



**GESTÃO HOSPITALAR E DE SERVIÇOS DE SAÚDE
EM TEMPOS DE COVID-19:
Experiências do Grupo Hospitalar Conceição**
Volume 2

Organizadores

Vanessa Menezes Catalan
Cristiane Velásquez da Veiga Ciulla
Alexandra Jochims Kruel
Cleber Verona
Francisco Antônio Zancan Paz
Cláudio da Silva Oliveira
Moises Renato Gonçalves Prevedello

**GESTÃO HOSPITALAR E DE SERVIÇOS DE
SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19:**
experiências do Grupo Hospitalar Conceição
Volume 2

ORGANIZADORES

Vanessa Menezes Catalan
Cristiane Velásquez da Veiga Ciulla
Alexandra Jochims Kruel
Cleber Verona
Francisco Antônio Zancan Paz
Cláudio da Silva Oliveira
Moisés Renato Gonçalves Prevedello

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B823g Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição.
Gestão hospitalar e de serviços de saúde em tempos de Covid-19:
experiência do Grupo Hospitalar Conceição / organização de Vanessa
Menezes Catalan, Cristiane Velásquez da Veiga Ciulla, Alexandra
Jochims Kruehl... [et al]. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da
Conceição, 2022.
252 p.: 16x23 cm.

ISBN 978-65-87505-24-4

1. Administração hospitalar. 2. Saúde Pública. 3. Sistema Único de
Saúde. 4. Covid-19. I. Catalan, Vanessa Menezes, Org. II. Ciulla,
Cristiane Velásquez da Veiga, Org. III. Kruehl, Alexandra Jochims, Org.
IV. Título.

CDU 65:615.478:614(81)

Catalogação elaborada por Luciane Berto Benedetti, CRB 10/1458.

***Este livro é uma homenagem aos nossos colegas que
partiram nessa pandemia e deixaram saudades.***

*Abel da Cruz Neto
Alexandre Tesheiner Bessil
Carlos Adalberto Silveira de Oliveira
Daniel Soruco Gandarillas
Eva Julia Vieira Oliveira
João de Deus Reck Lima Junior
João Roque Poti Kirst
Joaquim Desiderio Boulanger Neto
Joelmar Moacir de Souza
Leonardo Henrique Carone Grossi
Luiz Carlos Souza de Oliveira
Luiz Jairo Dill
Mara Rubia Silva Caceres
Maria Albertina de Medeiros
Marilena Valduga Teixeira
Rogerio Daitch
Sidney Millidui
Zaida da Silveira Fogaça*

***É também uma homenagem à aluna do
Curso Técnico de Enfermagem da Escola GHC,
Gislaine Pinto Lopes***

PREFÁCIO

Vanessa Menezes Catalan, Cristiane Velásquez da Veiga Ciulla,
Alexandra Jochims Kruehl, Cleber Verona, Francisco Antônio Zancan Paz,
Cláudio da Silva Oliveira, Moisés Renato Gonçalves Prevedello

Em março deste ano de 2022, lançamos o primeiro volume deste compilado de histórias, como forma de apresentar a quem se interessasse pelo tema, as tantas ações que vinham sendo realizadas dentro das unidades do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), ao longo da pandemia por Covid-19.

Não apenas se tratou de uma obra de apresentação, mas principalmente de reconhecimento, de agradecimento e de reverência às equipes do GHC e a cada pessoa que vem trabalhando no enfrentamento deste desafio tão grande para a Humanidade, seja onde estiver seu campo de trabalho.

Contudo, desde antes do lançamento do primeiro volume, tinha-se a compreensão de que muito ainda não havia sido contado, e muito ainda estava por ser vivido dentro do GHC. E assim, já no dia do lançamento, fizemos um novo convite, para que outras histórias fossem contadas, por trabalhadores e equipes.

Os dois volumes foram configurados sem o viés acadêmico. Ao contrário, optou-se por um formato em que pessoas e equipes pudessem se envolver na produção de textos que pudessem alcançar os públicos diversos, que incluem leigos, *practioners* e também os acadêmicos.

Diversos textos foram produzidos por nossos colegas. Foram lidos, analisados, revisados, relidos, e assim se compõe o segundo volume: novas histórias vividas em um tempo árduo e muito desafiador. Sabemos que há ainda outras tantas que não foram contadas, e reconhecemos suas importâncias, mesmo que não estejam aqui.

Agradecemos a cada equipe, a cada autor, por sua dedicação em fazer parte dessa coletânea de relatos, e que representam, principalmente, aquilo que vivenciaram e vivenciam em suas frentes de trabalho, em suas emoções, em suas vidas.

SUMÁRIO

PREFÁCIO

Vanessa Menezes Catalan, Cristiane Velásquez da Veiga Ciulla,
Alexandra Jochims Kruehl, Cleber Verona, Francisco Antônio Zancan Paz,
Cláudio da Silva Oliveira, Moisés Renato Gonçalves Prevedello
p.4-5

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA DO TRABALHO NO DISTENSIONAMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NAS UTIS COVID DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Cristina Jenisch Laranja
p. 9-21

COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: ATUAÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

Claudio Augusto da Cunha Guimarães Junior
p.22-36

CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM DA ESCOLA GHC: EXPERIÊNCIA DE ADAPTAÇÃO CURRICULAR PARA A MODALIDADE VIRTUAL

Dinara Dornfeld, Cecília Biasibetti Soster, Fernanda Miranda Seixas Einloft,
Michele da Rosa Ferreira, Carolina Melo Römer
p. 37-56

AMBIENTE VIRTUAL: NOVAS TECNOLOGIAS NA PRÁTICA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA NAS ENFERMARIAS

Andréia Lorenzoni, Carolina Melo Römer, Fernanda Londero
p.57-71

A ATUAÇÃO DO ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTAS EM TEMPO DE COVID-19

Ana Helena Dias Pereira dos Santos Ulbrich, Ana Paula Fabbris Andreatta,
Jociele Gheno, Patrícia Fisch, Roberta Cristina Petry, Thaise da Silva Nunes
p.72-85

PARTICIPAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA DO HNCS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19

Maria Elisa Gassen Toffoli, Marcos Samaroni da Silveira,
Emilene Barros da Silva Scherer, Ana Helena Dias Pereira dos Santos Ulbrich,
Esther Waihrich Queiroz de Menezes
p.86-101

**O DESAFIO DA COVID-19 PARA A EQUIPE DE VIGILÂNCIA
HOSPITALAR DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO E
HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO**

Ivana Rosângela dos Santos Varella (responsável técnica),
Alexandre de Oliveira Vanderlei, Ana Carla Steigleder Bins, Angela Piccoli Ziegler,
Antônio Carlos Cunha Valente, Carina Guedes Ramos, Carolina Xavier dos Santos,
Caroline Agliardi, Eduardo Fayh, Eidryan Denieski Vieira, Irma Rossa,
Janete Teresinha Balardin Garcia, José Luis Vargas Nique, Luciano Costa Soares,
Maria da Glória Accioly Sirena, Maria da Graça Pimenta Machado,
Maria Victhoria Mendes dos Santos, Mariana Leal Ambrósio,
Martha Helena de Mattos Zuardi, Maryana Rodrigues Braga, Milena Silva Valli,
Morgana Stephanie Oliveira Alves, Paulina Rosa de Marco Crestani,
Simone Pellin De Nardi, Taise Raupp Xavier da Silveira,
Walter Henrique Broock Neto, Angela Cristina Amaral dos Santos.
p.102-126

**A EXPERIÊNCIA NO PROCESSO DE REABERTURA DO
AMBULATÓRIO DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO -
HNSC DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Elisabete Storck Duarte, Fernanda Zanoto Kraemer, Gorete Beatriz Pelisoli,
José Paulo Machado Pereira Junior, Laura Ferreira da Silva, Sthefani Grudginski
p.127-146

**OS DESAFIOS DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO
GHC/MELHOR EM CASA NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA
DA COVID-19**

Aline Barroco Ludwig, Ana Paula Maurelli Teixeira, Mauro Binz Kalil,
Sati Jaber Mahmud
p.147-157

**VIVÊNCIAS NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL
NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO NO ENFRENTAMENTO À
PANDEMIA DE COVID-19**

Kelli Figueiredo, Maxuel Cruz dos Santos,
Roselaine Bárbara Litter, Giovana Garziera,
Fabiane Cristina Siebel Anderson, Sthefani Amaral Grudginski,
Mauricio Mathias da Silva
p.158-178

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CRÍTICO
COM COVID-19 E O ACOMPANHAMENTO ÀS FAMÍLIAS**

Anelise Kirst da Silva, Anelise Cristina Schmitz Franco, Marcelo de Campos,
Michela Domingues Marques, Rafaela Charão de Almeida, Raquel Lutkmeier,
Sofia Louise Santin Barilli, Veridiana Baldon dos Santos
p.179-197

**O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA NA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MOACYR SCLIAR**

Fabiane Regina Monteiro de Ávila , Niva Maria de Deus Martinez,
Roselaine Murlík
p.198-225

**A ATUAÇÃO DA ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL E O
DESAFIO DE COMUNICAR-SE INTERNA E EXTERNAMENTE**

Andréa Rodrigues de Araujo, Ocimar Pereira
p. 226-236

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA DO TRABALHO NO DISTENSIONAMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NAS UTIs COVID DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Cristina Jenisch Laranja

A Fisioterapia do Trabalho no GHC

A Fisioterapia do Trabalho é relativamente recente na história das organizações no Brasil. Ao final dos anos 1970, passou a ser adotada em empresas como forma de solucionar os altos índices de acidentes de trabalho e também como forma de recuperação dos trabalhadores. Legalmente, a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde deram voz à importância do enfoque na saúde dos trabalhadores, o que gerou a Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Em 2008, o Conselho Federal de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (COFFITO) reconheceu a Fisioterapia do Trabalho como uma especialidade profissional.

A Fisioterapia do Trabalho atua na prevenção, recuperação e manutenção da saúde do trabalhador. Aborda aspectos psicológicos, fisiológicos e fisiopatológicos da ergonomia e da biomecânica, e utiliza diversas estratégias e recursos, a fim de proporcionar melhores condições físicas e mentais no ambiente de trabalho, como: palestras, treinamentos, orientações posturais e ginástica laboral, por exemplo.

No Grupo Hospitalar Conceição (GHC), o Serviço de Fisioterapia do Trabalho iniciou na Saúde do Trabalhador em março de 2009, com a contratação de uma fisioterapeuta especialista na área. À época, foi aberto um espaço para atendimento assistencial individualizado, com critérios específicos para viabilizar acesso diante da grande demanda. Em paralelo ao atendimento individual, também eram desenvolvidas oficinas, avaliações de

pessoas com deficiência (PCD), avaliações de postos de trabalho e orientações posturais dirigidas às atividades laborais.

Em pouco tempo, a agenda foi sendo comprimida pela grande demanda assistencial, assim como crescia a necessidade do investimento em prevenção.

A fisioterapia com enfoque preventivo também originou-se na década de 1970 e, inicialmente, era voltada para treinamentos físicos, escolas de posturas, maneiras mecânicas mais vantajosas para manuseio de carga, etc. Atualmente, as atividades preventivas também utilizam ginástica laboral, micro pausas com exercícios compensatórios, correções posturais *in loco*, exercícios de distensionamento, acompanhamento psicológico, exercícios respiratórios e relaxamento (DELIBERATO, 2016).

A compressão da agenda levou a Saúde do Trabalhador a avaliar o processo de atendimentos, e definiu-se que a melhor abordagem para os funcionários seria investir nas atividades de prevenção associadas à ergonomia. Com o tempo, a agenda para atendimentos individuais foi fechada.

A chegada e a intensificação da pandemia

Em março de 2020, com a chegada da pandemia, todas as atividades da Fisioterapia da Saúde do Trabalhador precisaram ser avaliadas e adaptadas: oficinas foram restringidas, e o foco foi direcionado, principalmente, para orientações específicas a funcionários e situações pontuais em postos de trabalho, avaliações de PCD, e no acompanhamento das análises ergonômicas.

Em levantamento público realizado pela Fiocruz (2020), mais de 90% dos profissionais de saúde que responderam informaram que a pandemia alterou significativamente sua vida e quase 50% admitiram

excesso de trabalho, com jornadas extensas para além das 40 horas semanais. Somava-se a isso o fato de que 45% dos respondentes necessitavam de mais de um emprego para sobreviver.

Em março de 2021, em função da evolução da pandemia e do grande impacto no Estado, a Equipe da Saúde do Trabalhador percebeu ser necessário e urgente utilizar uma abordagem que contribuísse em minimizar as tensões físicas e mentais a que os profissionais da enfermagem da linha de frente ao combate à Covid-19 estavam submetidos. Foi escolhida a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que estava com sua capacidade ocupada em sua maioria com pacientes Covid.

Partiu-se do entendimento de que os profissionais da enfermagem que atuam nesta área estão submetidos a variados níveis de tensão em função da natureza de sua atividade, como atenção máxima contínua e posturas desfavoráveis durante a mobilização de pacientes. Mesmo considerando que esses profissionais têm em sua formação o preparo para as atividades de manejo de pacientes críticos, desde o início da pandemia por Covid-19, a intensificação da tensão física e mental, decorrente do óbito de pacientes, colegas e familiares, além de incertezas, receios, temores e frustrações, era ascendente. Esses sentimentos aconteciam concomitantemente à saturação do meio, visto que o adoecimento ocorria em alta velocidade e o sistema de saúde entrava em colapso.

Diante deste quadro, percebeu-se a necessidade de acolher os profissionais com uma abordagem integral, não apenas favorecendo o acesso a recursos de informação, atendimentos, medicamentos e equipamentos de proteção individual (EPIs), mas também com uma intervenção que proporcionasse um distensionamento físico e mental durante a jornada de trabalho, contribuindo para sua autoestima e para o consequente reforço de

suas condições de saúde. Assim sendo, foi planejado e realizado um processo de intervenção neste sentido, que será relatado a seguir.

O processo de intervenção na UTI Covid

A intervenção foi embasada sob a concepção da Fisioterapia preventiva, tendo-se utilizado conceitos de fisiologia, artigos sobre trabalhos sobre relaxamento e técnicas de distensionamento, respaldados pelas leis e normas regulamentadoras do trabalho, que preconizam pausas e micro pausas durante a jornada de trabalho nas situações de sobrecarga física ou mental.

O processo de intervenção foi realizado em uma sala reservada e compartilhada com outros profissionais, na UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). A UTI possui 105 enfermeiros e 350 técnicos de enfermagem. A sala é composta por uma pequena mesa de apoio, um sofá de dois lugares, duas cadeiras fixas e sem braços e uma lixeira. Também foi utilizada uma luminária de LED e uma lanterna para ambientação.

As ações integrativas e preventivas propostas foram inseridas durante a jornada de trabalho, nos três turnos, sendo dedicadas uma hora pela manhã, uma hora à tarde e uma hora e meia à noite, considerando até 15 minutos para cada atendimento.

A atividade foi divulgada por meio de cartaz fixado na sala de enfermagem da UTI e por distribuição de fichas para os profissionais interessados, de 20 a 30 minutos antes do trabalho ser iniciado.

O atendimento foi individual: o trabalhador era convidado a entrar e sentar, enquanto a fisioterapeuta fazia sua apresentação, descrevia a proposta, destacava os objetivos da atividade, adotando uma postura de compreensão e acolhimento, sobre o momento de trabalho, as incertezas, os

temores, a ansiedade, etc. Foram registrados os nomes, números de registro e e-mails dos participantes, visando contatá-los para um possível retorno.

Além das roupas próprias para unidade fechada, também foram utilizadas máscaras, toucas e luvas descartáveis. Antes de o próximo funcionário iniciar o distensionamento, cadeira e sofá eram higienizados.

Foi desenvolvido um roteiro de abordagem individual e compacta, baseado no conhecimento dos benefícios de padrões respiratórios, técnicas compressivas manuais, mobilização das fáscias e posturas com movimentos compensatórios orientados. Foram utilizadas técnicas manuais adaptadas e associadas à mobilização da cintura escapular e caixa torácica.

O roteiro do atendimento está descrito a seguir.

Roteiro do atendimento

Logo após a apresentação e registros de informações, seguiu-se o seguinte procedimento:

- O trabalhador era orientado a sentar apoiado na lombar e com os pés no chão, com joelhos a 90° em posição neutra, com as mãos apoiadas no colo.
- A iluminação do ambiente era reduzida. Era solicitada atenção na respiração e nos movimentos produzidos pela inspiração.
- O temporizador era acionado para marcar 10 minutos.
- Através do toque na face anterior superior do tórax, lateralmente, sobre as costelas e no abdômen, a fisioterapeuta destacava os padrões apical, intercostal e abdominal, aproximadamente por um minuto.
- Através da palpação da cintura escapular (trapézio, principalmente), identificava-se pontos de tensão e utilizava-se

digito compressão (baseada na técnica de compressão isquêmica), por aproximadamente um minuto.

- Na sequência, seguia-se para a cervical, com tração manual suave e intermitente e mobilização fascial na cabeça por aproximadamente um minuto e meio. Durante todo esse manejo, solicitava-se a percepção do trabalhador quanto às suas sensações físicas e orientava-se o mesmo para que informasse qualquer desconforto.
- Seguia, com suas mãos posicionadas sobre o ombro e a escápula (direita ou esquerda), acompanhando a respiração e mobilizando a escápula (por aproximadamente um minuto) e, antes de seguir para o lado contralateral, solicitava-se a percepção e comparação do trabalhador quanto ao posicionamento de seus ombros e escápulas.
- O trabalhador, na posição sentada, era orientado a afastar os joelhos e flexionar o tronco em direção aos mesmos. Nessa posição, solicitava-se uma respiração profunda com atenção para a expansão da base posterior do tórax, e, com as mãos da fisioterapeuta na lombar, realizava-se a mobilização da fáscia toracolombar, por aproximadamente um minuto.
- Concomitantemente, eram fornecidas orientações ativas que poderiam ser reproduzidas durante a jornada de trabalho. Orientava-se e solicitava-se um padrão respiratório 1:1:2 (inspiração tempo 1, apneia tempo 1 e expiração tempo 2, por aproximadamente um minuto).
- Elevação de ombros com sustentação de cinco segundos, com retorno gradativo dos ombros, tracionando os membros superiores em direção ao chão e retornando à posição inicial, por

aproximadamente 30 segundos (utilizando o lúdico, a fisioterapeuta sugeria um nome para o exercício: “tartaruga”).

- Fechamento e abertura do tórax, sem a inclusão dos ombros ou da cabeça, por aproximadamente um minuto (utilizando o lúdico, a fisioterapeuta sugeria um nome para o exercício: “tímido X poderoso”).
- Finalizava-se com compressão isquêmica, tração cervical e mobilização de fáscia por aproximadamente dois minutos. Quando o temporizador tocava, o toque era finalizado e a luz era acesa.
- Na sequência, a fisioterapeuta reforçava a importância do autocuidado durante a jornada de trabalho e oferecia um “mimo” para ser retirado de um envelope aleatoriamente: pequenos cartões com frases de reforço positivo.

Resultados e avaliação

No período de maio a dezembro de 2021, foram disponibilizados 344 horários e, destes, 342 foram utilizados e completaram o atendimento. Algumas pessoas participaram mais de uma vez dos atendimentos e 205 pessoas participaram apenas uma vez. O público participante foi constituído por 87% de mulheres e 13% de homens.

Após o atendimento, era solicitado ao trabalhador que respondesse a uma pergunta, a fim de obter a percepção do mesmo quanto à abordagem oferecida. A questão pode ser visualizada na Figura 1, a seguir.

Figura 1: Formulário para avaliação da oficina de distensionamento

Fonte: material elaborado pela autora

Sou Cristina, fisioterapeuta do trabalho da Saúde do Trabalhador.

Você participou do momento de “distensionamento com a Fisio”. Foi um prazer trabalhar com você e para que no futuro possa aprimorar ou propor atividades semelhantes, venho solicitar sua opinião/sugestões sobre esta abordagem.

Esta abordagem contribuiu com seu relaxamento físico e mental?

() não contribuiu

() contribuiu um pouco

() contribuiu parcialmente

() contribuiu significativamente

() contribuiu muito

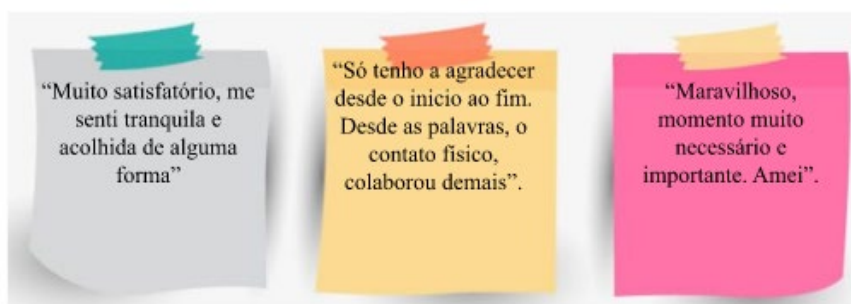
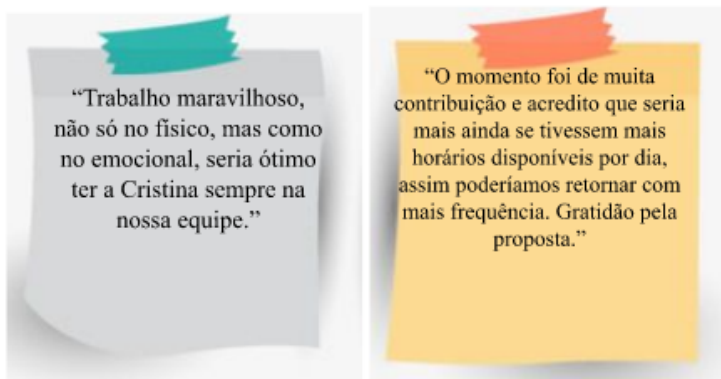
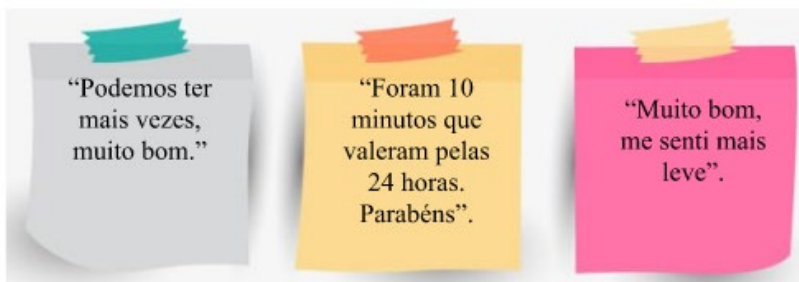
No primeiro mês, em função do pouco tempo disponível, foi solicitado que a resposta fosse encaminhada apenas por e-mail. Dos 62 participantes no período, ao final da intervenção, 100% deram um retorno positivo verbalmente. Somente uma pequena fração respondeu por e-mail (19,4% deles, também positivamente).

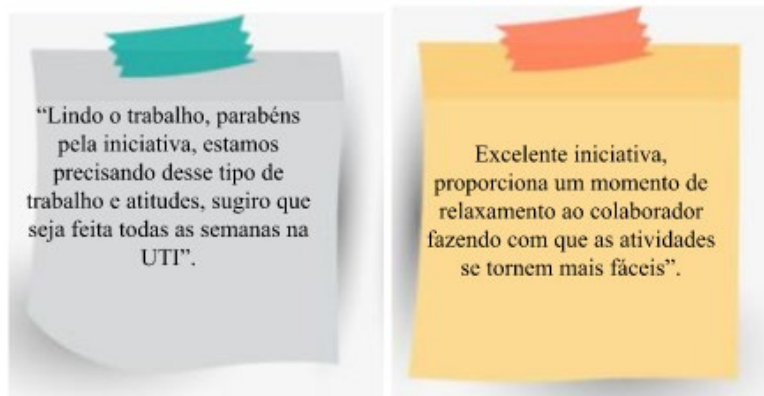
Considerou-se que as respostas por e-mail eram uma amostra muito pequena e chegou-se ao entendimento de que seria necessário colher a opinião dos participantes imediatamente ao término da intervenção.

Assim sendo, as avaliações a partir do segundo mês foram entregues ao final do procedimento, e todos os participantes responderam positivamente. A partir das respostas dos participantes, considera-se que o objetivo da abordagem foi alcançado, ao proporcionar distensionamento físico e mental aos trabalhadores envolvidos.

Além das respostas à questão, a maioria dos participantes referiu necessidade de continuar o trabalho semanalmente, em função dos estímulos

e das tensões serem contínuos na UTI, e fizeram comentários nas folhas de avaliação. Alguns comentários são muito bons, e valem ser lembrados:





Fonte: material elaborado pela autora

Considerações finais

Os resultados obtidos reforçam o que encontra-se na literatura e o que preconizam as Normas Regulamentadoras (NRs): pequenas pausas, acolhimento, técnicas manuais associadas à orientações específicas e ministradas com empatia, contribuem para a auto-estima e suporte para a força e resistência física (em momentos de grande demanda). Portanto, é pertinente promover estudos manter intervenções neste formato, para a promoção de melhor qualidade de vida no trabalho e, quiçá, fornecer elementos para avaliar a contribuição deste tipo de intervenção na diminuição ou não no absenteísmo.

Como fisioterapeuta que desenvolveu e aplicou este protocolo, relato minha profunda gratificação em ter contribuído, neste período de tantas limitações e restrições, com profunda empatia para momentos de distensionamento a estes profissionais da linha de frente ao combate a Covid-19.

REFERÊNCIAS

BAÚ, Lucy Mara Silva. **Fisioterapia do trabalho** – ergonomia, legislação, reabilitação. Curitiba: Clãdosilva, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 020, de 07 de abril de 2020. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 128/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19. 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1103-recomendac-a-o-no-020-de-07-de-abril-de-2020>

BRASIL. Ministério do Trabalho. Norma Regulamentadora nº 17, de 08 de junho de 1978. Regulamenta os artigos 175, 176, 178, 198 e 199 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme redação dada pela Lei nº 6.514, de 22 de novembro de 1977, que alterou o Capítulo V (Da Segurança e da Medicina do Trabalho) do Título II da CLT. 1978. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/norma-regulamentadora-no-17-nr-17>

BRASIL. Ministério do Trabalho. Norma Regulamentadora nº 32, de 11 de novembro de 2005. Estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à saúde dos trabalhadores dos serviços gerais, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-32.pdf>

CABALEIRO, Pablo Julio Redomero; MAGALHÃES, Andre. **Compressão isquêmica vs. Agulhamento seco no tratamento da cervicgia associada à síndrome de dor miofascial**: revisão da literatura. 2020. 17 f. Artigo (Projeto de Estágio Profissionalizante) – Licenciatura em Fisioterapia, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2020. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/9188/1/PG_31625.pdf

CINTAS, Janaína. As primeiras pesquisas sobre a Fásia. **Janaína Cintas**, 2020. Disponível em: <http://janainacintas.com.br/2020/11/21/as-primeiras-pesquisas-sobre-a-fascia/>

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Resolução nº 385, de 08 de junho de 2011. Dispõe sobre o uso da ginástica laboral pelo fisioterapeuta e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, n. 5, Seção 1, p. 87, 2011. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3148>

COSTA, Fabrício Donizete da; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 261-9, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DXLm4sxwdBNtjGcvBCSZrSJ/?lang=pt&format=pdf>

DELIBERATO, Paulo C. P. **Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2016.C

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da covid-19 no Brasil: perguntas e respostas**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, [2020?]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/perguntas_frequentes_pesquisa_fiocruz.pdf

HALL, John Edward. **Guyton & Hall: tratado de fisiologia médica**. 12. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2011.

