ou aquelas que foram institucionalizadas. Excluem-se desse contexto pacientes com alta hospitalar sem medicamentos prescritos. Os recursos utilizados para apoiar a orientação farmacêutica foram tabelas lúdicas e materiais explicativos, tais como frascos e seringas.

Diariamente, a farmacêutica clínica referência da unidade pediátrica participa da visita multiprofissional na qual os casos clínicos dos pacientes são discutidos, para definição de planos terapêuticos seguros e

eficazes. Uma das metas da discussão é a desospitalização precoce. Porém, é fundamental que esse processo ocorra de forma segura. Ao término da discussão a farmacêutica identifica os pacientes com alta programada. Após a equipe médica realizar o receituário para continuidade da terapia medicamentosa domiciliar, a farmacêutica desenvolve o material para orientação de forma ilustrativa. O intuito é um trabalho lúdico, de modo que tanto o responsável quanto a criança participem do momento e compreendam a importância da adesão ao tratamento para total recuperação. Como exemplo, pode-se descrever a alta do paciente C. B. S., um paciente de 9 anos portador de insuficiência renal crônica. Ele recebeu alta hospitalar com um receituário de cinco medicamentos. Destes, três eram anti-hipertensivos. Devido à dificuldade de entendimento da mãe, montou-se uma caixa plástica com as ilustrações e os horários que os medicamentos deveriam ser administrados. Inseriu-se também os dias da semana. Envolveu-se a criança em todo o processo. O resultado foi bastante positivo. Mãe e paciente compreenderam a forma de administração e a necessidade do tratamento nos horários adequados para a boa recuperação do paciente e para evitar reinternações.

Outro exemplo de orientação foi a de uma paciente proveniente da Síria. A mãe pouco se comunicava em português. Com o auxílio de um aplicativo e da própria criança, realizou-se a escrita em árabe para que a mãe compreendesse a terapia proposta.

Os horários para a administração dos medicamentos são sempre planejados para que se enquadrem na rotina de cada família, tendo em vista o ciclo de sono da criança, o horário escolar e seus hábitos alimentares. Possibilidades para mascarar sabor das formulações e manejo da sonda nasoenteral são amplamente discutidas.

Utiliza-se também a estratégia de colorir seringas para casos com dificuldade de identificação da quantidade de 'ml' que deve ser aspirada na seringa para administração na criança. Para condições pontuais como, por exemplo, administração de medicamentos anticonvulsivantes, é fundamental que haja precisão na dose, deste modo, evitando o escape convulsivo.

Um dos fatores contribuintes para o sucesso da orientação farmacêutica é a forma do acondicionamento de antimicrobianos. Algumas apresentações, tais como amoxicilina com clavulanato, após reconstituição, devem ser armazenadas sob refrigeração à temperatura de 2° a 8°C por até 7 dias, fato este desconhecido por grande



parte dos responsáveis. Esse manejo é de fundamental importância para que o processo infeccioso seja de fato tratado, evitando possíveis resistências bacterianas.

No Hospital de Urgência Maurício Soares de Almeida, uma das orientações que mais se repete é com relação à administração de medicamentos inalatórios. O manejo das formas farmacêuticas disponíveis no mercado gera muita insegurança aos responsáveis pela criança. Com a incorporação dessas tecnologias na composição do elenco disponível na Farmácia de Medicamentos Especializados e também no Programa Farmácia Popular, o acesso tornou-se facilitado. Logo, os médicos ade-

riram às prescrições desses medicamentos e o treinamento aos responsáveis pelo paciente é fundamental para o sucesso do tratamento e, consequentemente, redução das internações.

Além das orientações acerca da administração, também se orienta quanto à aquisição dos medicamentos disponíveis no Sistema Único de Saúde, tais como documentos que devem ser apresentados, receituários, exames que comprovem a patologia e locais disponíveis para a retirada do insumo. Em alguns casos, explica-se sobre a possibilidade de inserção do paciente em programas da indústria farmacêutica.

CONCLUSÃO

De fevereiro a meados de setembro deste ano foram realizadas 684 orientações na alta hospitalar efetuadas na unidade de internação pediátrica a pacientes com critérios de inserção. Os responsáveis demonstraram satisfação com as orientações realizadas, além do bom entendimento das informações fornecidas. A forma lúdica de orientar facilitou a visualização e compreensão das informações. O processo de orientação farmacêutica também nos auxilia no fortalecimento de laços com pacientes e familiares, construindo um canal

de confiança entre paciente e profissional.