LACOMBE, Patrícia. Entenda como a respiração correta alivia o estresse e ansiedade. **Instituto Patrícia Lacombe**, 2017. Disponível em: <http://patricialacombe.com.br/blog/entenda-como-a-respiracao-correta-alivia-o-estresse-e-ansiedade/>

LACOMBE, Patrícia. Tensão muscular: quais são os sintomas e como identificar? **Instituto Patrícia Lacombe**, 2020. Disponível em: <http://patricialacombe.com.br/blog/tensao-muscular-quais-sao-os-sintomas-e-como-identificar/>

MARTINS, Julia Santos *et al.* Empatia e relação terapêutica na psicoterapia cognitiva: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 14, n. 1, 2018. DOI: 10.5935/1808-5687.20180007

MIRANDA, Érique José Peixoto de; STANCATO, Kátia. Riscos à saúde de equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva: proposta de abordagem integral de saúde. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 1, 2008. DOI: 10.1590/S0103-507X2008000100011

NEVES NETO, Amanda Ribeiro das. Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. **Arquivos Médicos**, v. 56, n. 3, 2011. Disponível em: <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/366>

REIS, Ana Lúcia Pellegrini Pessoa dos; FERNANDES, Sônia Regina Pereira; GOMES, Almiralva Ferraz. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 4, 2010. DOI: 10.1590/S1414-98932010000400004

RUA, Ana Cristina Fernandes. Efeito da compressão isquêmica no ponto gatilho latente do trapézio superior, na magnitude de atividade muscular do complexo articular do ombro. 2015. 31 f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia – Opção Terapia Manual Ortopédica) – Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Instituto Politécnico do Porto, Porto, 2015.

SILVA, Raiana Soares de Sousa *et al.* Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 15, n. 3, 2017. DOI: 10.5327/Z1679443520170027

SOUZA, Roger Burgo de *et al.* Efeito da tração manual sobre o comprimento da coluna cervical em indivíduos assintomáticos: estudo randomizado controlado. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 18, n. 1, p. 60-6, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/YTpGCTSWcPkS3bxPMfzPmhZ/?lang=pt&format=pdf>

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020259.19562020

COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: ATUAÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

Claudio Augusto da Cunha Guimarães Junior

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa de coronavírus, até então não identificada em seres humanos. Uma semana depois, em janeiro de 2020, autoridades chinesas confirmaram a identificação de um novo tipo de Coronavírus. À doença surgida a partir da propagação e contágio do vírus, deu-se o nome de SARS-CoV-2 ou Covid-19.

Em março de 2020, dada a sua velocidade de disseminação e a dificuldade de criar barreiras a isso, o surto evoluiu para o nível de epidemia e, em poucas semanas, tomou proporções globais. Nos primeiros países afetados, um contingente gigantesco de pacientes acometidos ou suspeitos de terem a nova doença provocou uma escalada acelerada de internações hospitalares, que comprovou a insuficiência de recursos humanos para atender a demanda crescente por internações, além da precariedade, inépcia e indisponibilidade de recursos tecnológicos de certas estruturas hospitalares.

No Brasil, visto o princípio da garantia da universalidade de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), os grupos hospitalares a ele vinculados foram eleitos como referência para o atendimento de pacientes acometidos pela doença, inclusive o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), um destes grupos, em relação à disponibilidade de recursos tecnológicos para o melhor atendimento de seus pacientes, não foi diferente de qualquer outro hospital.

A Comissão de Padronização de Equipamentos e Acessórios do Grupo Hospitalar Conceição (COPEA), que tem por finalidade subsidiar tecnicamente os processos de aquisição de equipamentos da instituição, relevando sua qualidade, custo de aquisição, segurança e aplicabilidade, desempenhou papel marcante na avaliação da tecnologia disponível na instituição e na garantia do aporte tecnológico necessário, a partir desta avaliação.

Para melhor entendimento da forma de atuação e intervenção da COPEA em processos de incorporação tecnológica no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), é preciso compreender como são conduzidos os processos de aquisição de bens pela instituição.

Processo de Aquisição de Equipamentos

Este é um processo complexo, que inicia quando áreas dos Hospitais Nossa Senhora da Conceição (HNSC), da Criança Conceição (HCC), Cristo Redentor (HCR) e Fêmeina (HF), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e as 12 unidades básicas de saúde do GHC, por indicação de suas gerências, elencam as prioridades de aquisição de equipamentos, a partir da avaliação de seus parques instalados e considerando a disponibilidade de recursos orçamentários a elas destinados. Para estas definições, o Regulamento Interno de Licitações e Contratos do GHC, que dispõe sobre os seus processos administrativos de contratação, prevê que projetos, como os de aquisição de equipamentos, sejam precedidos de estudos técnicos que assegurem a sua viabilidade econômica e técnica. Parte destes estudos é conduzida pela Gerência de Engenharia e Manutenção, a quem compete a elaboração de especificações técnicas para as aquisições de equipamentos médico-hospitalares e, outra parte, pela COPEA, a quem compete definir e

padronizar equipamentos, selecionados de acordo com pré-requisitos estabelecidos pela instituição.

A gravidade do quadro de alguns pacientes acometidos pela doença evidenciou a necessidade de maior aporte de equipamentos na instituição, além de demandar que estes contassem com recursos tecnológicos superiores àqueles disponíveis até então. Em 2020, diante da evolução da pandemia no país e do quadro alarmante que assolava muitas estruturas de saúde, houve um incremento da dotação orçamentária federal, para o GHC, na ordem de R\$2,8 milhões, destinado à aquisição de equipamentos médico-assistenciais para combate à pandemia.

O GHC, além de contar com este aporte financeiro, por ser o maior grupo hospitalar do Sul do país e referência para o atendimento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 no Rio Grande do Sul, diante da expectativa de aumento dos casos mais graves da doença, agiu preventivamente criando, em janeiro de 2020, um “Gabinete de Crise”. Este Gabinete passou a elaborar e sugerir diretrizes que fundamentaram as ações do GHC no sentido de preservar a segurança de pacientes, da sociedade, da infraestrutura hospitalar e dos trabalhadores da instituição. A partir de então, foram elaborados planos de contingência que nortearam as ações da instituição, de acordo com a criticidade da evolução da pandemia, regulando a oferta de serviços para garantir a manutenção de sua qualidade.

Uma das primeiras ações do Gabinete de Crise, dada a celeridade da evolução da pandemia, foi a reorganização de processos e de estruturas assistenciais. Neste sentido, as Emergências, por serem as “portas de entrada da Instituição” para pacientes acometidos pela doença, e as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), por lidarem com o maior número de pacientes em estado grave, tiveram seus processos de trabalho e estruturas assistenciais reorganizadas.

Em julho de 2020, com o agravamento da pandemia, o setor de Emergência do HNSC passou a contar com 20 leitos Covid, inclusive para pacientes que necessitavam de ventilação mecânica. Houve ampliação do número de leitos de UTI de 59 para 75. Foi feita a abertura de 10 novos leitos no HCR, para a retaguarda de pacientes críticos “não Covid” do HNSC. Além destas readequações, foram disponibilizadas quatro enfermarias clínicas para o atendimento de pacientes com Covid, sendo uma unidade de leitos para casos suspeitos e 3 para casos confirmados, totalizando 60 leitos. A necessidade premente de aporte tecnológico para atender a reestruturação proposta nestas áreas, e a dotação orçamentária destinada ao combate ao Covid, fizeram com que os processos de aquisição de equipamentos para estas unidades fossem conduzidos com maior celeridade. Em 2020, segundo o Relatório Integrado do GHC, houve aumento nas contratações diretas (11% das contratações), que são mais céleres do que processos licitatórios como o pregão (81% das contratações do período). Essa realidade esteve significativamente associada às ações de enfrentamento à pandemia, considerando a severa instabilidade que acometeu o mercado nacional em razão da crise sanitária.

Foco de Atuação da COPEA do GHC

As readequações dos processos e estruturas assistenciais das UTIs e das Unidades de Emergência do GHC e a necessidade de ampliação do número de leitos Covid destas unidades e de não-Covid em outras unidades de retaguarda fizeram com que a COPEA focasse suas atenções no parque tecnológico disponível e no necessário para a manutenção da qualidade do atendimento nestas áreas.

A partir do estudo da Resolução RDC 07, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, e

do parque instalado destas unidades do Grupo, a COPEA passou a subsidiar tecnicamente os processos de aquisição de novos equipamentos, conforme previsto em seu regimento. Destes estudos, constatou-se a necessidade de incorporações tecnológicas para maior qualificação dos serviços, até então indisponíveis na instituição, e de outras que viabilizassem maior garantia de segurança aos profissionais das áreas.

Videolaringoscópios

Nos primeiros momentos da pandemia, a área de Engenharia Clínica foi alertada pelo Serviço de Anestesiologia do GHC que seria importante a aquisição imediata de videolaringoscópios, usados em procedimentos de intubação orotraqueal em pacientes com necessidade de ventilação mecânica e com via aérea difícil. Este foi um alerta da “*Associação de Medicina Intensiva Brasileira*”, que recomenda o uso destes equipamentos como primeira escolha na intubação durante a pandemia, principalmente em pacientes com “via aérea difícil”.

O emprego de videolaringoscópios aumenta a chance de sucesso na primeira tentativa de executar o procedimento de intubação, uma vez que o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs, como máscara e óculos de proteção) dificulta a visão do profissional em procedimentos com laringoscópios convencionais (Figura 1), o que aumenta seu tempo de exposição às vias aéreas do paciente e, como consequência, seu risco de contaminação.

Figura 1: Laringoscópio rígido em procedimento de intubação orotraqueal



A maior eficácia do procedimento guiado por vídeo e a maior distância que o profissional pode manter da via aérea do paciente (Figura 2) diminuem as chances de contágio entre os profissionais do setor.

Figura 2: Videolaringoscópio em procedimento de intubação orotraqueal



A atuação multiprofissional entre Engenharia Clínica, Coordenação de Anestesiologia do Hospital Fêmina e Coordenação do Plano de Aquisições viabilizou a introdução desta tecnologia, até então indisponível, na instituição. Dada a inovação e melhoria tecnológica proposta por este equipamento, a COPEA, usando de sua prerrogativa de atuação, recomendou a disponibilização de tal recurso nos setores onde pacientes em estado mais grave eram atendidos (Figura 3).

Figura 3: Vídeolaringoscópios adquiridos durante a pandemia

UNIDADE HOSPITALAR	SETOR	QUANTIDADE	INVESTIMENTO
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	UTI ÁREA I	1	
	EMERGÊNCIA	1	
	CENTRO OBSTÉTRICO	1	
	UPA	1	
	CENTRO CIRÚRGICO	1	
HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO	UTI NEONATAL	1	
	CENTRO CIRÚRGICO	1	
HOSPITAL CRISTO REDENTOR	EMERGÊNCIA	1	
	CENTRO CIRÚRGICO	2	
HOSPITAL FÊMINA	UTI	1	
	CENTRO CIRÚRGICO	1	
NÚMERO DE EQUIPAMENTOS ADQUIRIDOS e INVESTIMENTO TOTAL		12	R\$1.161.487,17

A partir da pandemia, entende-se que o uso de laringoscópios rígidos convencionais será substituído, como técnica padrão de intubação de vias aéreas difíceis, por vídeolaringoscópios e endoscópios flexíveis. Portanto, as aquisições representam um aporte tecnológico que qualificará ainda mais a assistência à população. Hoje, tais equipamentos têm sido utilizados, inclusive, em treinamento de profissionais no Laboratório de Simulação Realística do GHC, espaço multiprofissional e interdisciplinar, em que alunos recebem aprendizado diferenciado, voltado para a vivência de situações simuladas em relação às da realidade encontrada nos cenários de saúde, o que denota a importância da incorporação dos mesmos para adoção em protocolos futuros de atendimento na instituição. Além disto, publicações médicas indicam que treinamento apropriado e o raciocínio ágil, frutos da

educação continuada, podem salvar vidas nas raras, porém catastróficas, situações de via aérea difícil na prática clínica.

Ventiladores Pulmonares

Um equipamento indispensável nas UTIs e Emergências, no combate à pandemia, é o ventilador pulmonar invasivo, pois o vírus do Covid ataca, em um primeiro momento, o sistema respiratório. Em estágios mais graves da doença, pacientes podem ser intubados e submetidos à ventilação mecânica, quando o equipamento passa a desempenhar funções de seus sistemas respiratórios.

Da análise dos equipamentos disponíveis no GHC, constatou-se a obsolescência de alguns e a incapacidade dos mesmos em suprir as necessidades daqueles pacientes mais críticos. Havia, também, uma incapacidade quantitativa de atender a expansão do número de leitos que foi necessária nos momentos mais críticos da pandemia. Em reuniões convocadas pela COPEA, que contaram com a participação de profissionais da Engenharia Clínica, da Gerência de Materiais e das áreas fins (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas), foram definidas as características mínimas necessárias para novos equipamentos a serem adquiridos.

Pode-se afirmar que, desta atuação colaborativa entre as áreas, fez-se a aquisição de 35 novos ventiladores pulmonares, que viabilizaram aporte tecnológico significativo nas áreas assistenciais, além da ampliação do número de leitos durante a pandemia.

Figura 4: Aquisição de Ventiladores Pulmonares Invasivos

UNIDADE HOSPITALAR	SETOR	QUANTIDADE	INVESTIMENTO
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	UTI AREA II	12	
	GERÊNCIA UNIDADES DE INTERNAÇÃO	8	
	EMERGÊNCIA	10	
HOSPITAL CRISTO REDENTOR	UTI CENTRAL	5	
NÚMERO DE EQUIPAMENTOS ADQUIRIDOS e INVESTIMENTO TOTAL		35	R\$2.201.150,00

Pré-Qualificação de Equipamentos

O Regulamento Interno de Licitações e Contratos do GHC prevê, em seu artigo LXXXVIII, a **Pré-Qualificação** como procedimento que visa identificar bens que atendam exigências técnicas e de qualidade, mediante a demonstração e avaliação em uso dos mesmos, nos mais diversos setores da instituição, antes que sejam incorporados em processos de licitação de compra e/ou aluguel e/ou comodato.

Neste contexto, a partir de estudos do parque instalado, de solicitações de demonstrações de equipamentos feitas por empresas externas, de solicitações de pré-qualificação encaminhadas pelas gerências do GHC e das demandas recorrentes de aquisição de novos equipamentos, a COPEA vem identificando e atuando na pré-qualificação de inúmeros tipos de equipamento. As contratações e aquisições posteriores aos processos de pré-qualificação, de bens demonstrados, avaliados e aprovados em uso, agregaram e vêm agregando assertividade e qualidade às aquisições de equipamentos do GHC, tendo representado, em 2021, mais da metade do volume financeiro das contratações de equipamentos, segundo o Relatório Integrado do GHC de 2021.

Durante a pandemia, a atuação da COPEA nestes processos foi intensificada, tanto para viabilizar a incorporação de novos equipamentos com a urgência que era necessária, quanto para garantir a avaliação local daqueles que estavam sendo demonstrados e avaliados em processos de pré-qualificação.

Como resultado desta ação, processos de pré-qualificação foram concluídos (Figura 5) e viabilizaram a aquisição de vários equipamentos durante a pandemia.

Figura 5: Processos de pré-qualificação concluídos

PROCESSOS DE PRÉ-QUALIFICAÇÃO CONCLUÍDOS					
Pre Qualificação	Proc. PQ	Fluxo	Descrição dos Itens	Data Inicial	Data Homologação
001/2018	-	-	URETEROSCÓPIO FLEXÍVEL	10/08/2018	26/10/2018
002/2018	1095/18	1632625	TORRE DE VÍDEO E ENDOSCÓPIOS	14/09/2018	11/12/2018
003/2018	1097/18	1670922	LAVADORA DE ENDOSCÓPIOS	17/09/2018	26/01/2019
005/2018	1448/18	1632639	CAMAS HOSPITALARES	03/12/2018	11/02/2020
009/2018	1485/18	1639039	ECOGRAFOS PORTÁTEIS	11/12/2018	02/09/2019
001/2019	0015/19	1656738	SISTEMA DE VIDEOLAPAROSCOPIA	07/01/2019	06/02/2020
004/2019	0434/19	1753617	ECOGRAFOS FÍXOS	23/04/2019	27/04/2020
008/2019	0349/19	1885388	APARELHO DE ANESTESIA	22/08/2019	07/10/2020
005/2020	1319/20	2312222	MONITOR FETAL - CARDIOTOCÓGRAFO - GEMELAR	12/11/2020	26/07/2021
007/2021	1009/21	2509475	APARELHO DE GASOMETRIA (Testes Laboratoriais Remotos) SEM OXÍMETRIA	22/07/2021	05/01/2022
007/2021	1009/21	2509475	APARELHO DE GASOMETRIA (Testes Laboratoriais Remotos) COM OXÍMETRIA	22/07/2021	05/01/2022
002/2021	0517/21	2428500	OXÍMETRO DE MÃO	17/04/2021	07/01/2022
002/2021	0517/21	2428500	OXÍMETRO DE MESA	17/04/2021	07/01/2022
003/2021	0518/21	2428502	SISTEMA DE DIGITALIZAÇÃO DE IMAGENS PARA EQUIPAMENTOS DE RAIOS-X MÓVEL (25x30)CM	17/04/2021	20/04/2022
009/2021	1005/21	2507499	MONITOR MULTIPARAMÉTRICO PARA USO EM SALA DE RESSONÂNCIA	23/07/2021	20/04/2022
001/2021	356/21	2408568	CONJUNTO ELÉTRICO PARA NEUROCIRURGIA - CRANIOTOMO, DRILL E TRÉPANO - USO GERAL	23/03/2021	03/05/2022

Sistemas de Videolaparoscopia

Apesar de restrições de acesso aos hospitais do GHC, e de redução de alguns atendimentos durante a pandemia, visto que os esforços da instituição se focaram no atendimento de pacientes acometidos pela doença, alguns serviços mantiveram rotina muito próxima daquela anterior à pandemia. Entretanto, a necessidade de redução do tempo de internação de pacientes fez com que algumas áreas, como os centros cirúrgicos, voltassem suas atenções para a substituição de tecnologias obsoletas, buscando, com a inovação tecnológica, garantir mais segurança e eficiência nos procedimentos e redução dos tempos de internação pós-cirúrgicos. Neste processo, a atuação da COPEA, contando com a dedicação e participação efetiva de profissionais dos Centros Cirúrgicos do HNCS e do HF, viabilizou a pré-qualificação e aquisição de sistemas de videolaparoscopia modernos (Figura 6).

Figura 6: Sistemas de Videolaparoscopia Adquiridos após Pré-Qualificação

UNIDADE HOSPITALAR	SETOR	QUANTIDADE	INVESTIMENTO
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	CENTRO CIRÚRGICO	6	
HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO	CENTRO CIRÚRGICO	1	
HOSPITAL FÊMNA	CENTRO CIRÚRGICO	2	
NÚMERO DE EQUIPAMENTOS ADQUIRIDOS e INVESTIMENTO TOTAL		9	R\$3.589.123,24

As inovações propostas por estes sistemas em muito contribuíram para a redução dos tempos de cirurgia e internação de pacientes, além de permitirem a realização de novos e importantes procedimentos na instituição, até então indisponíveis à população, o que fica de legado para a comunidade que recorre aos serviços do GHC.

Camas Hospitalares

O processo de pré-qualificação destes equipamentos, que vinha sendo conduzido por equipe multiprofissional (arquiteta, técnicos de manutenção, engenheiros, equipes de enfermagem), foi necessário devido à identificação de obsolescência do parque instalado da instituição, principalmente em setores onde são tratados pacientes mais críticos e que permanecem por mais tempo internados. A partir da qualificação de equipamentos, foi viabilizada a substituição de todo o parque instalado das UTIs do Hnsc e do HCR, e de alguns equipamentos das Emergências dos hospitais. Com o aporte tecnológico, também foi possível a ampliação do número de leitos Covid e não Covid.

Além de atender as demandas impostas pelo agravamento da pandemia nas áreas mais críticas, estes bens serviram e servirão para qualificar inúmeros outros setores do GHC (Figura 7 e Figura 8).

Figura 7: Camas hospitalares elétricas adquiridas após processo de pré-qualificação

UNIDADE HOSPITALAR	SETOR	QUANTIDADE	INVESTIMENTO
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	GERÊNCIA UNIDADES DE INTERNAÇÃO	131	
	GERÊNCIA INTERUNIDADES	19	
	UPA	1	
HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO	INT CIRURGICA 1 AND	1	
HOSPITAL CRISTO REDENTOR	UTI CENTRAL	19	
	POSTO 4A QUEIMADOS	10	
	GERÊNCIA UNIDADES DE INTERNAÇÃO	5	
HOSPITAL FÊMNA	EMERGÊNCIA	1	
	CENTRO OBSTÉTRICO	4	
	POSTO 4 ANDAR	1	
	POSTO 5 ANDAR	1	
	POSTO 6 ANDAR	1	
NÚMERO DE EQUIPAMENTOS ADQUIRIDOS e INVESTIMENTO TOTAL		194	R\$3.844.774,21

Figura 8: Camas hospitalares elétricas para Centro de Hematologia e Oncologia

UNIDADE HOSPITALAR	SETOR	QUANTIDADE
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	GESTÃO ONCOLÓGICA	88

Ecógrafos Portáteis e de Grande Porte

A pandemia fez com que o uso de alguns equipamentos médico-hospitalares fosse intensificado, devido à alta transmissibilidade do vírus em ambientes críticos, onde a exposição precisava ser mitigada e os procedimentos de diagnóstico realizados com maior agilidade. Os ecógrafos portáteis, equipamentos utilizados à beira leito em UTIs e Emergências, desempenharam papel marcante no auxílio ao diagnóstico, visto que são e foram utilizados para a avaliação da progressão da doença em pacientes enfermos, além de em outros procedimentos.

Por serem equipamentos utilizados em ambientes onde a propagação do vírus é alta, além de ser indispensável que tenham tecnologia capaz de garantir a qualidade exigida na realização dos exames à beira leito, devem ser facilmente higienizáveis, reduzindo os riscos de contaminação hospitalar. Tais exigências foram apontadas quando da avaliação das áreas da instituição que participaram da pré-qualificação, sendo elas: UTIs, Controles de Infecção, Bloco Cirúrgico, Pneumologia e Emergências.

Deste trabalho, resultou a incorporação de Ecógrafos Portáteis nas UTIs, Centro Cirúrgicos, Emergências, UPA, dentre outros setores da Instituição (ver Figura 9), provendo recurso tecnológico amplamente utilizado durante a pandemia, o que pode ser comprovado nos inúmeros artigos publicados sobre sua utilização.

Figura 9 - Ecógrafos Portáteis Adquiridos após Pré-Qualificação

UNIDADE HOSPITALAR	SETOR	QUANTIDADE	INVESTIMENTO
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	UTI AREA I	1	
	UTI AREA II	3	
	EMERGENCIA	1	
	CENTRO CIRURGICO	1	
	PNEUMOLOGIA	1	
	UPA	1	
HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO	CENTRO CIRURGICO	1	
HOSPITAL CRISTO REDENTOR	UTI CENTRAL	1	
	UTI 2C	1	
	EMERGENCIA	1	
	CLINICA DE APOIO	1	
HOSPITAL FÊMINA	EMERGENCIA	1	
	CENTRO CIRURGICO	1	
	CENTRO OBSTETRICO	1	
NÚMERO DE EQUIPAMENTOS ADQUIRIDOS e INVESTIMENTO TOTAL		16	R\$3.829.000,00

Além dos dispositivos portáteis, a pré-qualificação de ecógrafos de grande porte, na Radiologia do HCC, resultou na aquisição de equipamentos que garantiram a qualificação do parque instalado de mais de um setor da instituição, do HNSC e HF. Segundo artigo publicado no “*Portal Setor Saúde*”, estima-se que haverá um aumento de produção do setor de Radiologia do HNSC, beneficiado com a aquisição de 2 equipamentos após a pré-qualificação realizada no HCC, na ordem de 30%, a partir destas aquisições.

Figura 10: Ecógrafos de Grande Porte Adquiridos Após Pré-Qualificação

UNIDADE HOSPITALAR	SETOR	QUANTIDADE	INVESTIMENTO
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	RADIOLOGIA	2	
HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO	RADIOLOGIA	2	
HOSPITAL FÊMINA	RADIOLOGIA	1	
NÚMERO DE EQUIPAMENTOS ADQUIRIDOS e INVESTIMENTO TOTAL		5	R\$1.159.928,00

Aparelhos de Anestesia

Durante os piores momentos da pandemia, mesmo diante da indisponibilidade de alguns equipamentos, visto que plantas fabris mundiais tiveram suas operações comprometidas, a demonstração de equipamentos em pré-qualificação foi mantida. Esta situação foi observada durante a pré-qualificação de Aparelhos de Anestesia em Centros Cirúrgicos que, mesmo com restrições no atendimento, mantiveram seus serviços e puderam avaliar tecnologia mais atual. A conclusão do processo permitiu, posteriormente, aporte tecnológico nestas áreas e em outras, onde o uso do equipamento se faz necessário (ver Figura 11).

Figura 11: Aparelhos de anestesia adquiridos após pré-qualificação

UNIDADE HOSPITALAR	SETOR	QUANTIDADE	INVESTIMENTO
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	CENTRO CIRÚRGICO	4	
	HEMODINÂMICA	1	
HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO	CENTRO CIRÚRGICO	2	
HOSPITAL CRISTO REDENTOR	CENTRO CIRÚRGICO	1	
	RADIOLOGIA	1	
HOSPITAL FÊMINA	CENTRO CIRÚRGICO	1	
	CENTRO OBSTÉTRICO	1	
NÚMERO DE EQUIPAMENTOS ADQUIRIDOS e INVESTIMENTO TOTAL		11	R\$3.343.528,54

Considerações Finais

A luta contra o coronavírus evidenciou a necessidade de inovação e incorporação tecnológica em algumas áreas do GHC. Além disto, a expansão de leitos para melhor resposta no combate à pandemia passou a ser encarada como um possível legado a ser deixado para melhor prestação de serviços à população. A expectativa de aumento definitivo do número de leitos de UTI após a pandemia e a proximidade da conclusão das obras de construção do Centro de Oncologia e Hematologia exige que a COPEA intensifique suas ações no sentido de avaliar e incorporar novas tecnologias. Acredita-se que as dificuldades impostas durante a pandemia, quando as áreas assistenciais se depararam com uma realidade que lhes mostrou, muitas vezes, a

indisponibilidade de recursos eficazes e necessários, farão com que haja uma preocupação ainda maior quando da avaliação e solicitação de novos recursos tecnológicos.

Diante desta realidade, processos de pré-qualificação foram abertos e estão em andamento, visando conhecimento de novas tecnologias e melhor definição dos quesitos técnicos necessários para garantir a manutenção de um atendimento de qualidade à população. As dificuldades impostas durante a pandemia deixarão como legado para a instituição e seus profissionais a importância na assertividade de suas avaliações e escolhas de novos recursos, o que norteará cada vez mais os processos de pré-qualificação abertos e os que serão abertos a partir desta realidade.