Espera-se que a orientação farmacêutica contribua para melhor adesão ao tratamento medicamentoso, evitando reinternações. Entende-se que a qualidade de vida do paciente será beneficiada.

Ressalta-se que para o desenvolvimento desta atividade é indispensável que o profissional farmacêutico se capacite através de eventos científicos, atualizando-se, principalmente, com relação às novas tecnologias disponíveis no mercado da saúde.



O PAI BAIXADA SANTISTA COMO UNIDADE CAPACITADORA DA REDE DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL DOS NOVE MUNICÍPIOS DA BAIXADA SANTISTA

Autores: Sidney Costa Gaspar; e Fernando Venturini.

PALAVRAS-CHAVE

Psicopatologia;
Psiquiatria;
Treinamento;
Rede;
Saúde Mental;
Baixada Santista.

RESUMO

Nos últimos 4 anos, o PAI Baixada Santista vem realizando o Curso de Psicopatologia. A razão da estruturação desse curso se deu em função da percepção de que vários profissionais da equipe interdisciplinar tinham limitações quanto ao conhecimento dessa ferramenta fundamental para a elaboração de um diagnóstico psiquiátrico. O curso, que inicialmente era voltado apenas para colaboradores da unidade, foi percebido como importante para os municípios que usam esta unidade como referência para suas interna-

ções. Do ano de 2020 para cá, o mesmo foi estendido a todas as equipes das unidades municipais de psiquiatria na região da Baixada Santista. Até 2022, passaram pelo curso cerca de 75 pessoas entre profissionais e gestores de Saúde Mental. A relevância desse projeto pedagógico, que se tornou uma capacitação abrangente, fez com que se tornasse um indicador de qualidade na Política de Humanização, visto que profissionais mais capacitados produzem respostas terapêuticas melhores e mais humanas.

ARTIGO ORIGINAL

Durante os anos de existência do Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental - PAI Baixada Santista (PAI-BS), foi percebido o quanto os profissionais da chamada equipe interdisciplinar careciam de conhecimento acerca de temas vitais para o bom funcionamento dessa unidade. Uma das maiores carências era acerca da psicopatologia, que é um instrumento básico para a feitura de diagnósticos e, por consequência, a efetivação de condutas que visem a melhora do paciente em curto prazo de tempo. O fato de a unidade trabalhar com projetos terapêuticos individualizados, que são discutidos com toda a equipe interdisciplinar, composta por enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, farmacêuticos, nutricionistas, além dos médicos, evidenciava a dificuldade de boa parte dos profissionais, fazendo com que muitas discussões ficassem centradas apenas em poucos profissionais e majoritariamente nos médicos.

Como contamos no corpo clínico do PAI Baixada Santista com alguns professores do curso de Psiquiatria de uma das universidades da cidade de Santos, isso permitiu que se construísse um curso de capacitação bastante abrangente e com consistência para atender a profissionais de diferentes formações, sendo a pri-

meira turma ocorreu em 2019, com o curso sendo feito na própria unidade, facilitando o acesso dos colaboradores.

O curso possui duração de 8 meses, conta com uma aula semanal de cerca de 2 horas de duração. Possui obrigatoriedade de 75% de presença e provas de avaliação que garantem ou não a certificação ao final do curso. O conteúdo programático apresenta 15 tópicos: Semiologia/Semiótica; Método Fenomenológico; Anamnese; Entrevista Psiquiátrica (Aparência; Atitude e Contato); Funções Psíquicas (Consciência quantitativa); Funções Psíquicas (Consciência qualitativa); Atenção; Orientação; Memória; Vontade/Prazer; Humor/Afeto; Senso percepção; Pensamento e suas alterações; Delírio; Crítica da doença/ Psicomotricidade.

O fato de os municípios da Baixada Santista também apresentarem dificuldades similares às do PAI-BS quanto à capacitação de suas equipes e por terem conhecimento da experiência formadora exitosa sobre Psicopatologia fez com que se construísse uma parceria entre as Coordenações de Saúde Mental dos 9 municípios da região, junto com o Departamento Regional de Saúde - DRS IV, através da Articulação em Saúde Mental, para que o curso, que até então era apenas para

os funcionários do PAI-BS, fosse aberto para os profissionais da rede, respeitando os mesmos critérios, provas e frequência mínima. Dessa forma, o PAI-BS tornou-se uma unidade que, além do atendimento aos pacientes, presta esse relevante serviço no sentido de qualificar melhor a Rede de Saúde Mental da região, através do curso de formação em Psicopatologia.