A gravidade da pandemia exigiu céleres avanços tecnológicos por parte da indústria médico-hospitalar, o que fez com que novos produtos e recursos em produtos já existentes fossem incorporados nos seus portfólios de equipamentos, o que exige uma preocupação ainda maior daqueles que demandam estas tecnologias. Neste contexto, a expectativa de que cada vez mais setores avaliem as tecnologias submetidas a processos de pré-qualificação – contribuindo efetivamente nas novas incorporações tecnológicas da instituição – fará com que futuras aquisições sejam norteadas pela busca constante da qualidade.

CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM DA ESCOLA GHC: EXPERIÊNCIA DE ADAPTAÇÃO CURRICULAR PARA A MODALIDADE VIRTUAL

Dinara Dornfeld, Cecília Biasibetti Soster, Fernanda Miranda Seixas Einloft,
Michele da Rosa Ferreira, Carolina Melo Römer

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) constituiu-se como referência do Ministério da Saúde na avaliação e desenvolvimento de novas tecnologias e de execução de políticas estratégicas do sistema de saúde, além da sua responsabilidade social com a formação de novos trabalhadores para atuarem em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Curso Técnico em Enfermagem da Escola GHC¹ foi criado em 2009, sob custeio do Ministério da Saúde. É oferecido gratuitamente e tem como concepção político-pedagógica formar profissionais, mediante uma educação transformadora, com enfoque no cuidado centrado nas necessidades do usuário, no trabalho em equipe, pautado por práticas cuidadoras e no compromisso com o fortalecimento do SUS, tendo como perspectiva a formação cidadã.

Nesse pressuposto, a matriz curricular do curso está embasada no ciclo de vida do indivíduo e nas necessidades de saúde da população, sendo transversalizada pelos temas de integralidade da atenção e do trabalho em rede. É constituída por cinco Eixos Temáticos: Políticas Públicas de Saúde; Fundamentos de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Desenvolvimento Humano e Tecnológico; Estágio Curricular. Estes eixos são norteadores da organização dos conteúdos a serem trabalhados ao longo dos quatro semestres do curso. A carga horária total é de 1.800 horas, sendo 1.200 horas teóricas e 600 horas de estágio curricular.

¹ A Escola GHC pertence à Gerência de Ensino e Pesquisa GHC, sendo esta uma das unidades que compõem a rede de serviços do Grupo Hospitalar Conceição.

O estágio curricular se desenvolve dentro das dependências do GHC, a partir do primeiro semestre do curso, acompanhando a complexidade da teoria apresentada em cada semestre, com supervisão efetiva e permanente de um enfermeiro supervisor de estágio. Tem como objetivo oportunizar que o discente conheça os serviços de saúde, a organização e os processos de trabalho das equipes multiprofissionais, bem como a realização de atividades práticas que caracterizam o exercício do processo de trabalho do técnico de enfermagem em situações reais. Esse movimento possibilita ao discente relacionar o conhecimento teórico-prático no cuidado de enfermagem ao paciente, à família e à comunidade em cenários da atenção primária e serviços hospitalares.

O corpo docente é formado por profissionais do GHC (enfermeiras e outros profissionais da saúde e de outros campos de conhecimento), que têm sua carga horária compartilhada entre assistência e a docência, sendo esta uma característica diferenciada do curso. A experiência adquirida a partir do cotidiano da prática assistencial dos docentes, aliada à sua formação acadêmica, tem sido enriquecedora para os espaços teóricos e as práticas do curso.

Este trabalho visa compartilhar a experiência de adaptação do processo de formação, da modalidade presencial para a não presencial, das aulas no Curso Técnico em Enfermagem da Escola GHC, motivada pela pandemia por COVID-19.

Contextualização da adaptação do curso presencial para o formato virtual

Frente à declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS) de pandemia de COVID-19, em 11 de março de 2020, diversas recomendações foram desenvolvidas e testadas, sendo o distanciamento social a medida mais

concreta e amplamente defendida pela OMS para o controle da disseminação do COVID-19. Dessa forma, dentre as iniciativas governamentais para impedir aglomerações de pessoas, foi determinada a suspensão das aulas presenciais, afetando diretamente as instituições de ensino.

Em cumprimento à determinação governamental (Medida Provisória nº 934 de 1º de abril de 2020²; Portaria nº 376, de 3 de abril de 2020³), o Curso Técnico em Enfermagem da Escola GHC precisou revisar a matriz curricular para as duas turmas em andamento - Turma 8 (2018/2020) cursando o 4º semestre; Turma 9 (2019/2021) cursando o 2º semestre - a fim de viabilizar a adaptação das aulas da modalidade presencial para o meio virtual de ensino, bem como ajustar a carga horária obrigatória do estágio curricular para a conclusão do curso.

Inicialmente, foi realizado um minucioso trabalho de análise dos conteúdos que poderiam ser abordados na modalidade virtual, e os conteúdos que, obrigatoriamente, deveriam ser desenvolvidos presencialmente, especialmente, as práticas de laboratório. Desse modo, as atividades presenciais (práticas) da Turma 9 foram transferidas para o semestre subsequente, ou seja, o 3º semestre. Para ajustar a carga horária do 3º semestre, que ficaria extrapolada com a referida transferência de conteúdos, foram então identificados quais conteúdos teóricos poderiam ser adiantados para abordagem ainda no 2º semestre, sem prejuízos no processo de ensino-aprendizagem dos discentes.

² BRASIL. Ministério da Educação. Medida Provisória nº 934, de 1º de abril de 2020. Estabelece normas excepcionais sobre o ano letivo da educação básica e do ensino superior decorrentes das medidas para enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.

³ BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 376, de 3 de abril de 2020. Dispõe sobre as aulas nos cursos de educação profissional técnica de nível médio, enquanto durar a situação de pandemia do novo coronavírus - Covid-19.

Em relação à carga horária de estágio, que na matriz curricular constam 600 horas, amparou-se pelo Parecer Normativo nº 001/2019⁴ do Conselho Federal de Enfermagem, que estabelece a “carga horária mínima de 400 horas para o estágio obrigatório dos Cursos Técnicos em Enfermagem em todo o país”. Fundamentado nessa legislação, foi decidido que as duas turmas em andamento concluiriam o curso com 408 horas de estágio. Considerando o contexto da pandemia, entendeu-se que não haveria prejuízos na formação dos discentes da Turma 8, que cursavam o 4º semestre. O percurso formativo em campo de estágio desses discentes, até aquele momento, lhes possibilitou vivências suficientes para que pudessem realizar os procedimentos e demais práticas preconizadas para esta formação. A proposta de adaptação da matriz curricular, com redução da carga horária de estágios e adequação dos conteúdos teóricos para o meio virtual, foi submetida à apreciação do Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão do GHC⁵, que deliberou a favor da referida proposta.

A datar das adaptações curriculares, as docentes do curso precisaram buscar conhecimento e se apropriar dos ambientes virtuais de aprendizagem. A plataforma de ensino disponibilizada pela Escola GHC foi o *Moodle*. Trata-se de um modelo em *software* livre utilizado para a criação de cursos *online*, sendo uma alternativa importante no enfrentamento do problema imposto pela pandemia. Ele concentra, em um único espaço, todas as informações relativas ao curso. No *Moodle* eram disponibilizados os materiais referentes a cada temática a ser trabalhada: arquivos de texto, *links*, vídeos, áudios, imagens, gráficos, bem como atividades avaliativas.

⁴ CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Parecer Normativo 001/2019. Estabelece carga horária mínima para estágios supervisionados em cursos técnicos de Enfermagem.

⁵ BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão do GHC (CSEP GHC). Portaria nº 113/2020.

Figura 1: Equipe do Curso Técnico em Enfermagem elaborando conteúdos para as aulas virtuais

Fonte: ensinoepesquisa.ghc.com.br.



À medida que as docentes experimentavam os diferentes recursos desta plataforma, foram selecionados aqueles que possibilitavam a maior integração entre discentes e docentes e favoreciam a construção horizontal e compartilhada do conhecimento. O objetivo sempre foi construir o saber de forma dialógica, evitando a transmissão de conhecimento, no formato da educação bancária.

Essa preocupação demandou das docentes exaustiva elaboração de material a ser apresentado nos mais diversos formatos. A produção de vídeos com as docentes do curso comentando os conteúdos ou, muitas vezes, demonstrando alguns procedimentos técnicos e cuidados de enfermagem logo surgiu como uma necessidade. Para dar mais identidade aos vídeos, produzidos exclusivamente para os discentes do curso, uma vinheta de

abertura foi criada. Ela introduziu cada atividade proposta em formato MP4 e contou com a identidade visual da Escola GHC e deste Curso Técnico em Enfermagem.

Figura 2: Videoaulas com demonstração de procedimentos de enfermagem.
Fonte: as autoras.



Observou-se também a demanda por parte dos discentes de esclarecimentos em relação às atividades propostas. Algumas delas não foram facilmente compreendidas no momento da apresentação da tarefa. Para minimizar as dificuldades quanto ao uso das tecnologias por parte dos discentes, foram utilizados como estratégia vídeos tutoriais, produzidos e filmados pelas docentes e enviados pelo *WhatsApp*. Este aplicativo serviu como um canal de contato direto entre docentes e discentes. Áudios, vídeos e mensagens de texto foram encaminhados para os discentes, bem como dúvidas e perguntas sobre as atividades eram acolhidas por esta ferramenta.

Dois programas para edição de vídeos foram utilizados, ambos disponibilizados gratuitamente e escolhidos por se apresentarem como *softwares* mais amigáveis para as docentes, que ainda não tinham experiência nesta prática. Eles ofereciam múltiplos recursos de efeitos e

filtros, que qualificaram os vídeos para o curso, permitindo: a inclusão da vinheta, a correção de erros e falhas durante as gravações e o uso da criatividade por parte das docentes. Além destes recursos, foram utilizados também aplicativos de gravação para *Smartphone*, que permitiram a gravação, a edição e o compartilhamento de áudios de forma rápida e prática.

Foi criado um canal no *YouTube* da Escola GHC, plataforma na qual eram postados vídeos produzidos pelas docentes do curso. O *YouTube* permite que os usuários coloquem seus próprios vídeos na rede, sendo visualizados por qualquer pessoa no mundo inteiro. Atualmente é uma das plataformas mais aceitas pelos educadores, no âmbito mundial, para compartilhar vídeos educacionais.

Aulas síncronas, utilizando dispositivo de reuniões/conferências *on-line*, *Webex*, constituíram-se como alternativa que mais se aproximava do encontro que acontecia presencialmente antes da pandemia. Os encontros virtuais eram avisados com antecedência pelo *WhatsApp*, seguindo o calendário proposto, para que os discentes conseguissem se organizar para o acesso. Na Turma 8, em média, 95% dos discentes participaram das aulas síncronas, enquanto que na Turma 9, a frequência ficou por volta de 60%. Esta última tinha mais discentes com limitações na acessibilidade à internet. A sala de aula virtual possibilitou uma interação muito interessante, que com o uso de outras ferramentas não era viável. Foi um encontro de vozes, olhares e pensamentos muito potente para uma prática mais dialógica do processo de ensino-aprendizagem.

As chamadas telefônicas também foram um recurso utilizado pelas docentes para contato com os discentes nas seguintes situações: orientações sobre o novo formato do curso, esclarecimentos de dúvidas, acolhimento de dificuldades e escuta de angústias. Quando identificadas necessidades que

transcendessem a capacidade de resolução pelas docentes, era solicitado acompanhamento do profissional de apoio discente. Esse suporte foi fundamental para acompanhar e contribuir para a resolução de situações complexas, bem como prestar apoio contínuo ao discente em sua trajetória formativa.

Dentre as principais adaptações nos processos formativos do curso, pode-se citar:

- Aperfeiçoamento docente para utilização das plataformas virtuais de ensino e aprendizagem;
- Desenvolvimento das aulas virtuais em formatos variados para atender às necessidades dos discentes e do curso;
- Diversificação dos métodos avaliativos para acompanhar o desempenho discente;
- Alteração no formato de entrega dos trabalhos de Conclusão de Curso (suspensão da obrigatoriedade de entrega de cópia física do trabalho).

Acompanhamento do desempenho das turmas

O ambiente do *Moodle* possibilitou o monitoramento do desempenho dos discentes. A revisão de relatórios de acesso e de conclusão das atividades permitiu identificar se o discente tinha acessado todos os materiais postados, quantas visualizações aconteceram, se tinha realizado as atividades, se a conclusão havia ocorrido no tempo determinado, e as notas ou pareceres das avaliações das respectivas atividades. A partir desses dados, foram construídas planilhas de acompanhamento dos processos (data da postagem do conteúdo no *Moodle*, tempo para acesso ao material e conclusão da tarefa proposta para cada aula, prazo para avaliação da tarefa pela docente) e de acompanhamento individual dos discentes. Todas essas

informações foram fundamentais para o Fórum Avaliativo do curso, que consiste em um espaço onde o discente é avaliado de forma integral, para além dos aspectos de conhecimento técnico, sendo considerados: habilidades relacionais, postura ética e desenvolvimento ao longo do semestre.

Foram critérios do Fórum Avaliativo para a avaliação do desempenho discente:

- Participação e comprometimento:
 - O discente interessa-se pelos conteúdos e programações do curso;
 - Questiona e aponta sugestões;
 - Participa das discussões, estabelecendo diálogo sobre o assunto com os colegas e docentes;
 - Realiza todos os trabalhos escolares propostos com zelo, qualidade (coerência conceitual e aprofundamento do conhecimento) e pontualidade, inclusive aqueles não avaliados formalmente no semestre.
- Normas disciplinares e postura ética:
 - O discente acessa periodicamente e apresenta pontualidade na conclusão das tarefas;
 - Cumpre as normas da instituição;
 - Justifica os atrasos e ausências;
 - Pratica atitudes respeitadas para com todos e com tudo na instituição;
 - Apresenta disponibilidade para trabalhar em equipe e para interagir com novas ferramentas de ensino/aprendizagem.

Quadro 1: Síntese do processo avaliativo da Turma 8 do Curso Técnico em Enfermagem da Escola GHC
 Fonte: as autoras

TURMA 8	
Período do Curso: 4º Semestre Número de discentes matriculados: 27 Período letivo: 27/02/2020 até 30/06/2020	Carga horária total: 428 horas (dispensado estágio - 156 horas) Carga horária presencial: 58 horas Carga Horária de ensino remoto: 214 horas Carga Horária de estágio: 6 horas
Requisitos para aprovação (Fórum Avaliativo): Cumprimento mínimo de 75% das atividades propostas via Moodle; Entrega e aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso; Execução com aproveitamento mínimo de 70% das avaliações realizadas via Moodle.	
Considerações O fórum avaliativo da Turma 8 constou de 2 momentos. No primeiro, 22 discentes foram aprovados. Aos demais (5 discentes) foi oportunizado um período para recuperação, estes foram reavaliados e aprovados no segundo fórum avaliativo, após terem desenvolvido, de forma satisfatória, as atividades pendentes. Os principais motivos para reprovação no primeiro fórum avaliativo foram: ausência da entrega do Trabalho de Conclusão de Curso e cumprimento das atividades propostas inferior a 75%. Outras considerações: Seis horas de estágio curricular e 58 horas de atividades teóricas foram cursadas antes do decreto que suspendeu as aulas presenciais. Um discente apresentou muitas dificuldades para se organizar no desenvolvimento das atividades em meio virtual e necessitou do acompanhamento do Apoio Discente.	

Quadro 2: Síntese do processo avaliativo da Turma 9 do Curso Técnico em Enfermagem da Escola GHC
 Fonte: as autoras

TURMA 9	
Período do Curso: 2º Semestre Número de discentes matriculados: 26 Período letivo: 27/02/2020 até 27/07/2020	Carga horária total: 324 horas Carga horária presencial: 52 horas Carga Horária de ensino remoto: 272 horas Carga Horária de estágio: 0 horas
Requisitos para aprovação (Fórum Avaliativo): Cumprimento mínimo de 75% das atividades propostas via Moodle; Execução com aproveitamento mínimo de 70% das avaliações realizadas via Moodle.	
Considerações No fórum avaliativo da Turma 9, 13 discentes foram aprovados, 7 discentes foram reprovados em três eixos temáticos por não terem cumprido o mínimo de atividades propostas e o mínimo de aproveitamento nas avaliações, 3 discentes foram reprovados em dois eixos temáticos pelos mesmos motivos já apresentados. Outras considerações: Cinquenta e duas horas de atividades teóricas foram cursadas antes do decreto que suspendeu as aulas presenciais. Foi identificada uma baixa frequência nos acessos virtuais de alguns discentes desta turma. Eles foram contatados pelas docentes (por email, Whatsapp ou telefone), ao longo do semestre, com o objetivo de identificar suas necessidades e auxiliá-los, dentro do possível, no desenvolvimento das atividades do curso. O Apoio Discente foi acionado para suporte de 13 discentes. Onze discentes contataram a secretaria do curso comunicando dificuldades de acesso às aulas remotas. A desigualdade no acesso à internet e às tecnologias da informação foram temas de discussão entre as docentes do curso e a coordenação da Escola GHC. Dois discentes, justificando razões de ordem pessoal, optaram por não seguir o curso nesta modalidade virtual e recuperar o segundo semestre, concomitante ao 3 semestre, no mesmo formato que no semestre em desenvolvimento.	

Formatura da Turma 8 em meio virtual

No dia 13 de agosto de 2020, foi realizada a cerimônia de outorga de título aos formandos do Curso Técnico em Enfermagem da Turma 8 (2018/2020) da Escola GHC, que ocorreu em meio virtual, com transmissão pelo canal da Escola GHC no *YouTube*.

A decisão de realizar a solenidade transmitida pelas mídias digitais foi motivada pelo desejo de proporcionar aos discentes e docentes do curso a possibilidade de, mesmo à distância, celebrar a conclusão desta trajetória de formação.

Figura 3: Registro da formatura, transmitida pelo Youtube
Fonte: *Youtube* Escola GHC



A solenidade contou com a presença virtual do presidente do Coren-RS, que destacou a importância do momento, não somente pela utilização da tecnologia para viabilizar a cerimônia, mas também pela formação de profissionais, técnicos de enfermagem, que estavam sendo essenciais para o momento vivido pela sociedade em função da pandemia.

A paraninfa da turma, em seu discurso, recordou momentos marcantes que influenciaram na construção da identidade de cada um dos discentes. Também salientou o momento vivido, que exigiu de todos

reinvenções e transformações, e reafirmou a certeza de que os formandos do curso Técnico em Enfermagem da Escola GHC estavam preparados para este enfrentamento.

Os formandos também receberam a mensagem do diretor-presidente do GHC, Cláudio Oliveira, que lhes parabenizou pela dedicação que tiveram com esta formação, desejando-lhes muito sucesso na carreira profissional.

Avaliação e percepções dos discentes quanto ao semestre virtual

Ao final do semestre, os discentes das duas turmas foram convidados a avaliar a experiência do desenvolvimento do curso adaptado para a modalidade virtual. Foi encaminhado a eles um questionário, que tinha como objetivo conhecer suas percepções e necessidades, bem como obter informações que contribuíssem para o desenvolvimento das atividades para o 3º semestre da Turma 9.

Por compreender que o primeiro semestre de 2020 se apresentou de forma atípica, com a imposição de mudanças importantes, que exigiram esforço e adaptação de todos, algumas perguntas do questionário buscaram entender, de forma mais ampliada, as realidades destes discentes e identificar suas dificuldades.

O questionário foi desenvolvido a partir dos *Formulários Google*, e o *link* de acesso foi encaminhado via *WhatsApp* para os 53 discentes matriculados. Após uma semana, o *link* foi novamente encaminhado. Quarenta e três questionários (81%) foram respondidos. Entre os que responderam, 20 discentes (46,5%) estavam matriculados na Turma 8 e 23 discentes (53,5%) estavam matriculados na Turma 9.

A primeira parte do questionário abordou perguntas sobre o contexto pessoal, uma autoavaliação sobre o seu desempenho e as dificuldades enfrentadas ao longo do semestre. Vinte e nove (54,7%) discentes avaliaram

como péssimo ou regular seus sentimentos em relação à mudança no formato do curso para a modalidade virtual. Trinta discentes (56,6%) descreveram como bom, muito bom ou excelente sua habilidade com o uso de recursos tecnológicos. Uma taxa que chamou atenção foi que treze (24,5%) discentes afirmaram que sua habilidade para uso destes recursos era regular ou péssima.

Sobre a disponibilidade de acesso à internet e recursos tecnológicos, a maioria dos discentes afirmou ter acesso à internet e dispor de computador em sua casa. Trinta e cinco (66%) discentes afirmaram ter utilizado o computador para realização das atividades e vinte e nove (54,7%) afirmaram ter utilizado o *Smartphone* para o mesmo fim. Apenas quatro (7,5%) discentes afirmaram ter utilizado *tablet* nesse processo.

Quando convidados a avaliar sobre o semestre que estava sendo concluído, dezenove discentes (44%) avaliaram seu aprendizado no semestre como bom. Vinte e um discentes (48%) avaliaram o seu aproveitamento do semestre como ruim ou regular, enquanto vinte e dois discentes (52%) avaliaram como bom ou muito bom. Vinte e cinco discentes classificaram como boa a experiência com o uso do *Moodle*.

Com o objetivo de aprimorar a comunicação entre discentes, docentes e rede de apoio aos discentes, eles foram convidados a avaliar a qualidade da comunicação ao longo do semestre. Trinta e seis discentes (83%) avaliaram a comunicação com as docentes como boa, muito boa ou ótima. Apenas um discente avaliou negativamente a comunicação com as docentes. Trinta e sete discentes (86%) consideraram bom, muito bom ou ótimo o apoio recebido das docentes; seis discentes (13%) avaliaram como regular o apoio prestado.

A fim de atender às necessidades discentes sem comprometer a qualidade da formação e, uma vez que o recrudescimento da pandemia pela

COVID-19 sinalizava para a manutenção do ensino remoto, os discentes da Turma 9 foram questionados quanto às expectativas para o próximo semestre. Sessenta e três por cento deles afirmaram não ter interesse em cursar uma formação sob educação à distância; 59% avaliaram a possibilidade de trancamento do curso no próximo semestre; 60% dos discentes não concordavam com mais um semestre inteiro de aulas à distância. Por outro lado, 65% concordavam com um semestre com currículo híbrido (encontros virtuais e presenciais).

Para melhor entendimento, foram realizadas algumas perguntas abertas com o objetivo de visualizar e compreender como os discentes estavam se sentindo naquele momento. Quando solicitado que descrevessem quais foram as experiências positivas na sua vida neste semestre, identificou-se relatos sobre a superação motivada pelo desafio de usar uma nova tecnologia, inclusive com um relato em que o discente referiu sentir-se mais confiante na utilização de recursos digitais. Alguns discentes descreveram como positiva a experiência com os conteúdos virtuais, destacando sua qualidade. A flexibilidade de horários para acompanhamento das aulas e a autonomia dos discentes proporcionada pelos métodos de ensino utilizados foram pontos importantes identificados nos relatos. Alguns discentes valorizaram a possibilidade de prosseguir no processo de formação e não ter ficado ocioso neste período de distanciamento. Entretanto, dois relatos despertaram a atenção, pois os discentes não foram capazes de identificar uma única experiência positiva neste período.

Sobre as experiências negativas, foram identificados relatos referentes a dificuldades na compreensão dos conteúdos, impossibilidade dos momentos práticos e dos estágios nos campos de prática. Dificuldades de adaptação ao formato virtual ou acesso à internet, a falta de um espaço para estudos em casa também foram dificuldades identificadas. Seis discentes

relataram a falta da interação com colegas e docentes, proporcionada pelo encontro presencial, como a principal experiência negativa do semestre virtual.

Os discentes foram convidados a descrever, resumidamente, sua experiência com o semestre na modalidade virtual. Entre os relatos, foram identificadas expressões de cansaço ou desânimo em relação ao período, contudo, também houve algumas falas relacionadas a superação e adaptação. Foi possível observar em seus comentários uma postura compreensiva relacionada ao novo formato de ensino-aprendizagem imposto pela pandemia. Alguns viram a experiência de forma mais proveitosa que outros, o que pode ser atribuído ao contexto social em que se inserem, não somente ao curso.

É importante, ao longo de uma formação de nível técnico, a compreensão por parte do corpo docente das limitações e das diferenças entre os discentes, o entendimento de que o desempenho deles é influenciado, não somente pela capacidade cognitiva, mas também pelo contexto social em que está inserido. Cabe ao docente e à equipe do curso, buscar alternativas para ofertar ensino de qualidade em meio a esse contexto.

Continuidade do curso em formato híbrido

O terceiro semestre da Turma 9 teve início em 12 de setembro de 2020. A programação inicial previa o desenvolvimento de encontros virtuais (aulas teóricas) e encontros presenciais (práticas de laboratório e estágio curricular).

O desenvolvimento dos estágios aconteceria nos meses de outubro a dezembro de 2020. Entretanto, por conta do agravamento da pandemia, os encontros presenciais foram, novamente, postergados. O currículo, mais uma

vez, precisou ser adaptado e conteúdos teóricos do 4º semestre foram antecipados, como a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso.

No dia 28 de outubro de 2020, após longo tempo de encontros à distância, aconteceu o primeiro encontro presencial, quando as docentes realizaram a revisão de práticas/procedimentos de enfermagem. Para o retorno, foi estruturado um plano de contingência para prevenção, monitoramento e controle da transmissão da COVID-19. No plano estavam previstas diversas orientações, critérios e determinações, como a divisão da turma em pequenos grupos (práticas de laboratório e estágios), o uso permanente de máscara e protetor facial e respeito ao distanciamento espacial preconizado.

Figura 4: Retomada das atividades presenciais - aula para revisão de práticas
Fonte: ensinoepesquisa.ghc.com.br



Apesar da liberação da diretoria do GHC para que o Curso retomasse os estágios, o acelerado aumento nos casos de contaminação e de

mortes pela COVID-19 desestimulou o corpo docente para esse retorno. Havia um temor da exposição dos discentes durante os estágios nas unidades assistenciais. Somado a isso, nesse período, a turma perdeu uma colega em função da doença, deixando todos ainda mais sensibilizados e apreensivos.

Finalizada a carga horária teórica do 3º semestre, o curso teve uma interrupção temporária⁶. A carga horária pendente do estágio curricular do referido semestre foi retomada em abril de 2021, quando, finalmente, foi autorizada a vacinação contra a COVID-19 para os discentes do curso.

No período de abril a setembro de 2021, inicialmente, foram concluídos os estágios do 3º semestre e, na sequência, desenvolvido o 4º e último semestre do curso. As aulas teóricas aconteceram nos formatos presencial e virtual, conforme a necessidade de abordagem dos conteúdos.

No dia 14 de outubro de 2021, no Auditório Jahyr Boeira de Almeida, foi realizada a cerimônia de outorga de título aos formandos do Curso Técnico em Enfermagem da Turma 9 (2019/2021) da Escola GHC. A solenidade, ocorrida de forma híbrida, observou as recomendações sanitárias e protocolos institucionais de prevenção da Covid-19, presencialmente, com público reduzido, e transmitida ao vivo no canal da Escola GHC no *Youtube*.

Ainda desafiados pelas restrições da pandemia, foi possível a conclusão do processo formativo de mais uma turma. Depois de muitos encontros (presenciais e virtuais), de muitos acessos (às plataformas digitais e aos recursos tecnológicos), da volta aos estágios para praticar o que foi construído junto, mas a distância, a formatura foi realizada! Um marco importante para os novos técnicos e técnicas de enfermagem, que saíram do auditório com o compromisso ético e social de cuidar das pessoas; para as

⁶ Durante esse período as enfermeiras docentes do curso foram solicitadas para compor as equipes das áreas assistenciais, que estavam deficientes em função dos afastamentos pela COVID-19

docentes que desenvolveram uma forma inovadora de ensinar; e para a Instituição que manteve o seu compromisso de formar trabalhadores da saúde para o SUS mesmo em um momento pandêmico.

É necessário destacar que os esforços empenhados para a formação destes novos Técnicos em Enfermagem impactam positivamente na sociedade, uma vez que: transformam vidas individuais, tendo em vista que possibilita às pessoas a inserção no mercado de trabalho com melhoria na renda; reduz a precarização do trabalho a partir da profissionalização dos discentes; amplia a força de trabalho para a saúde (ainda mais necessária neste momento); qualifica o cuidado na medida em que todo o processo formativo foi responsavelmente planejado e executado pelas docentes e pela Escola GHC.

Figura 5: Solenidade de formatura em formato híbrido

Fonte: ensinoepesquisa.ghc.com.br



Considerações finais

O desafio do uso das tecnologias para ensinar colocou, em movimento de pesquisa, as docentes deste curso técnico. Experimentou-se muitas das exigências do ensinar, quais sejam: a pesquisa dos novos recursos e como utilizá-los; o risco que essa novidade trouxe na construção docente, como falhas e erros na programação de algumas atividades; a aceitação do novo, tanto pelo corpo docente como pelos discentes; a reflexão crítica diária sobre a prática de ensinar, com muita discussão e elaboração entre as docentes; o respeito à autonomia dos discentes; a humildade no reconhecimento de que alguns conhecimentos não eram de seu domínio; curiosidade e ousadia no desafio diário de se arriscar no uso de uma nova ferramenta virtual; a generosidade entre as docentes de se ajudar mutuamente no novo desafio, bem como entre discentes de compartilhar as dificuldades e os caminhos encontrados; um comprometimento de docentes e discentes com o acesso à plataforma, realização das atividades e *feedbacks*; a exigência da escuta e do diálogo, uma vez que, fora os sentimentos provocados pela própria pandemia, as angústias e as ansiedades impostas pelo uso de tecnologias desconhecidas trouxeram a necessidade de encontros virtuais com os alunos para além da abordagem de conteúdos. Experimentou-se o quanto o educador precisa querer bem aos seus educandos e o quanto ensinar exige alegria e esperança. Os tempos de pandemia demonstraram como uma relação horizontal e próxima entre docentes e discentes facilita o enfrentamento do isolamento, da distância e das angústias sentidas e vividas.

Este relato apresentou o uso do ambiente virtual de aprendizagem, em uma situação emergencial, imposta pelo distanciamento físico exigido pela pandemia. Qualquer que seja a metodologia utilizada em processos de

ensino-aprendizagem, os melhores resultados foram encontrados naquelas que proporcionaram a construção do conhecimento de forma coletiva e dialógica. A convivência física, não sendo possível em um momento de isolamento espacial, foi substituída por ferramentas que possibilitaram o “convívio virtual” entre docentes e discentes. Nesta perspectiva, conclui-se, com esta experiência, que uma aula “viva” pode acontecer a partir do uso de inúmeras tecnologias, mas aquelas que ofertam dispositivos de encontros, especialmente os síncronos, mostraram-se mais potentes, uma vez que a construção do conhecimento acontece na coletividade da sala virtual, de forma interativa e dialógica.

Levando em consideração as especificidades da formação em enfermagem de nível técnico, como a necessidade do treino para realização de procedimentos, desenvolvido em laboratório e campos de prática, o desenvolvimento de um curso de formação dessa categoria profissional não pode ser pensado, na sua integralidade, no formato virtual. Por outro lado, a utilização de ferramentas tecnológicas (*Moodle, WhatsApp, YouTube*), em resposta a uma necessidade do Curso, devido à pandemia do COVID-19, evidenciou seu potencial como recurso para o processo educativo e, portanto, seguirá sendo utilizado de forma complementar, conforme previsto no Projeto Pedagógico do Curso.

AMBIENTE VIRTUAL: NOVAS TECNOLOGIAS NA PRÁTICA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA NAS ENFERMARIAS

Andréia Lorenzoni, Carolina Melo Römer, Fernanda Londero

As novas tecnologias permitem o acesso às informações do mundo inteiro em tempo real (HELD e MCGREW, 2003). Com a notícia do início da pandemia por SARS-CoV-2 (Covid-19), fomos informados sobre uma tragédia mundial. A globalização potencializou a disseminação do vírus, o que aumentou a complexidade de contenção das infecções. Diante da inicial ausência de vacinas e da falta de mecanismos terapêuticos eficazes, a estratégia de distanciamento social foi apontada como a mais importante intervenção para o controle da Covid-19, exigindo inúmeras adaptações sociais (LIMA e CAPONI, 2020).

Em pouco tempo, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) se tornou referência no combate à Covid-19, e para tal tivemos que remodelar estratégias que eram eficazes antes da pandemia: modificamos nossas vidas, nosso modo de pensar e de agir, nossos relacionamentos, nossos trabalhos, enfim, nosso cotidiano. A assistência de enfermagem não podia cessar, ao contrário. Naquele momento, o mundo todo percebeu como o profissional de enfermagem era fundamental, pois os cuidados em saúde eram intensos e, por vezes, exaustivos. Novos protocolos e fluxos chegavam a todo instante, porém, havia dificuldades na replicação dessas informações visto que a comunicação se tornara quase que exclusivamente virtual. Não podíamos realizar reuniões nem treinamentos presenciais como fazíamos antes da pandemia.

Com o objetivo de manter a educação continuada voltada para os profissionais de saúde na área assistencial, foi iniciada uma promissora jornada no sentido de levar conhecimento e atualização de forma segura,

concisa e atualizada. A seguir, vamos narrar a trajetória do Núcleo de Educação Continuada das Enfermarias do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), nascido em tempos de pandemia.

A Educação Continuada e a necessidade de reformulação na pandemia

A educação continuada é um conceito de aprendizagem que consiste na ideia da constante qualificação do indivíduo, seja no âmbito acadêmico, profissional ou pessoal; é considerada componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições. (PEDOTT, 2012).

Anteriormente, estava atrelada a um mero processo de aperfeiçoamento técnico-profissional. Atualmente, vem sendo entendida de forma mais ampla: um processo educativo formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo, de revitalização pessoal e profissional, de modo individual ou coletivo, que busca qualificação, postura ética, exercício da cidadania, conscientização, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos, para uma *praxis* crítica e criadora.

Segundo Torres e Viana (2005), a área da saúde requer constante atualização, devido à grande evolução tecnológica e científica, buscando a excelência na qualidade do atendimento aos pacientes. A educação continuada é essencial à formação e desenvolvimento de pessoas nas organizações. Oguisso (2000) afirma que, sendo o capital humano o elemento mais importante no funcionamento de qualquer empresa, grande ou pequena, pública ou privada, ele deve ser objeto de análises permanentes e de adequação de funções para melhorar a eficiência do trabalho, a competência profissional e o nível de satisfação do pessoal. No entanto, trata-se de um processo lento, porém gradual, que exige mudança de cultura,

visto que a atualização profissional na área da saúde é dinâmica. Necessita da disponibilidade dos trabalhadores para o diálogo, pois é primordial considerar o saber adquirido pelo profissional nas experiências de trabalho. A valorização desse saber permite apontar com maior propriedade a realidade do serviço, estimulando no processo de educação continuada a troca mútua de experiências, a criação de novo saberes, a modificação e qualificação da prática.

O GHC é reconhecido como um importante centro de ensino-aprendizagem, por ser uma instituição de saúde voltada à educação e à pesquisa. Antes da pandemia existiam diversas estratégias voltadas para a educação continuada: aos colaboradores eram ofertados cursos nas modalidades presenciais e virtuais, promovidos em sua maioria por sua Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP).

Com a chegada da pandemia, as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) foram para que se adotassem medidas contra a propagação do vírus SARS-CoV-2. Assim, as autoridades adotaram o isolamento e o distanciamento social como formas de prevenção, uma vez que a contaminação ocorre pelas vias respiratórias por meio de gotículas salivares e pelo contato com superfícies contaminadas. As limitações impostas pelo distanciamento social impactaram profundamente nos processos de trabalho dos profissionais na instituição. Tudo o que era feito de forma presencial, como reuniões, encontros, palestras, treinamentos, foi proibido por serem consideradas como atividades não essenciais.

A forma humanizada de construir vínculos e conhecimento ficou prejudicada, os profissionais totalmente equipados passaram a ser considerados possíveis contaminantes, o modo de trabalhar e relacionar-se no ambiente de trabalho mudou muito. Paradoxalmente, a reorganização

institucional para o enfrentamento da pandemia exigia treinamentos e capacitações quase que diariamente. As enfermarias do HNSC, antes organizadas por especialidades, durante a pandemia perderam seu *status*. As equipes assistenciais precisaram se adaptar e relembrar a formação generalista, pois passaram a atender pacientes com as mais diversas comorbidades. Era necessário relembrar e treinar o básico, além de buscar novas tecnologias. A partir daquela demanda, a responsável técnica (RT) de enfermagem do HNSC buscou colaboradores para formar o Núcleo de Educação Continuada nas Enfermarias, com objetivo de resgatar a cultura de capacitação e atualização do conhecimento, de uma forma dinâmica e acessível a todos, o que vinha funcionando muito bem nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) da instituição. Então surgiram as páginas edu_enfermariashnsc em duas redes sociais (*Facebook®* e *Instagram®*).

Criando o grupo de trabalho

Tendo como inspiração o projeto de educação continuada desenvolvido pela UTI do HNSC, que havia iniciado suas publicações quatro meses antes (novembro de 2020), também com intuito de proporcionar meios de atualização profissional durante a pandemia, as assistentes da Coordenação de Enfermagem das unidades de internação do HNSC convidaram alguns profissionais enfermeiros para fazer parte de um grupo de trabalho para a promoção de educação continuada nas unidades de internação do HNSC.

O grupo, liderado pela assistente da responsável técnica, e com apoio das assistentes de coordenação, passou a se reunir semanalmente, e criou-se então o Núcleo de Educação Continuada das Enfermarias, apelidado de “Educa”. Pouco se sabia como se daria o trabalho a ser desenvolvido. As reuniões iniciais aconteciam na sala de reuniões da UTI, tanto para

organização do grupo quanto para a criação do conteúdo. Os enfermeiros eram convidados através da percepção de qualificação das suas chefias imediatas. Esse modo de seleção compôs um grupo em que alguns profissionais estavam motivados para o projeto, enquanto para outros parecia apenas agregar uma nova função. Nesse contexto, a constituição de um grupo de trabalho, empenhado, dedicado e que acreditasse no potencial desta atividade foi desafiadora. Alguns compareceram a um ou dois encontros e não se sentiram em condições de seguir, outros nunca chegaram a participar de uma reunião. As demandas assistenciais naquele momento eram muitas, vivíamos ondas de aumento e diminuição dos casos de Covid-19 na instituição, e para muitos, pensar em educação continuada naquele contexto era negligenciar a assistência. Mas era sim um projeto promissor.

Nas reuniões iniciais foram determinados os primeiros passos para o projeto, como: a autorização formal da instituição para a criação das páginas em redes sociais, a divulgação, a criação de *avatares*, os aplicativos a serem utilizados, o desenvolvimento da pesquisa de opinião para levantar as necessidades dos serviços, entre outras demandas. Com muito empenho e desenvolvimento de diversas habilidades dos profissionais participantes, logo foi possível a criação de uma página dinâmica e interativa.

Ao longo do projeto houve consideráveis mudanças dos membros do “Educa”, e com isto aprendemos que motivação pessoal é o componente principal para a realização de um projeto.

Criando um ambiente virtual

Nas últimas duas décadas, têm-se intensificado a utilização de redes sociais para a divulgação científica. Esse tipo de atividade nos ambientes virtuais pode favorecer uma maior propagação de informações confiáveis, contribuindo para maior difusão da ciência e da tecnologia. Além

disso, tais iniciativas podem auxiliar a população na busca do conhecimento científico e invalidar as *fake news*, que são muito comuns no meio virtual. Ao ser divulgada, a ciência contribui para a formação de cidadãos mais críticos e capazes de melhor se posicionarem, política e socialmente (SOUZA e FIGUEIREDO, 2021).

O Núcleo de Educação Continuada, após alguns encontros, optou por criar uma página em duas redes sociais: o *Facebook*® e o *Instagram*®, visto que essas ferramentas tecnológicas virtuais e suas possibilidades interativas estreitam as relações, permitindo e facilitando o acesso ao conhecimento de forma simples, compreensível e célere.

O uso das redes sociais para educação em saúde é uma estratégia que demonstra avanço, pois é um forte meio de comunicação, que utiliza formas atrativas, como imagens e vídeos. Possibilita o interesse do público jovem, que é quem mais utiliza essas redes, o que pode permitir o uso do conhecimento em momentos futuros desta geração (PRYBUTOK e RYAN, 2015). O *Instagram*®, por sua vez, segundo a *Social Media Trends* (2018) foi a mídia social que apresentou o maior crescimento e se consolidou como a segunda mais usada no Brasil (SOARES *et al*, 2019).

Devido ao *Facebook*® e o *Instagram*® explorarem bastante o elemento visual, e inspirado no trabalho pioneiro realizado pela UTI do HNSC, o grupo pensou em criar dois *avatares* para serem representantes do Núcleo. Os *avatares* foram criados através de aplicativos específicos e foram nomeados: Neri e Flor, fazendo referência às pioneiras da enfermagem no Brasil e no mundo: Anna Justina Ferreira Nery e Florence Nightingale (Figuras 1 e 2).

Figura 1: Avatares do Núcleo de Educação Continuada das Enfermarias do HNSC no Facebook®



Figura 2: Perfil do Núcleo de Educação Continuada das Enfermarias do HNSC no Instagram®



Produzindo conteúdo

Criada a página e desenvolvidos os *avatares*, era necessário iniciar a produção de conteúdo para publicação. A primeira postagem realizada foi a apresentação dos *avatares* para divulgação das páginas. Como ponto de partida, foi criado um questionário (Figura 3) no *Google Forms*, onde buscou-se conhecer melhor o usuário das páginas, bem como suas necessidades e interesses relacionados à educação continuada. Após a captação dos dados, os resultados foram tabulados e apresentados aos usuários na próprias redes sociais.

Figura 3: Resultado da pesquisa para identificação de necessidades e interesses de temas para abordagem nas redes sociais do Núcleo de Educação Continuada das Enfermarias do HNSC



A partir daí, redirecionamos o trabalho com foco nos futuros conteúdos a serem postados. Alguns temas foram priorizados, outros foram

acrescentados devido à urgência de repasse de informações com intuito de conter primeiramente a pandemia.

A missão era elaboração dos conteúdos. Nas reuniões, os membros discutiam como seriam realizadas as postagens, de que forma, com qual abordagem, qual tema seria priorizado, assim várias dúvidas e dificuldades começaram a surgir.

O grupo contou com o auxílio da assistente de RT para juntos conseguirem escalonar prioridades e solucionar conflitos, pois sendo as enfermarias compostas por vinte e três unidades diferentes, muitas rotinas eram distintas. Existiam muitos temas sugeridos pelos usuários, mas por outro lado também teriam que ser repassadas informações assistenciais perdidas, além de novas atualizações frente ao enfrentamento da pandemia.

Escolhido o conteúdo a ser divulgado, o Núcleo elegia um responsável para iniciar uma rápida pesquisa científica. Conforme o assunto, buscava-se atualizações e curiosidades, normas e técnicas, rotinas institucionais, etc, buscando sempre a maior quantidade possível de informações relevantes acerca do tema tema.

Foi necessário buscar apoio em documentos institucionais, como por exemplo, os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) institucionais, bem como em outras áreas e serviços da instituição, como o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Laboratório e Banco de Sangue, além de protocolos e informações institucionais relevantes, fornecedores e fabricantes, dentre outros.

Após consolidar todas as informações, estas necessitavam ser transformadas em conteúdo digital e para tal, foi necessário o domínio da informática. Depois de algumas pesquisas sobre ferramentas para produção deste tipo de conteúdo, foi eleito o Canva®, um programa que auxilia na montagem dinâmica e dá um toque visual mais descontraído às publicações.

O material produzido era exibido ao grande grupo, para apreciação e contribuições. Todos os integrantes opinavam sobre a futura postagem, além de passar pelo consentimento de alguma área afim, conforme o tema. Tão logo eram realizadas as alterações, e com consentimento da RT, o tema era publicado nas redes sociais, com as devidas referências utilizadas.

Engajamento e resultados

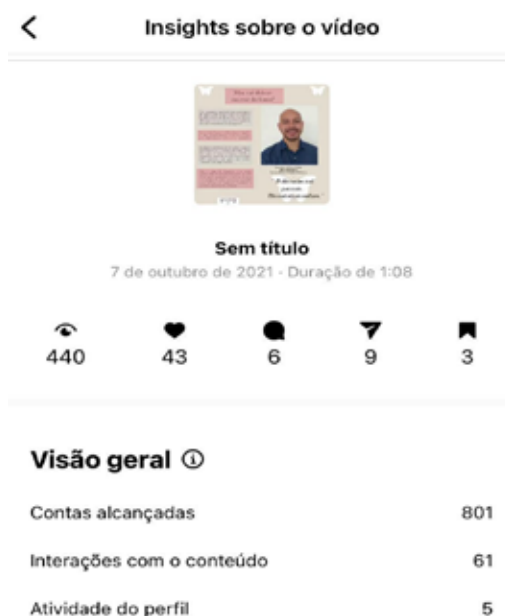
Atualmente, já foram realizados vários tipos de postagens e repasse de informações institucionais relevantes, reiniciando um trabalho que foi perdido durante a pandemia e incluindo os treinamentos *in loco*.

Em pouco mais de um ano desde sua criação, o perfil do edu_enfermariashnsc possui 1.354 seguidores no *Instagram*® e 2.082 amigos no *Facebook*®, contamos com 136 publicações realizadas entre março/2021 à maio/2022 e seguimos publicando semanalmente⁷.

Para utilizar esta ferramenta, foi necessário adequar a linguagem de forma que a leitura fosse rápida e concisa. Com o passar dos meses, a estratégia de criar novos tipos de interações com os seguidores e abordagem diversificada dos temas, gerou um aumento nas afiliações. Por ser uma página comercial, é possível acompanhar o alcance, a interação e o engajamento de cada postagem, conforme mostra a Figura 4.

⁷ Dados coletados em 12/11/2022.

Figura 4: Dados de alcance e interações de uma das postagens



O *post* desta imagem alcançou 801 contas; destas, esta publicação foi visualizada 440 vezes, seja por acessarem o perfil do “Educa”, seja por compartilhamento, ou por olharem o *feed* de novas publicações. O alcance é uma estimativa, então não é um número exato. Assim sendo, é possível que parte das 801 contas que acessaram essa publicação não foram contas que seguiam o “Educa”, mostrando a possibilidade de alcançar pessoas desconhecidas e difundir o conhecimento publicado.

No *Facebook*® contamos com 2.82 amigos. É importante salientar que, embora as postagens sejam exatamente iguais em ambas as redes, observamos diferenças no perfil e no engajamento do público. A interação e o engajamento no *Instagram*® é maior. Inferimos que pelo fato de o público que a utiliza ser mais jovem e interativo. Essa impressão corrobora com notícias acerca da plataforma, que referem que o *Facebook*® ainda é a

maior rede social do mundo, porém não é mais uma rede jovem, que atualmente está desgastada e com futuro incerto (Nadir P. e Braz M, 2022).

A divulgação do “Educa” foi realizada com apoio das coordenações das áreas através do aplicativo *WhatsApp*® e de cartazes que foram distribuídos por todo o HNSC, bem como de publicações nas redes sociais pessoais dos membros do grupo, em que convites para interação foram enviados para as páginas pessoais de inúmeros profissionais. Algumas dificuldades como o *marketing* ainda hoje ser feito em grande parte, pelos integrantes do grupo através das suas redes sociais pessoais e pelos seguidores para outros seguidores, provoca certo atraso para que outras pessoas tomem conhecimento da existência do perfil. Nas visitas do grupo para treinamentos *in loco*, observamos que, mesmo com toda a divulgação realizada ao longo deste ano e meio de existência das páginas do “Educa”, ainda existem muitos profissionais que não as conhecem.

Recentemente, lançamos outro questionário através do *Google Forms*, para verificar se os seguidores das páginas estão tendo êxito em se atualizar e adquirir conhecimento (já que esse é o objeto do projeto), se os *posts* estão acessíveis e, novamente, saber quais os temas sugeridos para a produção de novos conteúdos.

O “Educa” chamou a atenção e serviu de referência para a construção de páginas de outros serviços, como a Emergência, o Centro Cirúrgico, o Centro de Diagnóstico e Imagem, a Hemodiálise, a Escola GHC e o Hospital Cristo Redentor.

Os resultados mostram que, apesar das dificuldades, o “Educa” é uma iniciativa positiva no que tange à educação continuada. O acesso às informações de forma rápida e dinâmica é relevante na busca por informações de qualidade e por atualização profissional. Para a assistência ao paciente, é notória a qualificação dos profissionais, que podem aprimorar

o atendimento. Um estudo realizado por Bandeira Neto et al. (2018) demonstrou resultados satisfatórios em atingir o público utilizando a rede social para promoção de educação em saúde. O “Educa” também é referência institucional para a divulgação das mais diversas atividades que ocorrem na instituição, como por exemplo: capacitações *in loco* dos serviços especializados, alertas do gerenciamento de risco, semana de enfermagem, entre outros.

Considerações finais

A globalização possibilita a ampliação dos padrões educacionais, proporcionando o aumento nos níveis de sapiência. A aplicação de ambientes virtuais promove a construção de conhecimento, fomenta a autonomia e desenvolve habilidades, além de representar excelente oportunidade de capacitação profissional. Segundo Freire (1999), o papel fundamental do educador reside em dialogar sobre situações concretas, e percebe-se que a tecnologia se adapta muito bem a isso quando se trabalha com simulações virtuais ou se interage na internet.

Com ênfase na aprendizagem e solução de problemas, a implantação do Núcleo de Educação Continuada nas enfermarias é, sem dúvidas, um marco importante para a qualificação das equipes assistenciais. Com a flexibilização das medidas restritivas relacionadas à pandemia, o Núcleo tem como objetivo promover espaços presenciais de aprendizado, bem como busca ativa das demandas do serviço. Percebemos que as experiências presenciais ofertadas, mesmo que limitadas, motivaram significativamente os profissionais a engajarem-se no projeto “Educa”.

Ainda com barreiras a serem quebradas, é possível minimizar limitações do projeto como, por exemplo: o acesso de rede *online* disponível e/ou pouca habilidade dos profissionais com o uso das redes sociais.

Sublinhamos que um dos aprendizados dessa experiência está relacionado à importância do apoio institucional: não basta dispor de tecnologia e qualificação, habilidades e boa vontade dos profissionais; o que torna possível o labor é considerar a educação continuada como inerente ao trabalho, dispondo de carga horária própria e espaço adequado. Isto sim assegura que o desenvolvimento dos trabalhadores seja uma prática institucional e, portanto, com maiores chances de sucesso.

Referências

NASCIMENTO, Kamila. **Simbiótica** - Revista Eletrônica, 2020 - periodicos.ufes.Br

HELD, David; MCGREW, Anthony G (2003). **The global transformations reader: an introduction to the globalization debate**. Polity Press.Cambridge, Oxford, and Boston

CAPONI, Sandra (2020). **Não existe salvação individual na pandemia de Covid-19**.Boletim Especial ANPOCS, São Paulo,n.8.

PEDOTT, K. **A Importância da Educação Continuada na Instituição Hospitalar**. Monografia apresentada como requisito à obtenção do grau de Especialista em Gestão Hospitalar e Serviços de Saúde, pela Universidade do Contestado de Concórdia. CONCÓRDIA, 2012.

TORRES, S.M.S; VIANA, M.C.O. **Necessidade de educação continuada para profissionais de nível médio em enfermagem em um pronto socorro infantil do município de Natal/RN**. Nursing, 2005.

OGUISSO T. **A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial**. Nursing (Edição Brasileira) 2000.

BOHER, Ricardo Schlatter. **Motivação: abordagem crítica da teoria de Maslow pela propaganda**. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v.21, n.4, p.43-47, out./dez. 1981.

SOUZA, L.M. Figueiredo R. S. **Desdobramentos Pedagógicos da Utilização do Instagram® para a Promoção da Educação Ambiental**. REVISTA INTERDISCIPLINAR SULEAR, ano 04, número 9-abril/2021-[ISSN: 2595-8569]

PRYBUTOK, G.; RYAN, S. Social media: **The Key to Health Information Access for 18- to 30-Year-Old College Students**. CIN: Computers Informatics Nursing, vol. 33, no. 4, p. 132-141, apr. 2015.

SOARES L.C.C, Melo A. S. L, Santos A.A, Braga A. G.D, Silva C.P . **Utilização das mídias sociais para educação em saúde pela LAPFITO: do *Instagram* a oficinas de saúde e a interação entre academia e comunidade**. Departamento de Ciências da Vida - Universidade do Estado da Bahia– UNEB, Brasil. 2019.

BANDEIRA NETO; Pinto, Ebenézer et al. **Utilização de mídias digitais como meio de educação** em saúde no contexto de emergências: extensão universitária. Cidadania em Ação: Revista de Extensão e Cultura, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 47-58, dez. 2018

NADIR, Patricia e BRAZ, Marcos. **Afinal, o *Facebook*® está “flopando”? Leia o que dizem os números...**06.fev.2022. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/tecnologia/afinal-o-facebook-esta-flopando-leia-o-que-dizem-os-numeros/>>

A ATUAÇÃO DO ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTAS EM TEMPO DE COVID-19

Ana Helena Dias Pereira dos Santos Ulbrich, Ana Paula Fabbris Andreatta, Jocielle Gheno, Patrícia Fisch, Roberta Cristina Petry, Thaise da Silva Nunes

O Escritório de Gestão de Altas (EGA) foi criado em setembro de 2017. Na época, o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) contava com o auxílio de um consultor do Ministério da Saúde que trabalhava a problemática da superlotação da emergência e sugeriu que os gestores voltassem seus olhares também para as unidades de internação, com a intenção de aumentar a rotatividade dos leitos, dando maior vazão às internações dos pacientes na emergência da instituição. Sendo assim, o EGA tem como objetivos diminuir o tempo de internação hospitalar, melhorar a qualidade assistencial, monitorar as reinternações não eletivas em trinta dias, melhorar a comunicação entre os profissionais, aprimorar o trabalho em equipe, aproximar as equipes assistentes e os gestores e articular a continuidade do cuidado dos pacientes com os demais pontos da rede de atenção à saúde.