Desde março de 2020, profissionais de saúde mental de todas as unidades públicas da Baixada Santista podem se inscrever e participar do curso. O fato de realizarmos reuniões virtuais com diferentes municípios, para discussões de casos clínicos, facilitou a implantação do curso na Rede como um todo. Até o presente momento já passaram pelo curso 75 profissionais: 24 psicólogos, 16 médicos, 18 enfermeiros, 7 assistentes sociais, 3 terapeutas ocupacionais, 1 farmacêutico e 6 gestores de unidades de Saúde Mental.

A relevância desse processo fez com que o curso de Psicopatologia se tornasse, a pedido da Coordenação de Humanização do DRS-IV, um indicador de humanização do PAI-BS e desde 2020 o mesmo é valorado. Entender capacitação como parte da humanização é extremamente importante em Saúde Mental, visto que as ações desenvolvidas na área dependem

fundamentalmente de recursos humanos, e estes, quando são bem treinados e capacitados, permitem resultados quantitativos e, principalmente, qualitativos maiores.

Menor necessidade de internação, crises psiquiátricas mais breves, internações mais curtas, menor intensidade de sofrimento para pacientes e familiares são objetivos de uma rede de assistência qualificada, resolutiva e humanizada.

A qualidade do curso tem feito com que ele se encontre no 4º ano de existência, sendo realizado em 2022 de modo presencial e on-line, contando com 31 participantes de 8 municípios da região. Existe já um interesse manifestado por profissionais das unidades municipais da região para a turma em 2023. O curso oferece certificado para os participantes que cumprirem as regras e forem aprovados.

Desde 5 de novembro de 2020, a gestão do Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental - PAI Baixada Santista é realizada pela Fundação do ABC. Instalada no bairro Boqueirão, em Santos, a unidade está inserida na rede de serviços de Saúde Mental da Baixada Santista. É referência de atendimento e tratamento para pacientes da região que necessitem de internação psiquiátrica, oferecendo serviços indispensáveis para a manutenção da Rede de Atenção Psicosocial (RAPS).

O PAI Baixada Santista foi idealizado pela Secretaria de Estado da Saúde, com objetivo de oferecer um serviço de tratamento em regime de internação breve a indivíduos portadores de transtornos mentais severos e persistentes em quadro agudo (crise). Com atendimento exclusivo a usuários do SUS, realiza intervenções eficazes e atendimento de excelência, visando o retorno mais breve possível dos pacientes às unidades de referência, com vistas à reinserção social. Ou seja, após o tratamento intensivo para remissão dos sintomas do quadro de entrada, pacientes e familiares são orientados e reencaminhados (contrarreferência) para a continuidade do tratamento nos serviços ambulatoriais dos municípios de origem.

Inaugurada em 2010, a unidade traz no projeto terapêutico ações intensivas e transdisciplinares, com tratamentos humanizados que envolvem pacientes, seus familiares e a comunidade. Para isso, a equipe do PAI é multiprofissional, composta por psiquiatras, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, educador físico, enfermeiros, técnicos de enfermagem,



nutricionistas e farmacêutico, além de serviços de apoio (limpeza e higiene), área administrativa e de educação permanente.

A implantação do PAI representou um avanço significativo e fundamental na Saúde Mental na Baixada Santista. Anteriormente à existência deste serviço, os pacientes eram encaminhados diretamente do município de origem para internação prolongada em clínicas afastadas, o que impedia a restauração dos vínculos familiares.

A Fundação do ABC atua no PAI Baixada Santista com foco na prestação de serviço humanizado, de qualidade, com acolhimento adequado e respeito à vida, seguindo os preceitos da cartilha Humaniza-SUS. São valorizadas as equipes e o capital intelectual, com capacitação e atualização permanentes, respeito à diversidade, benefícios justos e investimento em comunicação objetiva e transparente, pois essas são as característi-

cas da gestão da FUABC.

Entre os quadros agudos mais comuns atendidos no PAI estão a esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; transtorno bipolar do humor e depressão unipolar grave; transtornos mentais orgânicos com manifestações comportamentais graves; transtornos mentais relacionados ao uso de álcool ou outras drogas, com comorbidades psiquiátricas de forma individualizada; e demais transtornos psiquiátricos em situação de crise intensa, como transtornos de personalidade, transtornos do desenvolvimento e transtornos alimentares, por exemplo.

O PAI Baixada Santista está instalado no Hospital Guilherme Álvaro (HGA), que serve como referência para consultas ambulatoriais, interconsultas e exames laboratoriais. Apesar de inserido na unidade hospitalar, o funcionamento do PAI é totalmente independente, com 30 leitos e área de 1.277 m².