O EGA é composto por uma equipe multiprofissional e desde a sua criação contava com três médicos, duas enfermeiras, uma assistente social, uma farmacêutica e dois estagiários de Graduação em Enfermagem. Em 2022, ingressaram mais um médico e uma enfermeira. As intervenções do EGA ocorrem, principalmente, em situações que podem contribuir para a redução da permanência do paciente no ambiente hospitalar.

Organização das atividades do Escritório de Gestão de Altas antes da pandemia por COVID-19

A equipe do EGA atua agilizando processos hospitalares, facilitando a comunicação entre as equipes e realizando a transição de cuidado para a

rede de assistência extra-hospitalar dos pacientes com alto risco de reinternação. As principais demandas de auxílio que chegam ao EGA podem ser divididas nos seguintes grupos:

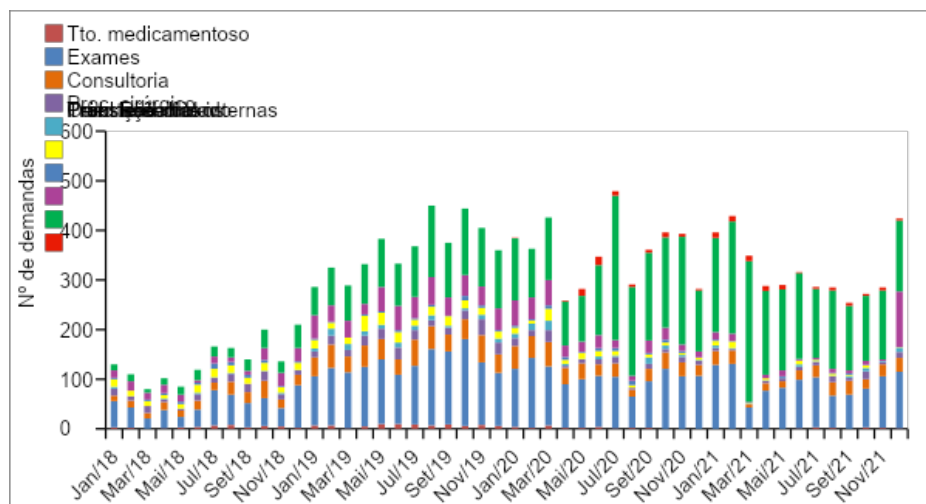
1. Tratamento medicamentoso: desde conciliação medicamentosa, fornecimento de medicamento para alta hospitalar até organização de fluxos para dispensação de medicamentos especiais.
2. Exames: marcação de exames para alta, agilização de laudos e resultados.
3. Consultorias: auxílio na priorização de consultorias de outras especialidades quando essa priorização impacta na alta hospitalar.
4. Procedimentos cirúrgicos.
5. Procedimentos de radiologia intervencionista.
6. Problemas sociais que dificultem a alta hospitalar.
7. Pendências externas, como vinculação com clínica de hemodiálise ou fornecimento de oxigenioterapia domiciliar.
8. Transição do cuidado, considerada aqui a vinculação com os serviços da rede, desde as unidades de saúde até os serviços de atendimento domiciliar (SAD).
9. Transferências internas: avaliação de pacientes para os leitos de menor complexidade e intervenção, junto com o NIR, para transferência de pacientes entre as especialidades.
10. Transferências externas para hospitais de menor complexidade, retorno aos municípios de origem ou internações de convênio.

Essas demandas surgem a partir de *rounds* multidisciplinares, por consultorias eletrônicas encaminhadas pelas equipes e também por busca ativa através da revisão de prontuário eletrônico.

Entre janeiro de 2018 e dezembro de 2021, o EGA respondeu a 14.129 demandas das equipes assistentes do HNSC, enviadas através das consultorias do Sistema GHC ou captadas em *rounds* multidisciplinares. Destas, 5.328 (37,7%) foram demandas de transição do cuidado, desde contato com unidades de saúde, encaminhamentos para serviços de atenção domiciliar até transferências para outros hospitais. O segundo tipo de demanda mais frequente diz respeito a exames diagnósticos, com 4.425 (31,3%) de demandas respondidas pelo EGA. A Figura 1, a seguir, mostra a distribuição das consultorias respondidas pelo EGA conforme tipologia, por mês. A equipe do EGA avalia, em média, 294 consultorias por mês.

Figura 1: Total de consultorias respondidas pela equipe do EGA conforme tipologia da demanda por mês (N = 14.129).

Dados atualizados em 30/05/2022 e sujeitos a revisão.



A metodologia de trabalho utilizada para alcançar os objetivos do EGA é baseada, principalmente, na realização de *rounds* multidisciplinares presenciais, os quais são realizados nos postos de enfermagem. Os *rounds* são realizados com alguns dos principais serviços do HNSC: Medicina Interna, Neurologia, Cardiologia, Urologia e Cirurgia Vascular. Por meio deles, é possível identificar as demandas dos pacientes e familiares que podem vir a impactar na alta hospitalar, como por exemplo: questões socioeconômicas, exames em atraso, avaliação de outras especialidades, entre outros. A partir dos *rounds*, cada profissional da equipe multidisciplinar reconhece o seu papel para auxiliar na desospitalização do paciente.

Esses espaços contribuem para a melhora da comunicação e do trabalho entre as equipes assistenciais e têm como foco a segurança e a qualificação do cuidado ao paciente (1). Autores afirmam que rodadas de discussões de casos para a alta hospitalar entre a equipe multidisciplinar resultam em altas mais qualificadas, menor tempo de internação e menor risco de reinternação em 30 dias (2).

Outra importante atividade realizada pelo EGA é a transição de cuidados, que é caracterizada por um conjunto de ações e intervenções que coordenam a continuidade do cuidado do paciente ao longo do seu atendimento nos serviços de saúde (3). A transição do cuidado inicia durante as discussões dos casos nos *rounds* multidisciplinares, momento em que são identificados os pacientes com maior risco de reinternação, e segue após a alta com a continuidade do cuidado pela rede de atenção à saúde.

Os pacientes com alto risco de reinternação são identificados através do *Hospital Score* (4) – score que estima o risco de reinternação em 30 dias baseado em critérios clínicos e laboratoriais – já calculado automaticamente no prontuário eletrônico do paciente. A partir da

identificação desses pacientes, a equipe do EGA entra em contato com a equipe de saúde de referência, entre 24 a 48 horas antes ou após a alta hospitalar. Nesse contato é pactuado qual acompanhamento o paciente receberá após a alta: visita domiciliar (VD), atendimento presencial na unidade de saúde para consulta, curativos ou grupos, dentre outros. Alguns pacientes recebem alta com indicação de acompanhamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município e, nesses casos, o EGA atua como facilitador do contato entre equipes médicas.

A realização da transição de cuidado e a continuidade do cuidado após a alta trazem benefícios tanto para o paciente quanto para os serviços de saúde. Os principais benefícios são: a redução das reinternações e das visitas à emergência, a diminuição da mortalidade e dos custos hospitalares, bem como a diminuição de eventos adversos que frequentemente estão relacionados às falhas de comunicação (5).

Reorganização dos processos de trabalho do Escritório de Gestão de Altas do HNSC em tempos de pandemia de Covid-19

Em 2020, com a identificação do primeiro caso de Covid-19 no Brasil, tornou-se necessária a reorganização dos serviços de saúde. A intensificação da demanda por atendimento nos serviços hospitalares, associada à gravidade das condições clínicas dos pacientes, exigiu dos serviços uma adaptação diante do contexto pandêmico. Constatou-se uma demanda intensa por internações hospitalares associada à busca dos hospitais pela garantia de um atendimento adequado, fatos que ocasionaram a superlotação de forma generalizada nos hospitais e principalmente dos leitos de terapia intensiva.

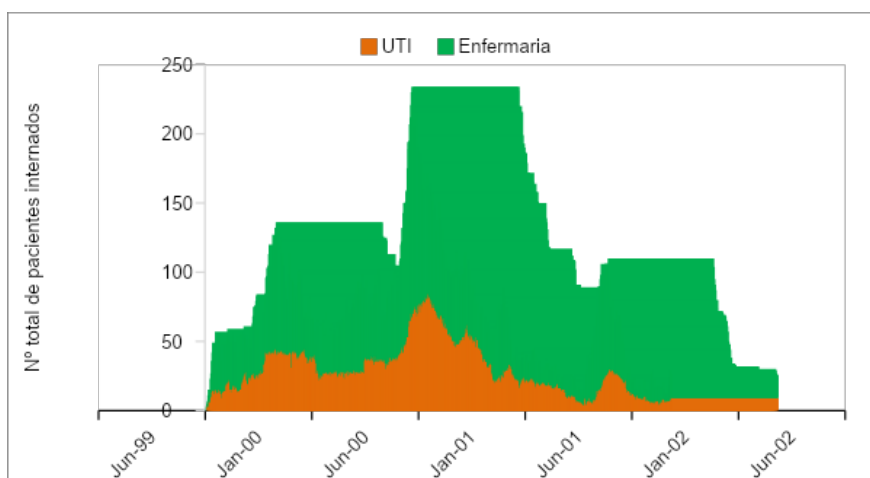
O HNSC passou a ser referência para atendimento dos casos de Covid-19. Para oferecer o suporte adequado aos pacientes acometidos por

esta patologia, o HNSC readaptou-se mediante alterações nos fluxos internos, ao mesmo tempo em que se observou a mobilização dos profissionais da saúde de diferentes setores.

Assim como todos os outros serviços do hospital, o EGA precisou se adaptar à nova realidade pandêmica. A primeira mudança foi em março de 2020, quando os *rounds* multidisciplinares foram suspensos para evitar a aglomeração de funcionários e evitar a circulação desnecessária das equipes pelo hospital.

A partir de uma demanda da Gerência de Unidades de Internação do HNSC no início da pandemia, o EGA monitorou a ocupação das áreas destinadas aos pacientes Covid-19. Esse monitoramento deu origem a um boletim gerado diariamente, com informações relacionadas ao tempo de permanência, às entradas e saídas diárias e à ocupação de leitos de enfermaria e UTI destinados ao atendimento de casos suspeitos ou confirmados de Covid-19. (Figura 2).

Figura 2. Total de pacientes (suspeitos e confirmados) internados por dias em unidades Covid-19 por dia desde março de 2020 (N = 8.740).
Dados atualizados em 30/05/2022 e sujeitos a revisão.



Entre 20 de março de 2020 e 30 de maio de 2022, foram incluídos 8.740 casos suspeitos de Covid-19 que internaram nas unidades Covid-19 do HNSC. Dentre estes, 5.162 (59%) foram confirmados para Covid-19 através de exames de PCR e/ou antígeno. Dos casos confirmados, 61,1% tiveram alta hospitalar, 25,9% evoluíram para óbito e 11,7% foram transferidos para outros hospitais. Os demais casos confirmados (1,4%) seguiam internados no momento da análise dos dados.

Ainda entre os pacientes com Covid-19 confirmado, o tempo de permanência em leito de isolamento em enfermaria foi, em média, de 6,5 dias (mínimo de 1 e máximo de 80 dias). Pacientes com Covid-19 confirmada e passagem pela UTI apresentaram uma média de permanência de 18,4 dias em isolamento ou em leito de UTI (mínimo de 1 e máximo de 201 dias).

Acompanhando o movimento de centralidade das ações direcionadas ao atendimento dos pacientes com necessidade de internação hospitalar e em decorrência do aumento significativo da demanda por atendimento em tempos de pandemia, o EGA centralizou suas ações, principalmente, para as transferências externas. As transferências externas dos pacientes com diagnóstico de Covid-19 tornaram-se prioridade para o processo de trabalho diário, sendo esta uma estratégia para liberar leitos e, consequentemente, proporcionar maior acesso da população para atendimento no HNSC. Os pacientes com diagnóstico de Covid-19 podiam ser transferidos tanto na fase aguda, ainda com necessidade de isolamento, quanto em uma fase mais tardia da doença, já liberados do isolamento, mas ainda com necessidade de permanecerem internados para reabilitação ou desmame de oxigênio. O fato de serem priorizadas as transferências de pacientes com Covid-19 não

excluiu a realização das demais transferências que já representavam uma demanda do setor.

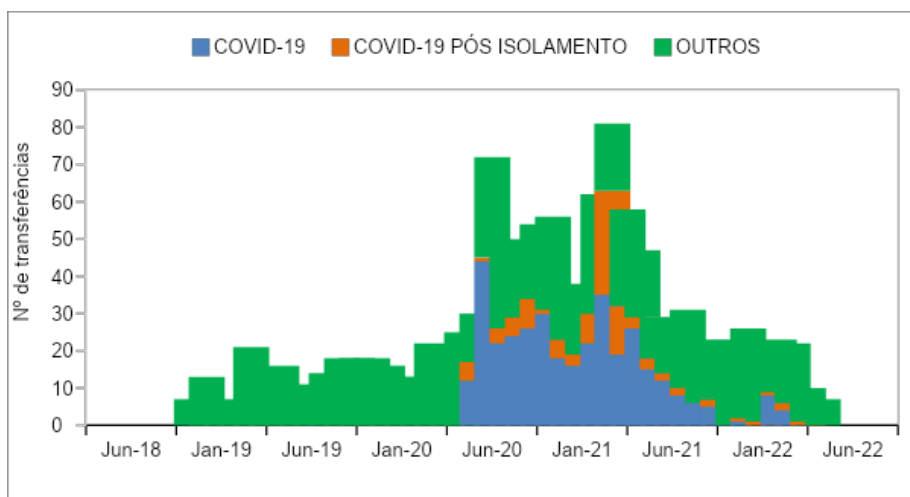
O aumento das demandas por transferências hospitalares acarretou o envolvimento dos diferentes profissionais do EGA no processo, que envolveu diferentes etapas, como: identificação dos pacientes com critérios para transferência; diálogo com as equipes médicas assistentes; contato com as famílias; cadastro dos pacientes no sistema de regulação de leitos (GERINT); manutenção dos dados clínicos atualizados neste sistema; e organização das remoções. Portanto, trata-se de um processo complexo que envolveu diferentes profissionais desde a equipe assistente à gestão hospitalar. A revisão dos prontuários dos pacientes com diagnóstico de Covid-19 passou a ser uma atividade contínua e foi realizada diariamente pelas enfermeiras do EGA. A revisão destes prontuários continua a ser realizada sistematicamente com o intuito de proporcionar novas transferências e também de gerar os dados para o Boletim da Ocupação de pacientes com Covid-19.

Assim como a identificação dos pacientes com critério de transferência hospitalar, a sistematização dos dados dos pacientes com diagnóstico de Covid-19 ainda representa uma das ações do EGA. A realização destas ações acarretou a adoção de novas demandas para o EGA e, conseqüentemente, maior fluxo de trabalho e a não priorização de outras ações já incorporadas previamente à rotina do setor.

A atuação voltada à transferência hospitalar de pacientes com menor complexidade e que podem receber atendimento em outros hospitais da rede já fazia parte dos fluxos de trabalho do EGA antes da pandemia. A partir de novembro de 2018, o EGA começou a sugerir, estimular e organizar, entre as equipes assistenciais, transferências de pacientes para hospitais de retaguarda, com o objetivo de liberar leitos para pacientes de maior

complexidade. Entre novembro de 2018 e maio de 2022, foram realizadas 1.159 transferências hospitalares. Na Figura 3, é possível observar a intensificação das transferências a partir de julho de 2020, quando ocorreu a primeira onda de Covid-19 no HNSC. Os casos de Covid-19 ainda com necessidade de isolamento, mas que não estavam instáveis ou em estado grave, eram transferidos majoritariamente para os leitos de retaguarda Covid-19 do Hospital Independência. Os casos já liberados do isolamento eram transferidos tanto para o Hospital Santa Ana (retaguarda do município de Porto Alegre) quanto para os hospitais dos municípios de origem dos pacientes. Até o momento avaliado, as transferências de pacientes com Covid-19 (seja em isolamento ou não) representam 39% das transferências organizadas pelo EGA.

Figura 3. Transferências hospitalares organizadas pelo EGA conforme motivo da transferência por mês e ano de novembro de 2018 a maio de 2022 (N = 1.159).
Dados atualizados em 30/05/2022 e sujeitos a revisão.



Outra etapa fundamental para a realização das transferências hospitalares foi o contato telefônico com os familiares dos pacientes com

diagnóstico de Covid-19, mas que estavam clinicamente estáveis, com o objetivo de ser viabilizada a autorização para as remoções. Observou-se que mesmo com o entendimento das famílias acerca do contexto pandêmico constataram-se algumas negativas principalmente pela preferência pelo atendimento no HNSC. Para auxiliar os hospitais nas transferências, a Secretaria de Saúde de Porto Alegre criou uma portaria que autorizava as transferências sem a autorização do familiar e aos poucos não se observou mais a ocorrência das negativas.

PARÁGRAFO ÚNICO. Nos casos omissos ou de recusa de transferência prevalecerá a preservação da vida, a garantia da integralidade da assistência e o interesse da coletividade, podendo ser realizada a transferência, ainda que, sem a anuência do paciente, familiar ou responsável legal. (Portaria 13355017/2021)

O advento desta Portaria possibilitou que o contato telefônico com as famílias passasse a ter como objetivo apenas informar sobre o cadastro dos pacientes no sistema de regulação de leitos.

Mesmo com a ocorrência das transferências hospitalares, ainda visualizou-se alta demanda por internações hospitalares que acarretaram a reserva de leitos em postos de enfermagem específicos para pacientes com diagnóstico de Covid-19. Em vista disso, e diante do entendimento da importância dos *rounds* para desospitalização dos pacientes, a equipe do EGA novamente se reorganizou. Sendo assim, optou-se pela continuidade dos *rounds* com o Serviço de Medicina Interna. Neste momento, os *rounds* retornaram apenas entre médicos (assistentes ou residentes) e profissionais do EGA, sem a participação da equipe multidisciplinar, a fim de evitar aglomeração de profissionais de saúde.

Os *rounds* com a Medicina Interna ocorriam uma vez na semana, na sala do EGA, com a participação da equipe médica assistente e de um profissional do EGA. A identificação de pendências para a desospitalização

dos pacientes das demais especialidades ocorreu mediante busca ativa realizada através do prontuário eletrônico, do comparecimento nos postos de enfermagem e diálogo com as equipes assistentes. A indisponibilidade da realização do *round* multiprofissional gerou uma perda importante para o processo de trabalho do EGA, na medida em que as demandas para a desospitalização não puderam ser identificadas de forma coletiva. Esta impossibilidade gerou também a ausência desse importante espaço de socialização de informações entre profissionais que participam significativamente da hospitalização.

Conforme ocorria a diminuição do número de casos e das internações hospitalares de pacientes com Covid-19, os *rounds* multidisciplinares com equipes como Cardiologia, Neurologia, Cirurgia Vascular e Urologia voltaram a ser realizados. Entretanto, em alguns períodos foram novamente interrompidos devido ao aumento progressivo do número de casos de Covid-19, inclusive entre os profissionais envolvidos com a assistência aos pacientes. Os *rounds* multidisciplinares com a Medicina Interna ainda não puderam ser retomados por completo em virtude da necessidade de organização dos leitos, ainda em fase de consolidação. O dia 04 de maio de 2022 marcou o reinício dos *rounds* multidisciplinares com a medicina interna após mais de dois anos sem a sua realização.

Ainda observa-se desafios para a realização destes *rounds* principalmente com relação à alocação dos pacientes nas unidades de internação de Medicina Interna. Consta-se a ocorrência de oscilações na realização dos *rounds* desta especialidade, apesar dos avanços conquistados como o retorno dos *rounds* com a maior parte das equipes.

Já em relação à transição de cuidado na alta hospitalar, desde o início da pandemia, foi possível perceber uma dificuldade na realização da continuidade do cuidado através de visitas domiciliares (VD) pelas equipes

da rede de atenção. Identificou-se uma queda de 35% nos vínculos para VD, entre 2019 e 2021; entretanto, ocorreu um aumento de 20% nos vínculos com as unidades de saúde para consultas, acompanhamento de curativos, grupos, entre outros. Esses resultados estão relacionados às dificuldades trazidas pela pandemia, pois as equipes de saúde suspenderam ou reduziram as VDs devido aos riscos de contaminação e passaram a monitorar os pacientes por contato telefônico, realizando visitas apenas em casos de extrema necessidade ou gravidade.

Planos futuros do Escritório de Gestão de Altas

A pandemia trouxe para todos os serviços da rede de atenção à saúde diversos desafios e a necessidade de se reinventar. O EGA, aos poucos, está retomando as atividades diárias que durante o auge da pandemia acabaram ficando em segundo plano, como por exemplo, a análise dos indicadores de tempo de internação e taxas de reinternação.

A primeira meta é a retomada total dos *rounds* multidisciplinares com o Serviço de Medicina Interna. Além disso, devido ao aumento de profissionais na equipe do EGA, possivelmente em breve serão realizados *rounds* multidisciplinares com outras especialidades.

Com relação às transferências hospitalares, a equipe do EGA tem como meta seguir com a realização de buscas ativas e atuação diretamente no processo de transferência que inclui o cadastro do paciente, a manutenção de informações clínicas atualizadas, a comunicação com a família e equipe médica assistente e a organização das remoções. Como atualmente não se está realizando transferências de pacientes com diagnóstico COVID, observa-se um olhar voltado às remoções de pacientes de menor complexidade, que mantenham-se hospitalizados por pendências sociais ou ainda que podem ser transferidos a hospitais do município de residência e/ou

retorno ao hospital de origem. Portanto, no que se refere a transferências hospitalares, a equipe multidisciplinar do EGA trabalha coletivamente para o aumento do número de transferências a depender da disponibilidade de leitos dos outros hospitais da rede. A entrada de outros profissionais na equipe certamente tem contribuído com este objetivo.

Com relação às transições do cuidado, o planejamento é que as pactuações com a rede de atenção básica continuem sendo efetivadas para que desta forma haja uma contribuição nos cuidados dos pacientes no pós-alta hospitalar. A diminuição das internações por COVID direciona ações para a identificação de pacientes que necessitam de suporte da rede e motivam a equipe do EGA a prosseguir com as pactuações.

De modo geral, a equipe do EGA segue buscando alcançar seus objetivos fazendo a articulação entre as equipes assistenciais e entre o hospital e a rede de atenção. Esse trabalho busca evitar falhas de comunicação, melhorar o trabalho em equipe e garantir que as necessidades do paciente sejam organizadas durante a internação e tenham continuidade após a alta.

Referências

- (1) Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico AF, Bovenzi FM, Caporale R et al. ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *European Heart Journal Supplements*. 2017. [cited 2022 May 28]; 19(Supplement D): D244–D255. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/sux011>
- (2) Patel H, Yirdaw E, Yu A, Slater L, Perica K, Pierce RG, et al. Improving early discharge using a team-based structure for discharge multidisciplinary rounds. *Prof Case Manag* [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr. 27];24(2):83-89. Available from: [doi:10.1097/NCM.0000000000000318](https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000318)
- (3) Shahsavari H, Zarei M, Aliheydari Mamaghani J. Transitional care: Concept analysis using Rodgers' evolutionary approach. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2019 [cited 2022 May 21];99:e103387. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103387>

(4) Aubert CE, Schnipper JL, Williams MV, et al. Simplification of the HOSPITAL score for predicting 30-day readmissions. *BMJ Quality & Safety* 2017. [cited 2022 May 28]; 26:799-805. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/26/10/799>

(5) Gheno J, Weis AH. Care transition in hospital discharge for adult patients: integrative literature review. *Texto Contexto - Enferm* [online]. 2021 [cited 2022 May 28]; 30:e20210030. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>

PARTICIPAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA DO HNSC NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19

Maria Elisa Gassen Toffoli, Marcos Samaroni da Silveira,
Emilene Barros da Silva Scherer, Ana Helena Dias Pereira dos Santos Ulbrich,
Esther Waihrich Queiroz de Menezes

Todos no mesmo barco

Em março de 2020, as primeiras medidas em relação à Covid-19 começaram a ser adotadas: as pessoas isolaram-se em suas casas e estabelecimentos comerciais, escolas, restaurantes, cinemas e tantas outras empresas fecharam suas portas, sem uma previsão de retorno às atividades normais, num clima de insegurança, ansiedade e medo, tanto do vírus quanto do impacto econômico, social e emocional gerados pelo distanciamento social.

Naquele cenário que começava a se desenhar, a coordenadora do Serviço de Farmácia se dirigiu às equipes de farmacêuticos e auxiliares de farmácia, reafirmando nosso papel como trabalhadores de saúde pública. Naquela primeira conversa, fomos todos conclamados a dar o nosso melhor, a fazer a nossa parte e a construirmos juntos esta etapa da história da saúde humana. Não se tratava mais apenas do Serviço de Farmácia do Hospital Nossa Senhora da Conceição. A partir daquele momento, nos tornaríamos parte da linha de frente no combate à pandemia de coronavírus, nos inseriríamos em um contexto muito diferente da nossa rotina habitual, nos uniríamos a milhões de trabalhadores da saúde ao redor do mundo, buscando cada um cumprir o seu dever, enquanto também lutava para preservar a própria saúde e de sua família.

Se por um lado havia alguma segurança da manutenção de nossos postos de trabalho em uma instituição de saúde, tranquilidade esta que inúmeros outros trabalhadores de diversas áreas não puderam ter, ainda

havia outras dificuldades a serem enfrentadas. A pandemia de Covid-19 foi um grande desafio para todas as equipes assistenciais e de apoio. Apesar de alguns serviços não terem um contato direto com pacientes, havendo uma menor exposição ao coronavírus, ainda cabia a eles o trabalho de retaguarda para disponibilizar aos trabalhadores da assistência os recursos necessários para sua rotina diária. Neste sentido, a Farmácia, que tem por missão primordial a dispensação de medicamentos e materiais especiais, teve seu papel ampliado e fortalecido diante do cenário local e mundial. Em consonância com a situação das demais equipes do hospital, combalidas por todas as dificuldades geradas pela pandemia, sob um entendimento de que estávamos todos no mesmo barco, a Farmácia procurou caminhos para estreitar as interfaces com os usuários, simplificando tanto quanto possível os processos de trabalho.

Apesar de não estarmos em contato tão estreito com os pacientes, como outras equipes, trabalhadores da Farmácia também foram infectados pelo coronavírus, com a consequente sobrecarga para aqueles que seguiam trabalhando. Isto resultou em preocupação com a saúde mental dos trabalhadores e a possibilidade de desenvolvimento de quadros de depressão e ansiedade. Por outro lado, a equipe se manteve coesa e solidária, compreendendo a necessidade de apoio mútuo neste momento ímpar na história da saúde pública.

Felizmente as equipes do Serviço de Farmácia não sofreram nenhuma perda direta para o coronavírus. Entretanto, entre os trabalhadores do GHC que foram vítimas da Covid-19 havia muitos amigos, pessoas com quem convivemos e trabalhamos dentro da Instituição. Tivemos também que lidar com os afastamentos, adoecimento, hospitalizações e perdas de familiares e amigos. Desta forma, o impacto emocional da pandemia foi inevitável também para os trabalhadores do Serviço de Farmácia.

Este é um breve relato de como o Serviço de Farmácia do HNSC se engajou e se comprometeu com a Instituição, os trabalhadores e os pacientes durante a pandemia de coronavírus e como fomos impactados por ela em nossa rotina diária.

Uma equipe fortalecida em si mesma

A farmácia hospitalar executa inúmeras atividades, não estando apenas envolvida naquelas diretamente ligadas à guarda e dispensação dos medicamentos. Cabe à farmácia a participação na seleção dos medicamentos do arsenal terapêutico, processo de aquisição, programação dos estoques e requisição ao almoxarifado, recebimento e guarda dos medicamentos, avaliação das prescrições médicas, dispensação dos medicamentos, orientação do uso dos mesmos, farmacovigilância, farmácia clínica, unitarização de medicamentos, manipulação de medicamentos injetáveis, participação no controle de infecção hospitalar, dispensação de materiais cirúrgicos, orientação para alta e, em algumas áreas, atenção direta ao paciente, entre outras atividades.

O Serviço de Farmácia do HNSC é composto por diversos setores:

- Farmácia Central, que atende os pacientes internados do HNSC e Hospital da Criança Conceição (HCC)
- Farmácias Satélites da UTI, Emergência e Bloco Cirúrgico do HNSC
- Central de Misturas Intravenosas
- Farmácia de Medicamentos Especiais
- Farmácia do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM)
- Serviço de Unitarização
- Setor de Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

O HNSC ainda conta com farmacêuticos atuando nas áreas de Licitação, Comissão de Medicamentos, Programa de Atenção Domiciliar (PAD), Saúde Comunitária, Saneantes, Escritório de Gestão de Altas (EGA), Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Gerenciamento de Risco, Farmácia Clínica, Terapia Nutricional, Pesquisas Clínicas e Educação. O Serviço de Farmácia do HNSC possui 38 farmacêuticos, 77 auxiliares de Farmácia, 1 auxiliar técnico administrativo, 1 técnico especializado e 1 auxiliar geral, num total de 118 trabalhadores, além de estagiários remunerados e curriculares e farmacêuticos residentes. Cada área possui sua própria organização, escalas de trabalho e horário de funcionamento, de acordo com suas peculiaridades e rotinas.

Durante a pandemia, foi necessária a adequação das atividades em todas as áreas do serviço, em conformidade com as diretrizes do GHC e também em função das demandas inerentes à própria pandemia, visando atender às novas necessidades apresentadas, mas também para o suporte e cobertura nos inevitáveis afastamentos para tratamento de saúde em decorrência do adoecimento dos trabalhadores.

Um dos objetivos primordiais do Serviço de Farmácia neste período foi a proteção dos funcionários de forma preservar ao máximo sua integridade pessoal, saúde e disponibilidade para o labor e, assim, assegurar a manutenção das atividades e a qualidade do atendimento pelas Farmácias.

Em conformidade com as orientações do Gabinete de Gerenciamento de Crise do GHC e os protocolos institucionais, com o objetivo de proteger as equipes e evitar a transmissão do coronavírus dentro do Serviço de Farmácia, foram instituídas algumas medidas ambientais e organizacionais simples, mas com resultados significativos:

- Intensificação da higiene de todos os setores, com regras definidas sobre limpeza de estações de trabalho, mesas, balcões, aparelhos de telefone, etc, a cada turno de trabalho;
- Incremento da ventilação dos ambientes, mantendo janelas abertas na maior parte do tempo, mas respeitando os limites de temperatura e umidade para assegurar a integridade dos medicamentos;
- Instalação de barreiras de proteção (vidros) nos pontos de atendimento ao público;
- Regulamentação do uso das salas de lanches e vestiários dos setores, sendo autorizada a permanência de duas pessoas por vez no vestiário, sempre utilizando a máscara, e apenas uma pessoa por vez fazendo sua refeição na sala de lanches;
- Estabelecimento de quarentena para os medicamentos estornados à Farmácia, com duração em conformidade com as informações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a permanência de formas viáveis do coronavírus em superfícies como plástico e papel. A quarentena consiste em deixar os medicamentos que retornam das unidades de internação, por não terem sido utilizados, armazenados em caixas plásticas, evitando seu manuseio durante um determinado número de dias enquanto houver possibilidade de existirem formas viáveis do vírus na superfície das embalagens. Este número de dias variou ao longo da pandemia, à medida que mais estudos sobre esta questão eram disponibilizados;
- Redução da circulação de documentos impressos, especialmente dos postos com atendimento a pacientes Covid ou suspeitos;

- Atendimento telefônico prévio aos postos com pacientes Covid ou suspeitos, agilizando a dispensação e reduzindo o tempo de atendimento destes postos na Farmácia;
- Criação de um guia de rotinas específicas para o período da pandemia, contendo as informações relevantes sobre a adequação do Serviço de Farmácia às demandas do momento, destinado especificamente aos seus trabalhadores;
- Suspensão das reuniões de equipe presenciais, passando a serem utilizados aplicativos da Internet para esta finalidade;
- Inclusão dos farmacêuticos na modalidade de tele-trabalho, conforme compatibilidade de suas atribuições;
- Disponibilização de EPIs conforme particularidades de cada equipe;
- Na Farmácia do SICLOM, suspensão dos recebimentos de estornos de antirretrovirais (ARV) e de documentos impressos, que passaram a ser recebidos por modo digital;
- Também na Farmácia do SICLOM, adaptação dos estoques dos ARV para atenderem as dispensas de até três meses para os pacientes com carga viral indetectável e boa adesão ao tratamento. Além disso, a renovação das receitas de ARV dos pacientes que tiveram suas consultas canceladas ou remarçadas passou a ser solicitada diretamente ao Serviço de Infectologia para evitar que o paciente precisasse se dirigir ao Ambulatório;
- A Farmácia de Medicamentos Especiais (FME), que dispensa ambulatorialmente medicamentos para pacientes oncológicos e sob cuidados paliativos, alterou de um para três meses o período de dispensação de alguns medicamentos e otimizou o acesso aos resultados de exames quando necessários. As consultas

farmacêuticas, através das quais os pacientes são orientados quanto ao uso de seus medicamentos, foram direcionadas para os casos mais complexos, em especial aqueles com múltiplos tratamentos, com maiores riscos de interações medicamentosas e efeitos adversos.

Um olhar do paraíso: o tele-trabalho

Uma das experiências mais interessantes durante a pandemia foi o trabalho remoto ou tele-trabalho. A Farmácia possui várias atividades que podem ser realizadas remotamente, bastando acesso aos sistemas e à rede do hospital, e-mail e telefone. A mais importante delas é a triagem das prescrições médicas prévia à dispensação de medicamentos, atividade exclusivamente farmacêutica realizada diariamente, durante as 24 horas. Também é possível realizar pedidos de medicamentos, análise de prescrições médicas, elaboração e revisão de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), contatos com secretarias de saúde, reuniões de serviço, etc. Os farmacêuticos envolvidos com estas atividades puderam compor uma escala para o tele-trabalho. No total, 23 farmacêuticos participaram desta modalidade.

A possibilidade do trabalho remoto foi importante para a redução do número de pessoas circulando nas Farmácias diariamente e uma menor exposição dos farmacêuticos ao coronavírus, gerando maior segurança para todos. Além disso, observou-se a manutenção da produtividade da equipe, não havendo prejuízos à assistência de nenhuma forma. O tele-trabalho também teve um impacto positivo ao oportunizar a permanência prolongada junto às famílias, no conforto do ambiente doméstico, durante um período de fragilidade para todos.

A incansável busca pelo medicamento

Em todos os hospitais, um dos maiores problemas durante a pandemia foi a manutenção dos estoques dos medicamentos mais importantes para o tratamento de pacientes com Covid-19, especialmente aqueles destinados à ventilação mecânica, como sedativos e bloqueadores neuromusculares, antimicrobianos para as infecções adjacentes, anticoagulantes e corticóides, em um cenário de escassez de medicamentos no mercado mundial.

Para o HNSC, a situação não foi diferente, mas de forma articulada e incansável, em um trabalho conjunto com a Gerência de Materiais e com o SCIH, a Farmácia conseguiu evitar a falta de produtos essenciais ou disponibilizar suas alternativas terapêuticas naquele momento crítico. Os principais itens com risco de desabastecimento foram: Atracúrio, Fentanila, Midazolam, Propofol, Pancurônio, Cefuroxima, Polimixina B, Meropenem e Piperacilina + Tazobactam. Estes itens foram monitorados diariamente quanto ao seu consumo, estoque, situação no mercado regional e mundial e possíveis alternativas.

Foi ainda necessária a padronização ou aquisição temporária de alguns novos fármacos na instituição, como novo recurso terapêutico ou em substituição a outros medicamentos com fornecimento prejudicado pela pandemia. Destacam-se a Dexmedetomidina (fármaco utilizado no desmame da ventilação mecânica), a Polimixina E ou Colistimetato e a Ceftazidima + Avibactam, utilizados em substituição à Polimixina B (antimicrobiano essencial no tratamento das infecções bacterianas adjacentes ao coronavírus), e o Tocilizumabe (anticorpo monoclonal com forte efeito anti-inflamatório, útil no tratamento da síndrome inflamatória multissistêmica em quadros avançados da Covid-19).

Traçando estratégias em cenários imprevisíveis

Na iminência da falta de mercado da Polimixina B, foi necessário iniciar uma ação preventiva para evitar a falta deste medicamento no hospital. Para isso, foi preciso avaliar cuidadosamente todas as prescrições, procurando alternativas terapêuticas que pudessem reduzir o consumo do antimicrobiano.

A padronização de um novo medicamento ou o uso temporário de medicamentos diferentes da padronização usual exige orientações extras sobre a forma de prescrever, preparar e administrar, evitando eventos adversos. No caso da Polimixina E, substituta da Polimixina B, a prescrição é ajustada pela função renal, devendo ser acompanhada frequentemente a creatinina do paciente para que o ajuste possa ser realizado ao longo da terapia. Para que as prescrições fossem adequadas, a farmacêutica e os médicos do SCIH elaboraram um memorando contendo orientações de uso do medicamento, e a farmacêutica acompanhou as prescrições, fazendo intervenções quando necessário. O memorando foi divulgado ao corpo clínico e às equipes assistenciais.

Além desta ação, foi solicitada a avaliação do Gabinete Gerenciamento de Crise do GHC para a compra de Ceftazidima + Avibactam, sendo uma alternativa terapêutica à Polimixina e, em alguns casos, a única alternativa terapêutica para pacientes com *Klebsiella pneumoniae* KPC com resistência à Polimixina. A Ceftazidima + Avibactam é um medicamento de alto custo, portanto todos os casos com essa indicação foram avaliados através de fluxo diferenciado, não sendo utilizado para esquemas empíricos.

A fiel depositária

Diante da necessidade urgente de novos tratamentos que pudessem conter o avanço do coronavírus e diminuir a gravidade dos casos, inúmeros medicamentos começaram a ser cogitados como opções terapêuticas, ainda que sua efetividade fosse incerta e os estudos, incipientes. Ivermectina, Nitazoxanida, Dexametasona foram alguns exemplos, mas nenhum outro medicamento esteve tão presente nas discussões sobre efetividade e relação risco x benefício quanto a Cloroquina e a Hidroxicloroquina, dois fármacos com ação antiinflamatória e ampla utilização em doenças reumatológicas.

Por se tratar de um hospital de referência no tratamento da Covid-19, a Farmácia Central do HNSC foi depositária dos estoques de Cloroquina e Hidroxicloroquina enviados pelo Ministério da Saúde. A utilização destes medicamentos no HNSC foi muito pequena, sendo pouco prescritos pelo corpo clínico.

A Farmácia Central também foi responsável pelo armazenamento das vacinas utilizadas na imunização dos trabalhadores do HNSC e HCC no primeiro semestre de 2021.

A Farmácia do SICLOM foi responsável pelo abastecimento e controle de estoque do medicamento Oseltamivir, disponibilizado aos pacientes no momento da consulta médica no Centro de Triagem Covid-19, pois os sintomas eram facilmente confundidos com os da *Influenza* e os resultados dos testes eram demorados, inicialmente.

Crescendo em meio à crise

A Central de Misturas Intravenosas (CMI) é responsável pela manipulação de medicamentos antineoplásicos e citotóxicos (para o HNSC, HFE, HCC e HCR), morfina diluída em seringa (para o HNSC), além de alguns medicamentos para o HCC, em doses unitárias. Em novembro de

2019, a CMI havia validado o processo de manipulação de uma solução padrão de Fentanil para atender os pacientes da Emergência e da UTI do HNSC. Até dezembro de 2020, a produção era realizada de forma manual com uma média de 1.900 bolsas/mês.

Em dezembro, o GHC aprovou a locação de uma bomba automática para transferência de volumes e fracionamento de medicamentos injetáveis. A automatização do processo permitiu a ampliação da produção para atender a crescente demanda. O pico ocorreu em março de 2021, com a produção de 10.320 bolsas/mês. Em abril de 2021 a CMI validou também o processo de manipulação de Midazolam. Estas ações contribuíram para otimizar o atendimento aos pacientes da UTI e Emergência.

Os efeitos colaterais da pandemia

A Farmácia do SICLOM atende pacientes portadores de HIV, dispensando os medicamentos antirretrovirais. A adesão ao tratamento é fundamental para a obtenção e manutenção de cargas virais baixas ou indetectáveis, e para prevenir as infecções oportunistas e a resistência do HIV ao arsenal terapêutico.

Ao longo dos anos de 2020 e 2021, os índices de adesão ao tratamento diminuíram da forma significativa, evidenciando o impacto das restrições necessárias durante a pandemia sobre a rotina dos pacientes. Foi necessário reforçar os controles de pacientes em atraso de retirada de seus medicamentos através da verificação contínua dos cadastros, atualização de contatos telefônicos e registro de óbitos, além de uma incansável busca ativa daqueles considerados em atraso. Os pacientes relatavam que tinham medo de sair de casa ou achavam que a Farmácia poderia estar fechada nos períodos das fortes restrições.

No ano de 2022 os indicadores de adesão apresentaram um salto de 60 a 70% ao mês para mais de 90%, mostrando o resultado destas rotinas e da melhora da situação da pandemia.

Na linha de frente da solidariedade

No início de 2020, a “rádio corredor” da Emergência do HNSC trazia informações sobre o primeiro caso de Covid-19 no Brasil. Os planos de contingência começavam a serem traçados, mas tudo ainda parecia muito distante. Já estávamos preparados para que o nosso hospital, assim como na H1N1, fosse considerado referência. Nos perguntávamos: será mesmo que aquele vírus, lá da China, iria pousar na nossa Emergência? Pousou. Em fevereiro de 2020, o primeiro caso suspeito entrou pela triagem para realizar o teste: era um homem que havia retornado de viagem ao exterior já com os sintomas, e foi aguardado pela equipe da Emergência para a coleta.

E os planos de contingência? Assim como em todo o mundo, íamos sendo surpreendidos. A cada paciente, o atendimento ia sendo estruturado, corrigido, revisado, para garantirmos o melhor dentro das condições tínhamos. Nascia uma nova Emergência, uma nova Farmácia da Emergência e acima de tudo, nasciam guerreiros e guerreiras, que com todas as dificuldades e incertezas, optaram por estar ali, em qualquer circunstância, e não recuar.

Os dias foram passando, os casos aumentando, e nós, na nossa pequena Farmácia da Emergência, nos descobrimos gigantes. Aprendemos diariamente a fazer do “limão uma limonada”. Nas situações de estresse, lembrávamos que ali, do outro lado da nossa parede, ou passando em frente a nossa janela, havia pessoas lutando pela vida, combatendo um vírus com comportamento ainda desconhecido. Aprendemos a ser ainda mais

resilientes. Sabíamos que não era o momento para julgamentos, reclamações, desentendimentos, pois havia algo maior do que nós envolvido.

Em pouco tempo, tudo estava diferente, inclusive os medicamentos que costumávamos dispensar já não eram mais os mesmos, afinal, o perfil dos nossos pacientes estava mudando. O atendimento à enfermagem, incluindo reposição nas diversas salas, antes presencial, começou a passar por mudanças. Precisávamos de uma forma de atender a área de isolamento, onde os pacientes estavam de passagem, sendo transferidos para leitos de enfermaria ou terapia intensiva, sem comprometer nosso estoque. Os estornos da sala de isolamento necessitavam ficar em quarentena. Nossa pequena área não tinha espaço suficiente e seguro para as caixas de estornos retidas. O movimento na sala de isolamento (ou sala Covid), já era alto, a possibilidade de escassez de medicamentos era comentada em diversos hospitais, e a Farmácia Central, por atender todo o hospital, já estava com muitos medicamentos retidos nas caixas de estorno. Foi necessário inovar. Assim surgiu a ideia de atender a sala Covid por telefone, com solicitações feitas por horário, e a entrega feita pelo auxiliar de farmácia ou farmacêutico na porta da sala. Para melhorar a mobilidade e garantir 100% de assistência, adotamos um telefone sem fio, que estava sempre conosco. Foram muitos quilômetros percorridos durante esse período! Além do desgaste físico, por muitas vezes íamos para casa com o som do telefone na cabeça, ou com a sensação de termos esquecido algo: o telefone sem fio, que não levávamos no bolso.

Se na Emergência tivemos o primeiro contato com o coronavírus, também tivemos um dos primeiros pacientes a internar gravemente. Este mesmo paciente também foi um dos primeiros a ter alta da UTI após mais de 40 dias internado. Mas, infelizmente, também na Emergência tivemos a primeira perda. Na linha de frente, nossos colegas, que mesmo cansados,

assustados, não recuavam, também começavam a adoecer. Não estávamos preparados para esse momento. Numa sexta-feira ela estava bem, trabalhando, cuidando dos pacientes e ajudando os colegas, e dias depois, ela se foi, e assim como ela, tantos outros colegas que lutaram bravamente no cuidado ao paciente.

Coisas ruins aconteceram e boas também. Havia muita parceria, havia muitos colegas se apoiando para seguirmos fortes na linha de frente. Nós, da Farmácia, tínhamos opções de nos organizarmos em escalas para reduzir a circulação e a exposição ao vírus. Mas embora houvesse o intuito de nos resguardar, todos nós, ao estarmos em casa sentíamos que estávamos deixando nosso colega sozinho na batalha. Queríamos estar presentes, mesmo assustados, cansados, esgotados, pois sabíamos que estando ali faríamos diferença.

Quando tudo parecia estar melhorando no início de 2021, “caímos do cavalo” e com altura! O ano começou sorrateiro e de repente o que mais temíamos aconteceu. No dia 27 de fevereiro, a Emergência virou 100% Covid. Acostumados a ter pacientes graves, mas que logo eram transferidos para a UTI, a Emergência modificou ainda mais o seu perfil, passando a ter pacientes em tratamento intensivo e de longa permanência. Passamos a ver cada vez mais pacientes se despedindo dos familiares por chamadas de vídeo antes de serem intubados, mas também, e ainda bem, pacientes revendo a família pós extubação.

Com esta mudança, a Farmácia atendia por telefone quatro áreas Covid com diferentes níveis de complexidade. O consumo de medicamentos para sedação aumentou exponencialmente, o perfil dos pacientes havia mudado drasticamente, e não mostrava sinais de retorno breve. Com o aumento de pacientes graves, sofremos com a possibilidade de falta de medicamentos e adotamos diversas medidas para economia e para evitar o

desperdício. Passamos a controlar bolsas de infusão de sedativos, antibióticos, entre outros. Não podíamos perder medicamentos, tínhamos responsabilidade na gestão do nosso estoque e responsabilidade em manter os insumos necessários para a recuperação dos pacientes, e assim fizemos.

Na nossa porta havia uma linha vermelha adesiva no chão, hipoteticamente demonstrando que, após a linha, tínhamos área contaminada, e antes da linha, a área limpa. A Farmácia ficava nessa linha. Porém, durante todo esse período, transitamos intensamente por esta linha, juntamente com nossos colegas que prestavam assistência aos pacientes mais de perto. Os sorrisos, escondidos nas máscaras, eram demonstrados pelo olhar, bem como a força, o medo, a tristeza, o cansaço. Passamos a nos reconhecer pelo olhar, mesmo paramentados, era difícil nos confundirmos. Estávamos ali, prontos para nos ajudarmos.

Sempre falamos que a Farmácia da Emergência era uma família, uma Farmácia que tratamos e cuidamos com enorme carinho, e nos dedicamos para que cumprisse lindamente o seu papel. A pandemia veio para reforçar o que já sabíamos, a Farmácia da Emergência é realmente uma família e a Emergência também. E, como todas as histórias de família, guardaremos também esta na memória. Se perguntassem: Fariam tudo de novo? Responderíamos que mil vezes se fosse preciso, mas, unânime e sinceramente, desejamos que esse vírus vá embora e nem pense em voltar.

Sentindo na pele: um relato pessoal

Maria Elisa Gassen Toffoli

Entre os dias 03 de março e 08 de abril de 2021 vivi a experiência de ser a familiar de um paciente COVID. Meu marido, infectado pelo coronavírus, chegou à Emergência do HNSC com a saturação abaixo de 80%. Foi prontamente atendido e, na mesma noite, transferido para a

unidade 3ºB1, então dedicada aos pacientes COVID. Lá permaneceu por cinco dias, mas seu quadro agravou progressivamente e ele necessitou ser transferido para a UTI. Com cerca de 80% de comprometimento da função pulmonar, precisou ser intubado. Foram 18 dias na ventilação mecânica, dias cheios de altos e baixos, progressos e pioras, esperanças e angústia, até que finalmente, em 27 de março, seus pulmões voltaram a trabalhar sem ajuda. Em poucos dias foi transferido para unidade 3ºD e posteriormente para o 4ºE. No dia 08 de abril de 2021 ele teve alta hospitalar e hoje se encontra recuperado, embora ainda com algumas sequelas da Covid.

Vivenciar a outra ponta da cadeia do cuidado foi sem dúvida uma experiência transformadora, para muito além dos aspectos emocionais. Ser uma profissional da Instituição, ter acesso ao prontuário eletrônico, poder conversar com a equipe a qualquer momento, certamente foi tranquilizador. Mas foi também possível acompanhar a dedicação dos profissionais, os esforços nunca medidos, o carinho, a vontade de fazer o melhor. Uma técnica de enfermagem da UTI colocava música para ele ouvir durante o banho no leito. Ele lembra: Red Hot Chilli Peppers, porque ele tinha jeito de quem gosta de rock! Foi como um sopro de alívio em suas feridas.

Os recursos tecnológicos, os medicamentos, os protocolos, foram e são ferramentas importantes e determinantes para salvar a vida de quem enfrenta o coronavírus. Mas o cuidado é feito por pessoas para pessoas. O Hospital Conceição me ensinou isto.

O DESAFIO DA COVID-19 PARA A EQUIPE DE VIGILÂNCIA HOSPITALAR DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO E HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO

*“Não espere por uma crise para descobrir o que é importante em sua vida”
(Platão)*

Ivana Rosângela dos Santos Varella (responsável técnica),
Alexandre de Oliveira Vanderlei, Ana Carla Steigleder Bins, Angela Piccoli Ziegler,
Antônio Carlos Cunha Valente, Carina Guedes Ramos, Carolina Xavier dos Santos,
Caroline Agliardi, Eduardo Fayh, Eidryan Deniseski Vieira, Irma Rossa,
Janete Teresinha Balardin Garcia, José Luis Vargas Nique, Luciano Costa Soares,
Maria da Glória Accioly Sirena, Maria da Graça Pimenta Machado,
Maria Victhoria Mendes dos Santos, Mariana Leal Ambrósio,
Martha Helena de Mattos Zuardi, Maryana Rodrigues Braga, Milena Silva Valli,
Morgana Stephanie Oliveira Alves, Paulina Rosa de Marco Crestani,
Simone Pellin De Nardi, Taise Raupp Xavier da Silveira,
Walter Henrique Broock Neto, Angela Cristina Amaral dos Santos.

O novo desafio do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição e do Hospital da Criança Conceição (NHE-HNSC-HCC), relacionado à pandemia pela Covid-19 é tentar descrever a complexa experiência de aprendizado e de adequação de ferramentas para atuar no controle da doença e prover informações diárias, em tempo real, sobre o cenário da pandemia no Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Com o objetivo de tornar a leitura deste capítulo mais ordenada apresentaremos a experiência da equipe, nos tempos da pandemia, dividida nos seguintes itens:

- Vigilância Epidemiológica Hospitalar no contexto da Vigilância em Saúde;
- Etapas e processos da Vigilância Epidemiológica Hospitalar relacionada à Covid-19;
- Resultados da Vigilância Epidemiológica Hospitalar relacionada à Covid-19.

O trabalho de vigilância epidemiológica da pandemia pela Covid-19 foi, provavelmente, um dos momentos mais difíceis neste século para a saúde da humanidade e fazer a vigilância, acompanhando o adoecimento da população, dos colegas do GHC ou seus familiares ou do próprio NHE/HNSC-HCC, foi e tem sido um trabalho árduo que em alguns momentos tornou-se quase impossível.

Vigilância Epidemiológica Hospitalar no contexto da Vigilância em Saúde

Os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) foram constituídos pelo Governo Federal com o objetivo principal de descentralizar a vigilância epidemiológica, uma vez que o âmbito hospitalar tem a capacidade de detectar e fornecer informações importantes sobre o perfil de morbimortalidade da população. Atualmente, existem 238 NHEs vinculados à Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH), em hospitais estratégicos, com representatividade em todas as regiões do País. Esta estratégia permite uma vinculação maior entre profissionais diretamente ligados à assistência aos pacientes com o sistema da vigilância em saúde, em todos os seus diferentes níveis.

As ações da vigilância hospitalar não se limitam à notificação de doenças de notificação compulsória. Ela também tem como foco a detecção oportuna e a resposta imediata às doenças e aos agravos que ocorrem no território, incluindo eventos inusitados, e a detecção precoce de potenciais Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) ou Internacional (Espii), citando como exemplos as pandemias pelo influenza A (H1N1) e a pelo SARS-CoV-2. Foi a partir do desenvolvimento e qualificação destes processos, desde abril de 2007, quando foi implementado o NHE/HNSC-HCC, que a equipe agregou a sua *expertise* às ferramentas que permitiram ampliar a vigilância epidemiológica hospitalar da Covid-19 para todo o GHC.

Neste contexto, destaca-se a divulgação de informações oficiais no Boletim Diário Covid-19 na página do GHC e a elaboração do Protocolo de Atendimento de Profissionais de Saúde do GHC com Síndrome Gripal, incluindo a avaliação de risco para o rastreamento de contatos assintomáticos com casos confirmados, como forma de prevenção e controle de surtos entre os funcionários do GHC. Esta tarefa desafiadora ainda ocorre, contando com a participação do Grupo de Trabalho de Monitoramento dos Profissionais de Saúde do GHC.

A equipe do NHE/HNSC-HCC, constituída de 13 profissionais de saúde, recebeu a colaboração de 20 funcionários adicionais, provenientes de outras áreas, que optaram em trabalhar conosco, quando seus postos de serviços eletivos foram fechados temporariamente, nos períodos mais críticos da pandemia (Figura 1). Tal fato possibilitou uma qualificação do trabalho e exigiu a mudança desta equipe para uma área de trabalho com estrutura física maior em meio aos processos contínuos.

Figura 1: Equipe do NHE/HNSC-HCC e colaboradores de outros postos de trabalho.