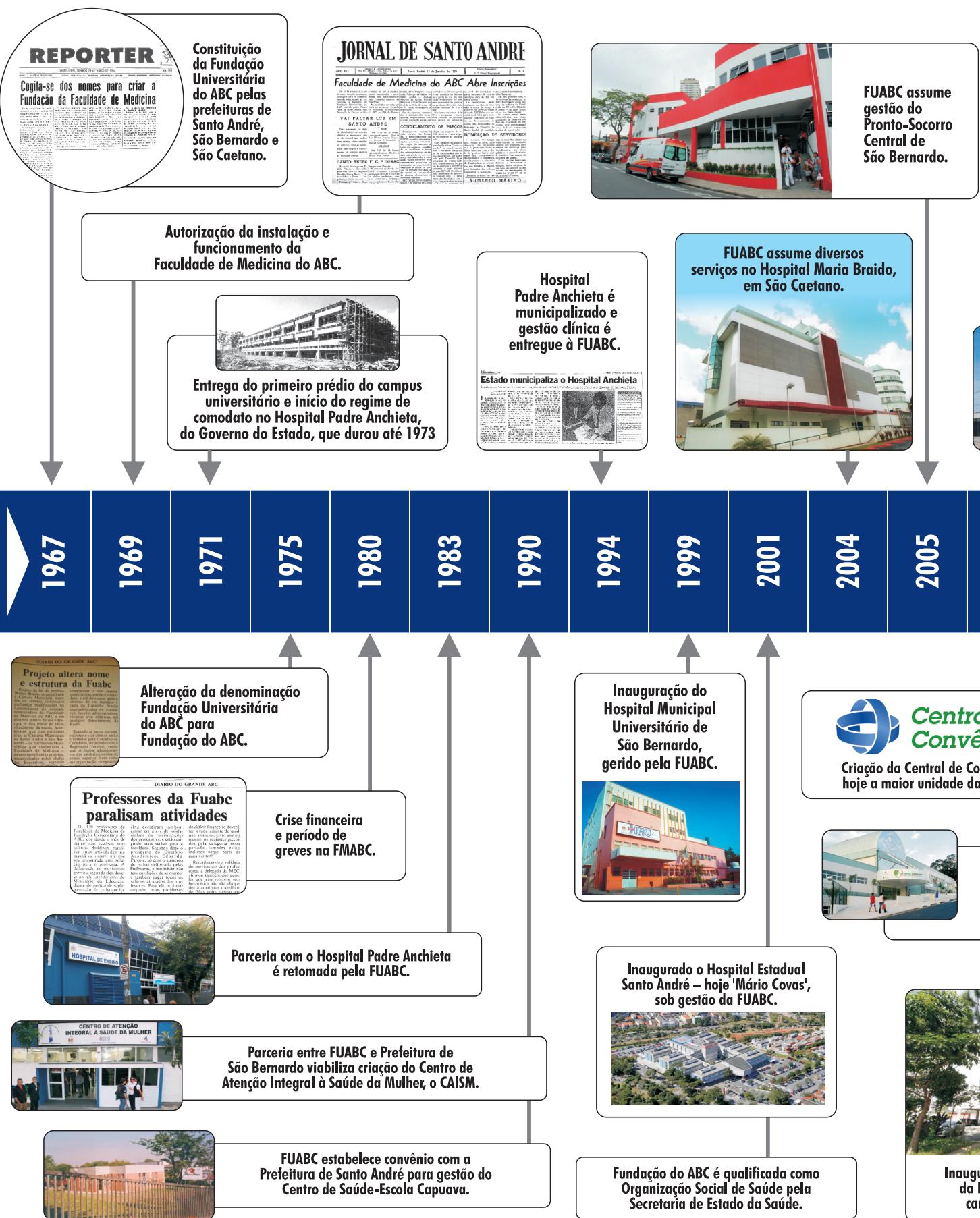
CONCLUSÃO

Os serviços de psiquiatria são interdisciplinares e não medicocêntricos. O diagnóstico é baseado na psicopatologia e, desta forma, ter uma equipe que entenda o significado de diferentes alterações na psique humana ajuda na precisão diagnóstica e condutas a serem tomadas pela equipe e, por consequência, num potencial de melhora do sofrimento psíquico dos pacientes.

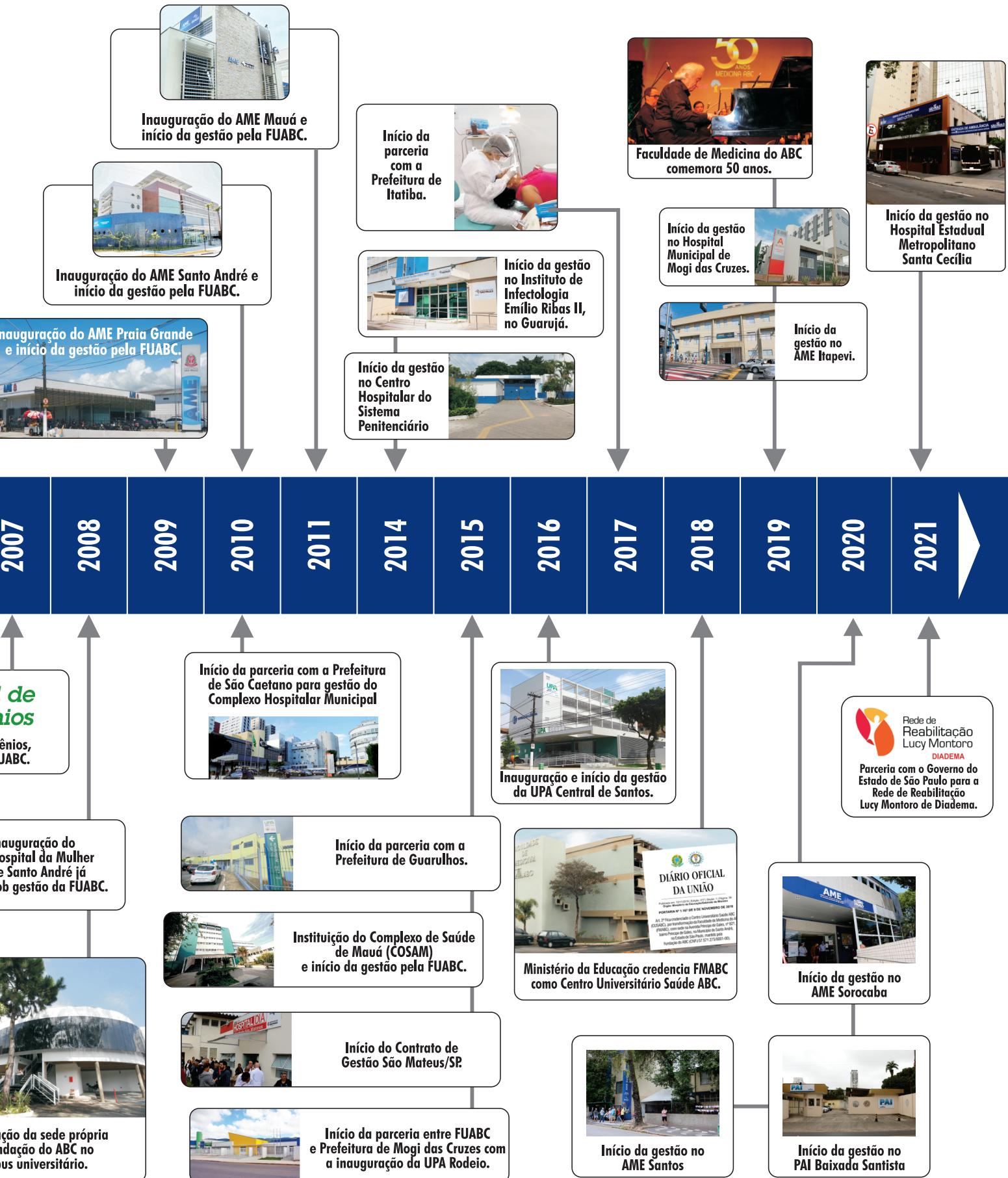
A possibilidade de expandir essa experiência de capacitação para as unidades da Rede de Saúde Mental da Baixada Santista se torna um ele-

mento na humanização do tratamento de pacientes, possibilitando melhores diagnósticos e intervenções, reduzindo o sofrimento dessas pessoas e de suas famílias, permitindo melhor qualidade de vida. Essa experiência vem sendo tão exitosa, que os 9 municípios que têm o PAI-BS como sua referência para internações psiquiátricas solicitaram participação no curso, visando capacitar suas equipes de trabalho. Tal processo tornou-se um indicador de humanização junto à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

A SAÚDE EM BOAS MÁOS | A EVO



LUÇÃO DA FUABC AO LONGO DAS DÉCADAS





FUNDAÇÃO DO ABC

DESDE 1967