Fonte: Assessoria de Comunicação Social do GHC



Etapas e processos da Vigilância Epidemiológica Hospitalar relacionada à Covid-19

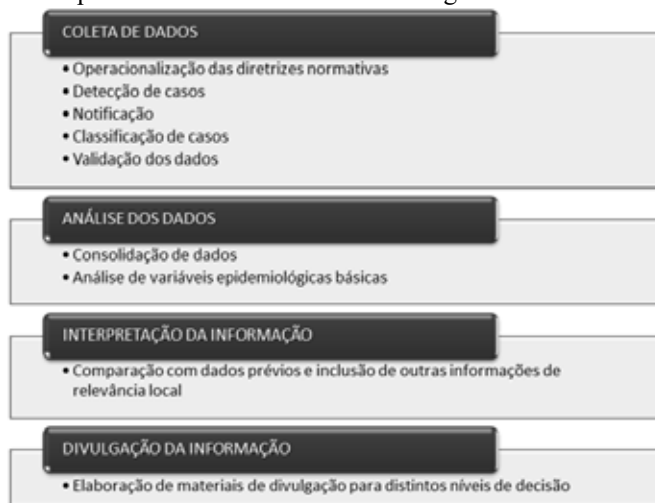
A vigilância epidemiológica relacionada à Covid-19 não se restringiu apenas aos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados. Ela foi mais abrangente em vários aspectos.

Selecionamos a seguir alguns destes componentes que serão utilizados como um roteiro para a apresentação sumarizada das ferramentas utilizadas para prover informações que contribuíram no monitoramento do cenário da pandemia no contexto hospitalar e como auxiliar para a tomada de decisões pela gestão:

- SRAG = Síndrome Respiratória Aguda Grave;
- SIM-P = Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica;
- SIM-A = Síndrome Inflamatória Multissistêmica Adulto

A dinâmica de trabalho desenvolvida e a qualificação de ferramentas pré-existentes viabilizaram respostas rápidas durante o avanço da pandemia. O que se pretende compartilhar são aspectos que a equipe selecionou como os mais importantes e que poderiam ser utilizados em eventos futuros. Os processos de trabalho na vigilância da pandemia utilizaram, como base, as mesmas etapas utilizadas para a notificação dos demais agravos de notificação compulsória: detecção, notificação, investigação epidemiológica, investigação laboratorial, processamento dos dados (consolidação, digitação e análise) e divulgação de informações (Figura 2).

Figura 2. Etapas e Atividades do Sistema de Vigilância em Saúde Pública.



As atividades envolvidas na vigilância da Covid-19 segue uma matriz de responsabilização cujo objetivo é a distribuição organizada das tarefas entre os profissionais do NHE/HNSC-HCC. Esta matriz personalizada viabiliza identificarmos rapidamente as tarefas que devem ser executadas independentemente se há ausência temporária de alguns componentes da equipe devido à doença.

A maioria das atividades para a execução das etapas da vigilância epidemiológica da Covid-19 tem semelhanças, tanto no componente da vigilância sentinela da Síndrome Gripal (SG), como naquela estabelecida para pacientes hospitalizados e para profissionais de saúde, como relatamos a seguir.

Detecção

Com o objetivo de evitar subnotificação de casos de Síndrome Gripal (SG) nas unidades sentinelas e de SRAG e de Síndrome Gripal, em pacientes hospitalizados por outras causas e de casos de SG entre

profissionais de saúde do GHC, utilizamos recursos informatizados já implementados previamente à pandemia pelo SARS-CoV-2 como o Sistema de Classificação de Risco das Emergências e a vigilância influenza e de vírus respiratórios. Foi agregada para esta finalidade a vigilância informatizada de testes laboratoriais para o diagnóstico da Covid-19.

Com o grande volume de atendimentos diários, considerando que as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) elaboram as planilhas de pacientes em isolamentos, o Núcleo Interno de Regulação (NIR) organiza a planilha de pacientes que realizam rastreamento da doença previamente à internação. O compartilhamento organizado de informações de diferentes serviços do GHC com o NHE/HNSC-HCC evitou a duplicidade de trabalho e a otimização de tempo. O papel do NHE/HNSC-HCC foi integrar as diferentes fontes de informação para a detecção dos casos, agregar outras fontes e completar as demais etapas da vigilância da doença. As principais fontes de detecção de casos de suspeitos e confirmados de Covid-19 no GHC são: Hospital Femina (HF), Hospital Cristo Redentor (HCR); UPA Moacyr Scliar.

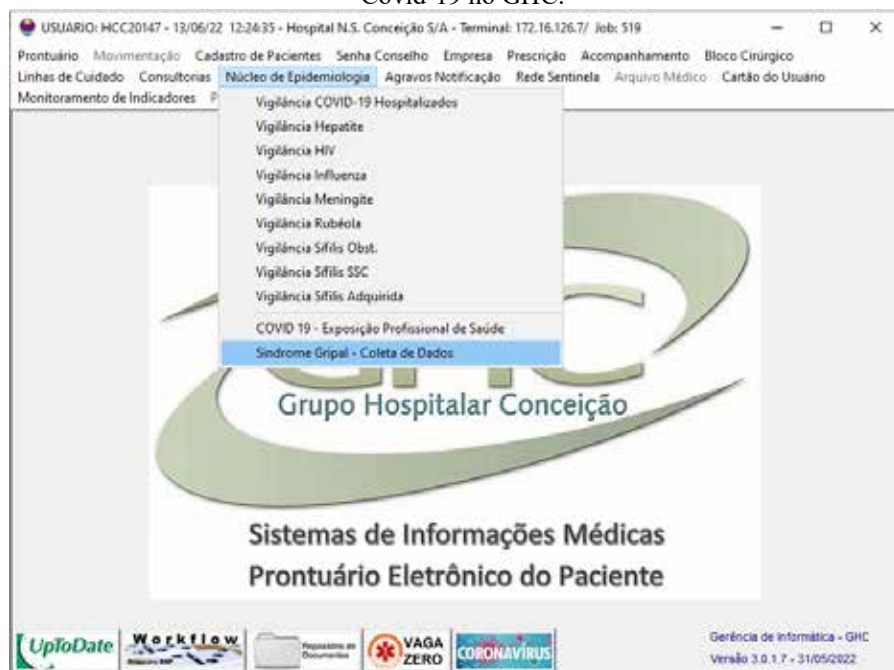
Para os casos hospitalizados, com a finalidade de evitar a digitação em duplicidade foi elaborada uma planilha, em excel, contendo informações sobre a data de hospitalização, a data de detecção do caso pelo NHE/HNSC-HCC, registro hospitalar, nome, município de Residência, se SG ou SRAG ou Rastreio, posto, data de coleta, resultado, laboratório de execução do exame, evolução e data do desfecho. Através desta Planilha, são preenchidas as Fichas de Notificação para alimentar os bancos de dados e produzir as informações solicitadas. Com periodicidade de quatro vezes ao dia são realizadas as visitas no laboratório para a detecção de todas as amostras a serem enviadas ao Lacen/RS.

Investigação epidemiológica

O grande número de fichas de notificação de SRAG/SG hospitalizados e de profissionais de saúde com SG exigiu uma importante organização de estrutura física que permitisse o armazenamento em local adequado e o acesso por diferentes profissionais que devem dar o seguimento para as etapas seguintes.

A ficha de investigação de Síndrome Gripal tanto da vigilância sentinela como a de profissionais de saúde foi informatizada, com preenchimento direto no prontuário eletrônico, garantindo maior agilidade na notificação da doença (Figura 3).

Figura 3: Local para armazenamento de fichas de investigação epidemiológica de Covid-19 no GHC.



Investigação Laboratorial

Inicialmente, todas as amostras de material de secreção nasofaríngea para o diagnóstico da Covid-19 eram encaminhadas para o Laboratório Central do Estado do Rio Grande do Sul (Lacen/RS). A equipe do NHE era a responsável em organizar as amostras, solicitar o exame RT-PCR SARS CoV-2 no sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), participar do transporte das mesmas quando havia maior volume, inserir o exame solicitado no Prontuário Eletrônico (PE), acompanhar o resultado e inserir o laudo no PE.

Com a continuidade da pandemia, o Laboratório incluiu o teste *genexpert*, possibilitando o diagnóstico mais rápido da doença entre hospitalizados no HNCS, e otimizando os leitos de isolamento. Entretanto, os exames de rastreamento eram processados em laboratório conveniado, o que sobrecarregava a equipe do NHE, que continuava monitorando resultados e inserindo laudos no Prontuário Eletrônico. Com o tempo, o Laboratório Central assumiu todos os testes de biologia molecular e atualmente os profissionais do NHE monitoram os resultados de testes de pacientes incluídos na vigilância da sentinela SG e do SRAG.

A qualificação e a preparação do Laboratório para lidar com grande volume de amostras para processamento de testes de biologia molecular é fundamental para a adequação dos processos e monitoramento oportuno dos indicadores da pandemia.

Notificação imediata de óbitos suspeitos ou confirmados por Covid-19

A articulação com o NIR tornou possível dar agilidade no envio da notificação imediata de óbitos suspeitos ou confirmados por Covid-19 para a vigilância municipal. Uma vez que a informação é direcionada em primeira instância por um profissional da assistência para o NIR, este setor assumiu a

responsabilidade de informar imediatamente o NHE/HNSC-HCC, o que oportunizou a notificação imediata deste evento. Além da informação do NIR, o NHE/HNSC-HCC realiza a busca de óbitos através de relatório disponibilizado no Sistema de informações do GHC, para atualizar os dados, confirmar a informação e notificar à vigilância municipal.

Processamento e consolidação de dados

O Ministério da Saúde disponibilizou diversos sistemas de informação para a digitação de dados *online* e em tempo oportuno: Sivep Gripe-SRAG e Sivep Gripe-, e-SUS Notifica, Eventos Adversos Pós Vacina, SIM-P. Para dar agilidade em gerar informações, a equipe do NHE/HNSC-HCC elaborou uma base de dados paralela que incluiu todos os casos de SG de profissionais de saúde, SRAG ou SG hospitalizados e também os casos assintomáticos confirmados nos rastreamentos (Figura 4).

Figura 4: Base de dados para inserção dos casos da Vigilância da Covid-19 no GHC.

The image shows a web-based data entry form for COVID-19 cases. The form is titled "Coronavírus (2019-nCoV)" and includes various fields for data entry. At the top, there are tabs for "Ativo", "Em Tratamento", "Falecido", "Em Recuperação", "Em Isolamento", "Em Observação", "Em Tratamento", "Em Recuperação", "Em Isolamento", "Em Observação". The form includes fields for "Nome", "Data de Nascimento", "Sexo", "CPF", "RG", "Município de Residência", "Estado", "Cidade", "Data de Notificação", "Status de Hospitalização", "Setor", "Hospital", "Município de Residência", "Estado", "Cidade", "Data de Notificação", "Status de Hospitalização", "Setor", "Hospital", "Município de Residência", "Estado", "Cidade", "Data de Notificação", "Status de Hospitalização", "Setor", "Hospital". A "CORONAVIRUS" logo is visible in the top right corner.

Foi muito importante a criação desta base de dados paralela às bases de dados do Ministério da Saúde, pois permitiu agilidade na consolidação dos dados e classificação final dos casos, análise e divulgação rápida de

informações. Adicionalmente, foi disponibilizada uma funcionalidade para gerar painéis e gráficos da situação da pandemia a qualquer momento e por qualquer participante da equipe (ver tópico sobre divulgação da vigilância epidemiológica da Covid-19).

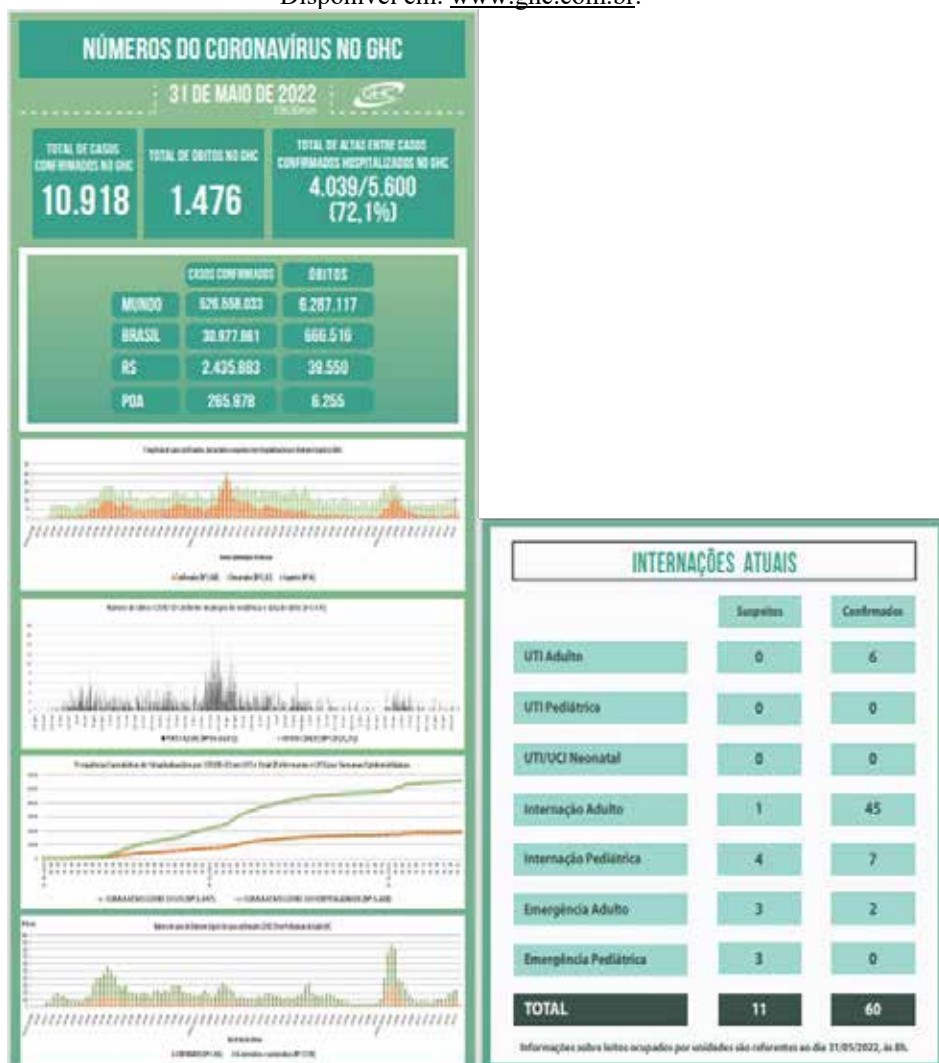
Divulgação de informações da Covid-19 no GHC

Com a responsabilidade de divulgar informações consolidadas e oficiais do GHC a equipe do NHE/HNSC-HCC faz a análise de dados que contabiliza até o dia 31/05/2022 um total de 30.962 notificações de casos suspeitos hospitalizados e de profissionais de saúde, gerando os boletins diários da Covid-19 denominado “Os números do Coronavírus no GHC” (Figura 5).

Até 31 de maio de 2022 foram divulgados 529 boletins diários (<https://www.ghc.com.br>) e 42 informes epidemiológicos na página do GHC (<https://www.ghc.com.br/covid/>).

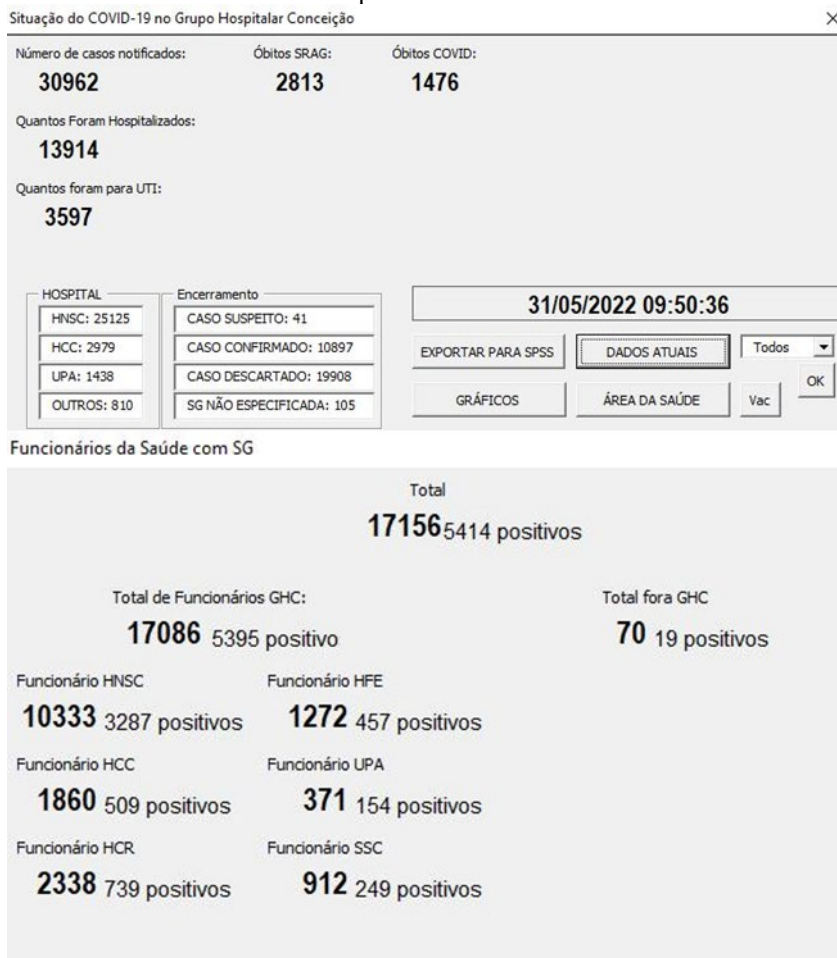
Informações mais completas e as demais notificações como as reinfecções, SIM-A, SIM-P, infecções fúngicas relacionadas à Covid-19 e de eventos adversos pós-vacina Covid-19 estão processadas em outros bancos paralelos individuais e são incluídas nos informes epidemiológicos com periodicidade mensal.

Figura 5: Boletins diários da Covid-19 no GHC.
Disponível em: www.ghc.com.br.



A base de dados do NHE/HNSC-HCC também permite disponibilizar painéis que geram informações em tempo real conforme os dados são inseridos (Figura 6).

Figura 6: Painéis de monitoramento dos casos de SG e de SRAG hospitalizados e de SG entre profissionais de saúde do GHC.



Aspectos epidemiológicos da vigilância de Profissionais de Saúde do GHC com Síndrome Gripal

Para que os profissionais de saúde com SG fossem atendidos de forma adequada, no dia 27 de março de 2020 passou a funcionar uma Central de Triage exclusiva para o atendimento dos pacientes sintomáticos, bem como daqueles que necessitavam coletar exame para rastreamento de contato com casos confirmados domiciliares ou no ambiente de trabalho.

Posteriormente, com a redução do número destes atendimentos, os casos de Profissionais com SG passaram a ser atendidos na UPA Moacyr Scliar. Naquele contexto, o NHE/HNSC-HCC elaborou o protocolo de atendimento e organizou os fluxos para melhor organização de todas as etapas necessárias desde a detecção dos casos até a divulgação de informações oficiais do GHC.

A execução de todas essas etapas exigiu atenção e dedicação de todos os envolvidos para que não ocorressem erros. Diante de toda a pressão e em meio ao turbulento cenário, lidando com uma doença mundialmente desconhecida e grande volume de trabalho, a equipe do NHE/HNSC-HCC, assim como outras equipes do GHC, precisou criar novos fluxos, corrigir outros, elaborar estratégias para agilizar os processos e acima de tudo, conseguir atender de forma atenciosa e humanizada, todos os profissionais que nos buscavam, principalmente no início da pandemia, para tirar suas dúvidas referente ao que estava acontecendo.

Em alguns momentos do processo, mais de 400 amostras diárias, foram encaminhadas ao LACEN/RS para processamento. O trabalho sempre foi sincronizado com o Grupo de Trabalho de Monitoramento do GHC, que diariamente recebia as informações dos casos confirmados e acompanhava este profissional até seu retorno ao trabalho.

Com o objetivo de controlar ou evitar surtos, para cada profissional com diagnóstico confirmado de SARS CoV-2, era desencadeado outro fluxo, com objetivo de realizar o rastreamento dos contatos, que será explanado a seguir com mais detalhes.

Rastreamento de contatos com casos confirmados COVID-19 domiciliar e no ambiente de trabalho

O trabalho de rastreamento dos contatos com casos confirmados demandou uma enorme dedicação dos envolvidos. Ter contato com um caso confirmado, principalmente no início da pandemia, trazia aos profissionais uma grande angústia e extrema cobrança para que as estratégias de rastreamento fossem disparadas o mais brevemente possível.

Em meio ao caos, a equipe responsável por essa tarefa, além de identificar e registrar cada caso confirmado, precisava disparar *e-mails* comunicando aos coordenadores de cada área que seus funcionários seriam rastreados mediante preenchimento de um questionário manual (Figura 7), avaliar o risco de exposição de cada um, listar os possíveis contatos, e por fim, estabelecer a melhor estratégia possível para aquela situação.

Na fase bem inicial dos primeiros casos confirmados entre profissionais de saúde, não havia muitas informações dos órgãos oficiais locais quanto à conduta e ao teste a ser realizado. Mesmo assim, foram desenhados fluxos para atender a essa “população”, conforme os *guidelines* internacionais. Posteriormente, foram adaptadas rotinas no GHC, conforme as orientações do Ministério da Saúde, alinhados com os serviços de vigilância municipal e estadual.

Figura 7: Questionário de preenchimento manual de avaliação de risco de exposição do profissional de saúde com caso confirmado de Covid-19 no ambiente de trabalho ou domiciliar.

FICHA DE INVESTIGAÇÃO PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE TEVE CONTATO COM PROFISSIONAL DE SAÚDE COM COVID-19 CONFIRMADO	
NOME DO CASO CONFIRMADO: _____ (Prof. Saúde com COVID-19)	
Nome Completo do Paciente/Identificação Registro ou Cartão Ponto	Endereço: Rua nº do Setor
CARGO:	SETOR:
GERÊNCIA:	HORARIO:
COM RELAÇÃO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE CONFIRMADO	RESPONDA COM SIM OU NÃO
1. Você teve contato próximo e prolongado com esse profissional, ou seja, esteve interagindo ou em contato por MAIS DE OBTURA A EM UM ESPAÇO MENOR QUE DOIS METROS, com esse profissional?	DATA DA ÚLTIMA EXPOSIÇÃO AO CONTATO ____/____/____
1a. Se a resposta for SIM, por favor descreva brevemente como foi a interação com o profissional confirmado (especifique o local como por exemplo sala de aula, sala de reunião, etc.).	
1b. VOCÊ estava usando um de EPI no momento da interação com o profissional de saúde?	RESPONDA COM SIM OU NÃO Máscara Cirúrgica: NÃO PFTI: Escudo Facial: Outro tipo: _____
1c. O PROFISSIONAL CONFIRMADO estava usando um de EPI no momento da interação com você?	RESPONDA COM SIM OU NÃO Máscara Cirúrgica: NÃO PFTI: Escudo Facial: Outro tipo: _____
COM RELAÇÃO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE ESTÁ RESPONDENDO O QUESTIONÁRIO	
2. APÓS A EXPOSIÇÃO AO CASO CONFIRMADO, VOCÊ SENTIU algum dos sintomas a seguir?	☐ FEBRE ☐ TOSSSE ☐ FALTA DE AR ☐ DOR NO CORPO ☐ DOR DE GARGANTA ☐ CORIZA ☐ PERDA DO GUSTATO ☐ PERDA DO PALADAR ☐ OUTRO: _____
Preencha no caso de não apresentar sintomas que INICIAM APÓS A EXPOSIÇÃO.	
2a. Se você apresentou algum sintoma, por favor, preencha ao lado a DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS	DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS ____/____/____
3. OBSERVAÇÕES: preencha ao lado informações que considere importantes. Descreva o caso como achar necessário. Essas informações não ajudarão a entender melhor seu caso de exposição.	

O objetivo deste questionário é IDENTIFICAR O RISCO DE EXPOSIÇÃO do profissional que teve contato com algum caso confirmado. Essas informações serão utilizadas exclusivamente para análise do caso, portanto NÃO HAVEN-SE CARACTERIZADORIO OU PUNITIVO.

Os casos de COVID-19 entre profissionais foram aumentando muito rapidamente com o avanço dos casos na comunidade e o NHE HNSC/HCC não conseguiu mais, em tempo hábil, analisar os questionários de preenchimento manual quanto às exposições e estabelecer as estratégias em tempo oportuno. Foi nesse momento que, em conjunto com a Gerência de

Figura 8: Questionário informatizado de avaliação de risco de exposição do profissional de saúde com caso confirmado de covid-19 no ambiente de trabalho. Contribuição da Gerência de Informática GHC.

Todos os questionários para avaliação do risco de exposição eram preenchidos no Sistema Administrativo do GHC e havia a necessidade de

realizar as avaliações ainda na janela em que o vírus pudesse ser identificado através do exame e, com isso, afastar o profissional para evitar a contaminação dos demais e controlar surtos. Uma data marcante foi 03 de agosto de 2020, quando foram lançados e avaliados individualmente, mais de 360 questionários de investigação de risco de exposição.

Surto entre Profissionais de Saúde

Um aspecto que exigiu agilidade nos processos foi a avaliação de surtos entre os profissionais de saúde. Identificar o caso índice e desencadear o processo de rastreamento exigiu grande atenção. Identificar o início de um surto, baseado nas normativas da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA) e Secretaria estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), o mais brevemente possível, permitiu a execução da estratégia de rastreamento em tempo oportuno, identificando os profissionais com diagnóstico confirmado para Covid-19 assintomáticos, possibilitando o afastamento imediato das atividades laborais.

O processo de identificação de surtos partia da análise do Banco de Dados Protocolo Covid. Com ele, selecionam-se os casos confirmados dentro de uma janela de tempo, identificando as áreas de atuação, turno de trabalho, se tiveram vínculo epidemiológico no mesmo período em que tiveram diagnóstico confirmado, enfim, uma série de análises de critérios para que realmente fosse considerado surto. Após a identificação, era preciso notificar os órgãos competentes e imediatamente desencadear a estratégia de rastreamento.

Com o início da circulação comunitária da variante delta, houve a orientação de realizar o rastreamento ampliado de toda a área acometida. Naquele período, foram realizados mais de 2.000 exames de profissionais assintomáticos. Para este fluxo, foi feita a tabulação dos dados em tabelas de

Excel, disponibilizadas no Google Drive, para que diversos colaboradores do NHE/HNSC-HCC pudessem, ao mesmo tempo, alimentar e atualizar cada etapa do processo (Figura 9).

Houve um total de 136 surtos notificados no GHC com 1.197 profissionais envolvidos, em diferentes áreas.

Figura 9: Detalhe da planilha de monitoramento de surtos entre profissionais de saúde do GHC.

	A	B	C	D	E	F	G
1	PLANILHA DE MONITORAMENTO DE SURTOS GHC						
2							
3	PLANILHA DE MONITORAMENTO DE SURTOS GHC - 11/01/2022 (ENCERRAMENTO DO CONTROLE DE SURTOS)						
4	HOSPITE	SECTOR	Nº DE CASOS CONFIRMADOS	DATA NOTIFICAÇÃO	DATA ATUALIZAÇÃO	OBSERVAÇÃO	SITUAÇÃO
5	HCC	BLOCO CIRÚRGICO / SR / CME	9	11/08/2020		Último caso em 15/07	ENCERRADO
6	HCC	EMERGÊNCIA	15	11/08/2020	27/08/2020	Último caso em 15/08	ENCERRADO
7	HCC	EMERGÊNCIA MÉDICOS	17	20/01/2021	06/02/2021	Último caso em 21/01/21	ENCERRADO
8	HCC	HIGIENIZAÇÃO HCC	5	22/06/2020		Último caso em 27/06	ENCERRADO
9	HCC	HIGIENIZAÇÃO HCC	13	19/08/2020	02/09/2020	Último caso em 17/08	ENCERRADO
10	HCC	HIGIENIZAÇÃO HCC	6	13/04/2021		Último caso em 27/03/21	ENCERRADO
11	HCC	NUTRIÇÃO	2	13/04/2021		Último caso em 28/03/21	ENCERRADO
12	HCC	UTI NEONATAL HCC	1	21/09/2020		Último caso em 28/08	ENCERRADO
13	HCC	UTI NEONATAL HCC	14	03/12/2020		Último caso em 30/11	ENCERRADO
14	HCC	UTI NEONATAL HCC	3	14/01/2021		Último caso em 04/01/21	ENCERRADO
15	HCC	UTI NEONATAL HCC	2	14/10/2021		Último caso em 04/10/21	ENCERRADO
16	HCC	UTI PED HCC	2	13/04/2021		Último caso em 21/03/21	ENCERRADO
17	HCC	D AMEXO	3	13/04/2021		Último caso em 27/02/21	ENCERRADO
18	TOTAL HCC - 13 NOTIFICAÇÕES						
19	HCR	ALMOXARIFADO	8	13/09/2021	27/09/2021	Último caso em 17/09/21	ENCERRADO
20	HCR	BLOCO CIRÚRGICO / SR / CME	16	12/08/2020	27/08/2020	Último caso em 11/08	ENCERRADO
21	HCR	BLOCO CIRÚRGICO / SR / CME	4	09/07/2021		Último caso em 18/05	ENCERRADO
22	HCR	EMERGÊNCIA	15	12/08/2020		Último caso em 28/07	ENCERRADO
23	HCR	EMERGÊNCIA	3	09/11/2020		Último caso em 31/10	ENCERRADO
24	HCR	EMERGÊNCIA	2	13/08/2021		Último caso em 04/09/21	ENCERRADO
25	HCR	HIGIENIZAÇÃO HCR	16	12/08/2020	22/09/2020	Último caso em 22/08	ENCERRADO
26	HCR	HIGIENIZAÇÃO HCR	3	23/03/2021		Último caso em 04/03/21	ENCERRADO
27	HCR	MANUTENÇÃO	6	09/07/2020		Último caso em 22/06	ENCERRADO
28	HCR	MANUTENÇÃO	8	19/08/2020		Último caso em 28/08	ENCERRADO
29	HCR	MÉDICOS PLANTONISTAS	7	19/10/2020		Último caso em 10/09	ENCERRADO
30	HCR	MÉDICOS ANESTESISTAS	5	09/11/2020		Último caso em 28/10	ENCERRADO
31	HCR	MÉDICOS RADIOLOGISTAS	3	19/02/2021		Último caso em 10/02	ENCERRADO
32	HCR	NUTRIÇÃO	3	12/08/2020		Último caso em 20/07	ENCERRADO
33	HCR	NUTRIÇÃO	9	22/09/2020		Último caso em 06/09	ENCERRADO
34	HCR	NUTRIÇÃO	2	13/04/2021		Último caso em 05/03/21	ENCERRADO
35	HCR	POSTO 4A	4	13/12/2021	16/12/2021	Último caso em 14/12/21	ENCERRADO
36	HCR	RADIOLOGIA	5	12/08/2020		Último caso em 15/07	ENCERRADO
37	HCR	RADIOLOGIA	8	13/04/2021		Último caso em 21/03/21	ENCERRADO
38	HCR	RADIOLOGIA	2	07/01/2022		Último caso em 06/01/2022	ENCERRADO
39	HCR	SEGURANÇA FÍSICA	5	12/08/2020		Último caso em 29/07	ENCERRADO
40	HCR	UTI	6	02/07/2020	18/08/2020	Último caso em 27/06	ENCERRADO
41	HCR	UTI	10	19/08/2020		Último caso em 04/08	ENCERRADO
42	HCR	UTI	2	13/04/2021		Último caso em 26/01/21	ENCERRADO
43	HCR	UTI	5	13/09/2021	16/09/2021	Último caso em 11/09/21	ENCERRADO

Aspectos epidemiológicos da vigilância sentinela de síndrome gripal

A Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal foi criada no ano 2000, para monitoramento do vírus influenza. A vigilância Sentinela de SG tem como objetivo fortalecer a vigilância epidemiológica dos vírus respiratórios, através da identificação da circulação dos vírus respiratórios em cada

período sazonal, possibilitando a identificação de situações inusitadas ou o surgimento de novo subtipo viral. O isolamento de espécimes virais e envio oportuno ao Centro Colaborador de referência para as Américas e para a Organização Mundial da Saúde (OMS) visa à adequação da vacina da influenza sazonal e o monitoramento da circulação de vírus respiratórios.

A Vigilância Sentinela de SG é composta por unidades de saúde definidas pelos gestores dos Municípios, Estados e Distrito Federal. Essas unidades sentinelas devem ter características de atendimento para todas as faixas etárias e, preferencialmente, serem estabelecimentos de atendimento 24 horas (como unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares). Atualmente, além das atividades de rotina para vigilância de influenza e outros vírus respiratórios, as unidades sentinelas incorporaram atividades para a detecção do vírus SARS-CoV-2 na sua rotina.

No GHC, a Vigilância Sentinela de SG iniciou em 2011, e está preconizada a coleta de cinco amostras de SG por semana epidemiológica (SE). No período da SE 26/2011 a SE 24/2013, essas coletas eram realizadas na Emergência do HNSC; nas SE 25/2013 a 53/2014, na Emergência do HNSC e na UPA Moacyr Scliar; nas SE 01/2015 a 31/2019 na UPA Moacyr Scliar. A partir da SE 32/2019, essas coletas passaram a ser realizadas na UPA Moacyr Scliar e na Emergência pediátrica do HCC.

Na pandemia pela Covid-19, conforme o plano de contingência nacional, a partir de junho de 2020, todas as amostras de SG da unidade sentinela do GHC passaram a ser enviadas e processadas para Covid-19. O número de amostras coletadas e enviadas anualmente para análise no Lacen/RS passou de 199 em 2019 para 12.919 em 2020 e 17.776 em 2021, o que representa um aumento de 6.392% e 8.833%, ou aumento de 65 e 89 vezes, respectivamente (Tabela 1). Em 15 de março de 2022 a Unidade

Sentinela de SG retomou a coleta de 5 amostras semanais, conforme atualização das normas técnicas.

Tabela 1: Número anual de amostras coletadas pela Unidade Sentinela de Síndrome Gripal GHC e enviadas para análise no Lacen/RS. Janeiro/2019 a 31 de maio de 2022.

*Em 2019 as amostras foram positivas para outros vírus respiratórios. De 2020 a 2022 foram contabilizadas as amostras positivas para Covid-19.

Ano	Amostras coletadas	Amostras positivas	% positividade
2019*	199	52	26,1
2020	12.919	4.620	35,8
2021	17.776	3.439	19,3
2022	5.379	2.404	44,7

Resultados da Vigilância Epidemiológica Hospitalar relacionada à Covid-19

Até 2019, em uma situação pré-pandemia pela Covid-19, o escopo de atuação do NHE/HNSC-HCC incluía a vigilância de 48 doenças e agravos de notificação compulsória, da Estatística Vital da maternidade do HNSC e a Vigilância do Câncer, além da Vigilância Sentinela da Síndrome Gripal, de Gastroenterite por Rotavírus e de Doenças Neuroinvasivas por Arbovírus.

Em 2018, o monitoramento de indicadores de produtividade do NHE identificou um total de 10.201 casos notificados com 8.422 confirmados de doenças e agravos de notificação compulsória e outras vigilâncias. Para a detecção destes agravos foi necessária a busca ativa de casos entre aproximadamente 880.000 atendimentos, considerando ingressos, consultas ambulatoriais e de emergências.

Em 2021, considerando apenas os resultados da pandemia pela Covid-19 foram realizadas 51.852 notificações de casos suspeitos de Covid-19 e vigilâncias relacionadas (Tabela 2).

Ao comparar a produtividade do NHE/HNSC-HCC em 2018 com a produtividade Covid-19 em 2021, percebe-se um aumento de 408% na produtividade da equipe sem adicionar a média anual de 10.000 notificações dos demais agravos.

Tabela 2: Tabela de produtividade Covid-19 no GHC, 2020 a 31/05/2022.

*Até 31/05/2022; NSA=não se aplica; ND=não disponível.

SG OU SRAG HOSPITALIZADOS	TOTAL/2020	TOTAL/2021	TOTAL/2022*
Nº hospitalizações Suspeita COVID-19 GHC (CONFIRMADOS + DESCARTADOS)	4.726	6.748	2.328
HNSC	3.870	4.836	1.517
HCC	711	1.583	693
HCR	60	181	64
HF	85	140	54
Nº hospitalizações COVID-19 GHC	2.075	2.647	830
HNSC	1.940	2.400	640
HCC	95	98	129
HCR	16	33	31
HF	16	20	22
SÍNDROME GRIPAL COMUNIDADE	TOTAL/2020	TOTAL/2021	TOTAL/2022
Nº total de atendimentos Síndrome Gripal (suspeita de Covid GHC)	26.352	33.906	23.652
UPA MOACYR SCLiar	14.235	18.636	14.367
EMERGÊNCIA HNSC	9.126	8.039	3.078
EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA HNSC	ND	ND	415
EMERGÊNCIA HCC	2.991	7.311	5.480
HOSPITAL FEMINA	ND	ND	191
HOSPITAL CRISTO REDENTOR	ND	ND	121
SÍNDROME GRIPAL PROFISSIONAIS DE SAÚDE	TOTAL/2020	TOTAL/2021	TOTAL/2022
Nº atendimentos por Síndrome Gripal	7.040	6.420	3.797
Nº casos confirmados COVID-19	2.455	1.247	1.762
RASTREAMENTOS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE GHC			
Nº de avaliações de risco de exposição (contato hospitalar + domiciliar)	12.296	3.965	882
Nº de testes realizados	5.808	3.080	115
Nº casos confirmados por RT-PCR	0	60	16
Eventos adversos Pós-Vacina (EAPV) SARS CoV-2			
Nº total de notificações de EAPV SARS CoV-2	NSA	697	2
SIM-P			
Nº de notificações	21	28	2
Nº casos confirmados	12	23	0
INFECÇÕES FUNGICAS RELACIONADAS À COVID-19			
Nº casos confirmados	0	8	0
TOTAL DE NOTIFICAÇÕES	50.435	51.852	30.663

Considerações finais

O reflexo desta pandemia nos serviços de saúde foi singular e o estágio mais desafiador da doença foi o esgotamento dos leitos hospitalares e consequente aumento da letalidade. A mudança de comportamento da pandemia consequente ao início da circulação de diferentes variantes exigiu atenção extrema na readequação das rotinas institucionais e enfrentamento da doença no ambiente hospitalar.

O Hospital Nossa Senhora da Conceição foi eleito um dos primeiros hospitais de referência no estado e tal fato exigiu um planejamento estratégico detalhado e abrangente. A vigilância epidemiológica hospitalar teve um papel relevante para o monitoramento da doença e planejamento de ações em conjunto com os demais setores de gestão hospitalar.

A participação do NHE/HNSC-HCC nas reuniões diárias do Gabinete de Gerenciamento de Crise da Covid-19, a articulação com as Comissões de Controle de Infecção, Núcleo Interno de Regulação, Gerenciamento de Risco, o Laboratório e a Assessoria de Comunicação Social foi fundamental para a integração das ações de vigilância promovendo respostas coordenadas e efetivas. A Gerência de Informática foi extremamente importante na criação de questionários informatizados para a avaliação de risco de transmissão da doença entre profissionais de saúde, bem como na criação e aperfeiçoamento de demais processos de vigilâncias.

As ações da vigilância epidemiológica hospitalar no controle da pandemia tiveram como base oito pilares estratégicos: 1) manter equipe específica para vigilância epidemiológica hospitalar; 2) readequar rápida e efetivamente a metodologia de processos de trabalho; 3) criar algoritmos das atividades bem como atualizar a matriz de responsabilização; 4) agregar profissionais à equipe, de forma temporária para contemplar o aumento excessivo de demandas; 5) intensificar a comunicação clara e objetiva dentro

da equipe e para os demais setores; 6) articular com os diferentes setores da instituição para otimizar tempo na coleta de informações; 7) criar base de dados paralela para análise e divulgação rápida de informações; 8) manter uma boa integração da equipe.

Uma sugestão para próximos eventos de saúde pública é a incorporação de tecnologias de diagnóstico por biologia molecular adequada para grandes volumes, o que pode representar uma redução da sobrecarga de trabalho para diferentes setores da instituição.

As iniciativas multissetoriais construídas serviram para melhorar a execução dos trabalhos, promovendo pilares fundamentais nas situações de emergência de saúde pública que ainda estamos vivenciando. Mesmo sendo difícil prever que a pandemia duraria tanto, é preciso investir em comunicação mais precisa, tendo sempre como principal objetivo a transparência dos processos e dos resultados.

Para o NHE/HNSC-HCC, um dos maiores desafios durante a pandemia tem sido organizar as informações, possibilitando uma comunicação rápida e eficiente entre os diferentes níveis da assistência e da vigilância, assumindo um importante papel na consolidação dos dados e contribuindo nas tomadas de decisões. Todo o esforço desempenhado resultou em muito aprendizado, tanto pelos momentos de pressão devido à demanda de trabalho, quanto o enfrentamento da turbulência do cotidiano, com as frequentes notícias de adoecimento dos colegas e familiares.

Essa realidade fez com que nos tornássemos profissionais melhor preparados, capazes de enfrentar dificuldades de diversos aspectos, e com maior poder de resiliência. Os sentimentos de angústia que foram gerados na busca por respostas rápidas às crescentes demandas da doença, exteriorizados pelos componentes da equipe nos momentos mais difíceis, foram aos poucos sendo substituídos pela sensação de estar pertencendo e

contribuindo em um momento histórico da humanidade. Com as ações que foram desencadeadas para a redução de danos e controle da disseminação da doença na população, houve uma sensação de trabalho integrado, articulado, que nos gratificavam a cada dia. E, finalmente, hoje temos a sensação de missão cumprida. A realidade nos revelou, talvez como um dos maiores aprendizados, que uma equipe empenhada, comprometida e bem conduzida, agrega valores imensuráveis, especialmente trabalhando para uma instituição de tamanha magnitude e representatividade no Estado do RS. Não temos dúvidas de que, atravessar essa pandemia, nos tornou, acima de tudo, humanamente melhores.

Referências

Brasil. Brasília. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. Brasília. DF. 2021. Plano de Fortalecimento e Ampliação da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – RENAHEH.

Brasil. Brasília. Portaria n.º 2.529, de 23 de novembro de 2004. Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos.

Brasil. Brasília. Portaria n.º 2.254, de 5 de agosto de 2010. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

Brasil. Brasília. Portaria n.º 183, de 30 de janeiro de 2014. Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação.

Brasil. Brasília. Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. 15 de março de 2021. Disponível em https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/1_2021/17-03-Guia_de_vigilancia_da_covid_16marc2021.pdf. Acesso em 13/06/2022.

Coletiva de Imprensa – Ministério da Saúde. Testagem ampliada para casos leves. 24 de junho de 2020. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/24-06-2020-coletiva-20-20boletim-20epidemiologico-20e-20diagnosticar-20para-20cuidar-pdf>. Acesso em 13/06/2022.

A EXPERIÊNCIA NO PROCESSO DE REABERTURA DO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - HNSC DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Elisabete Storck Duarte, Fernanda Zanoto Kraemer, Gorete Beatriz Pelisoli,
José Paulo Machado Pereira Junior, Laura Ferreira da Silva, Sthefaní Grudginski

O Ambulatório do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) configura-se como um serviço de alta complexidade, sendo referência em atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para o município de Porto Alegre, Região Metropolitana e interior do Rio Grande do Sul (RS) conforme mapa de referência da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS). O Ambulatório do HNSC presta assistência multiprofissional e especializada, por meio de consultas eletivas para 36 especialidades clínicas e cirúrgicas. Conta com estruturas habilitadas para atendimento de demandas específicas, como o Programa de Reabilitação Auditiva, o Programa de Atenção ao Obeso (CAO III), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e as linhas de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e de pacientes egressos da Emergência do HNSC. O atendimento é organizado em primeiras consultas reguladas pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA), pacientes egressos de internação no HNSC, reconsultas e interconsultas entre as especialidades. Além disso, o Ambulatório é responsável pelo atendimento aos trabalhadores do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), realizado através de consultas clínicas e de especialidades.

Frente ao cenário decorrente da pandemia por Covid-19, foi necessária a realização de adequações nos serviços a fim de reduzir a circulação de pessoas e evitar aglomerações. Portanto, no dia 23 de março de 2020 as consultas no Ambulatório do HNSC foram restringidas, com atendimento somente de casos impossibilitados de adiamento. A série

histórica de atendimento demonstra que o Ambulatório do HNSC realizava, em média, 28.000 consultas mensais no cenário pré-pandêmico, com atendimentos sem restrição de acompanhantes (Figura a seguir).



Os impactos da pandemia repercutiram diretamente nos serviços de saúde e os principais gargalos observados foram: superlotação dos serviços, carência de leitos de complexidade adequada para tratamento de pacientes infectados; e baixo quantitativo de profissionais especializados.

Nos últimos anos, o Brasil tem passado por uma rápida e profunda transformação de perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico, o que impacta diretamente no padrão de adoecimento da população. As análises de morbimortalidade demonstram a continuidade e o aprofundamento da carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo as doenças do aparelho circulatório (DAC) e neoplasias as mais frequentes. Além disso, o rápido envelhecimento da população brasileira também contribui significativamente para a fixação das DCNTs como a

principal causa de adoecimento e morte. Considerando este cenário, nos últimos anos, houve um crescimento expressivo na demanda ambulatorial por diagnóstico e, também, nas mais distintas modalidades de tratamento, com grande impacto sobre os serviços de saúde. Durante o período pandêmico, houve decréscimo de diagnóstico de neoplasias e de doenças cardiovasculares e, no geral, houve uma importante diminuição do número de diagnósticos e consultas de acompanhamento de DCNTs, em divergência com o atual perfil epidemiológico.

Entendendo o perfil epidemiológico brasileiro e os possíveis impactos que a restrição de consultas traria aos pacientes acompanhados pelo serviço, a gestão do Ambulatório esteve constantemente empática com os usuários e avaliou rotineiramente o perfil das consultas, a organização e a circulação de pessoas no ambulatório, a fim de garantir a continuidade de tratamento dos pacientes.

Após uma semana de restrição foram retomadas as consultas oncológicas, pré-natal de alto risco, oxigenoterapia domiciliar, linhas de cuidado do IAM e AVC, bem como de pacientes egressos de internação no HNSC. Em 30 dias, foram retomadas parcialmente as consultas em neurologia, infectologia, reumatologia, psiquiatria e urologia.

Durante o período de restrição de consultas, as equipes médicas foram orientadas a revisar os prontuários dos pacientes agendados previamente, a fim de identificar casos que não poderiam ter seu tratamento interrompido. Dessa forma, a Coordenação do Ambulatório pode garantir a manutenção da assistência aos pacientes.

Trabalhar em meio a uma pandemia exigiu dos profissionais e dos serviços uma estrutura consistente capaz de comandar a tomada de decisões e monitorar os processos conforme as alterações de cenário. Considerando o quadro de funcionários do Ambulatório, composto por muitos profissionais

de grupos de risco para Covid-19 (devido à idade, patologias prévias ou comorbidades), a reabertura dos serviços e a atenção aos pacientes gerou inseguranças e alterações de fluxos de trabalho.

A principal dificuldade dos profissionais de saúde durante a pandemia do Covid-19 estava intimamente ligada ao fato de ser um vírus de alta transmissibilidade e letalidade, gerando medo e insegurança diante do cenário incerto. Neste sentido, a busca pelo conhecimento por meio de treinamentos e trabalho conjunto entre as diferentes categorias profissionais, foi uma estratégia capaz de trazer maior segurança às equipes. A Coordenação do Ambulatório procurou manter-se próxima aos profissionais, repassando orientações oriundas do Gabinete de Gerenciamento de Crise do GHC, garantindo o fornecimento de equipamentos de proteção individual, e compartilhando as tomadas de decisão quanto ao remanejamento de funcionários, reabertura de agendas e organização do serviço.

Em todo o Hospital, foram identificados profissionais com fatores de risco para Covid-19 e foram instaladas medidas adequadas a cada categoria. Profissionais do Ambulatório que não pertenciam ao grupo de risco foram remanejados para cobertura em outras áreas ou atividades, como na triagem de sintomas Covid-19 para acesso de visitantes e pacientes ao hospital; auxílio nas escalas médicas em unidades de internação e na Tenda Covid, destinada ao atendimento a pessoas sintomáticos. Em contrapartida, o Ambulatório também recebeu técnicos de enfermagem da Emergência que eram do grupo de risco e não poderiam seguir trabalhando naquele setor.

O período de redução de circulação de pessoas foi aproveitado para a reorganização do Ambulatório, de fluxos de atendimentos e de processos de trabalho, visando uma retomada segura para os profissionais e pacientes, no momento em que o Gabinete de Gerenciamento Crise do GHC sinalizasse como propício.

Assim, a partir de 15 de setembro de 2020 foram previstas etapas para a ampla reabertura do Ambulatório. Para tal programação, foram considerados os seguintes aspectos: produção por especialidade, absenteísmo, ociosidade de agenda, lista de espera para cirurgia eletiva, tempo previsto para consulta e área física do Ambulatório.

A seguir, são descritas as principais mudanças nos processos de trabalho, bem como as três etapas prioritárias para a efetivação da reabertura do Ambulatório do HNSC.

Reorganização das rotinas, fluxos e processos de trabalho

As ações de reabertura do Ambulatório, como a reorganização do atendimento, visaram reduzir o risco de contaminação por Covid-19 entre profissionais e pacientes. Foi definida uma série de medidas, como: a utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs), higienização do ambiente, redução na circulação das pessoas e campanhas de conscientização com as orientações sobre as medidas de precaução.

Para citar as principais mudanças envolvendo Sala de Espera, faz-se necessário informar que a entendemos como parte do itinerário terapêutico do paciente, que abrange desde o processo de chegada do paciente no Ambulatório (quando ele cruza a porta de entrada), a permanência na sala de espera propriamente dita, até que seja chamado pela equipe de saúde. Vale ressaltar que por vezes este é um espaço agitado, com grande fluxo de pessoas. Desta forma, uma das primeiras medidas foi a redução em 50% da capacidade física das salas de espera. Para acessar o Ambulatório, os pacientes passaram a aguardar a liberação da triagem, realizada pela equipe de técnicos de enfermagem nos Blocos A e H, e composta pela aferição da temperatura corporal e verificação de sintomas gripais (atividade realizada entre 02 de abril de 2020 a 10 de abril de 2022).

Além disso, se reduziu o tempo de espera entre a chegada e a realização de consultas, evitando assim que os pacientes permanecessem desnecessariamente nas dependências do Ambulatório. Para tanto, os pacientes eram orientados a comparecer somente 30 minutos antes do horário agendado para consulta. A permanência dos acompanhantes também foi restringida, salvo os casos amparados por lei e excepcionalidades, que deveriam ser avaliadas pelo enfermeiro do serviço.

Todos os pacientes com sintomas gripais passaram a ser orientados a remarcar suas consultas. O uso de máscara facial passou a ser obrigatório a todos os pacientes e acompanhantes para entrar e circular nas dependências do Ambulatório.

Para higienização das mãos, era obrigatório o uso do álcool 70% na entrada do serviço; além disso, foram instalados dispensadores de parede com álcool 70%.

A fim de garantir uma distância segura entre os pacientes que aguardavam consulta, as cadeiras foram dispostas de forma intercalada (com no mínimo um metro de distância entre uma e outra), e as janelas eram mantidas abertas para que houvesse melhor circulação de ar. Destaca-se também a importante presença dos profissionais da segurança física, que junto à porta de entrada do Ambulatório, contribuíram no controle de entrada dos usuários.

Em relação ao atendimento ao público, tornou-se obrigatório o uso de máscara cirúrgica para profissionais com funções administrativas e assistenciais, durante toda a jornada de trabalho. O protetor facial era obrigatório, caso a distância entre o profissional e o paciente fosse inferior a um metro. No caso de profissionais assistenciais que realizavam procedimentos geradores de aerossóis, a orientação era utilizar a paramentação completa de proteção individual, conforme recomendação do

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HNSC (SCIH/HNSC): gorro descartável, óculos de proteção, protetor facial, luvas de procedimento, máscara N95/PFF2 e avental impermeável.

Atentando-se para o uso correto e racional dos EPIs e dos materiais essenciais em tempos de pandemia, a Coordenação do Ambulatório responsabilizou-se pela gestão destes materiais desde a solicitação até a distribuição. Assim, foi possível assegurar o uso responsável desses equipamentos entre todos os profissionais do Ambulatório, assistenciais e administrativos, garantindo a segurança para o exercício profissional e para a prestação de serviços em saúde para a população.

Nesse cenário, retomou-se junto aos profissionais a Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32), sobre Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, que veda a utilização de adereços como anéis, pulseiras, cordões, brincos e relógios aos profissionais nos ambientes de serviços de saúde. Também houve a recomendação de retirar objetos de uso pessoal de bancadas e superfícies, deixando-as livres.

As agendas dos profissionais foram mantidas abertas pelo período de 12 meses. Assim, férias e congressos eram programados com antecedência para bloqueio de agenda e as consultas já marcadas foram atendidas por outro profissional da equipe. Uma iniciativa instituída a fim de evitar filas, foi o agendamento de reconsultas realizado pelo próprio médico, durante a consulta em andamento, diretamente no sistema de informações do GHC. Até então, as consultas eram agendadas nas recepções do Ambulatório. Reforçou-se a necessidade de cumprir rigorosamente os horários programados de consulta, a fim de evitar aglomerações em sala de espera.

Estabeleceu-se um protocolo para pacientes regulados em consulta no Ambulatório, com quadros clínicos que necessitavam de internação. Definiu-se que os médicos deveriam solicitar consultoria, via prontuário

eletrônico, para o Núcleo Interno de Regulação (NIR), justificando a priorização no seguinte esquema: médico do Ambulatório emitiria uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH); se houvesse leito disponível, o paciente era encaminhado para internação no mesmo dia; em caso de indisponibilidade de leito, era programada a internação para o dia seguinte.

No que se refere à limpeza e higienização, rotinas específicas e mais rigorosas passaram a ser implantadas por cada serviço, de acordo com sua especificidade, com as seguintes orientações gerais:

- Desinfecção com álcool a 70% das cadeiras de usuários nos consultórios na saída de cada paciente, a ser realizado pelo profissional que está realizando o atendimento;
- Desinfecção com álcool a 70% e troca do lençol das macas dos consultórios após a utilização das mesmas, a ser realizado pelo profissional que está realizando o atendimento;
- Desinfecção com álcool a 70% das superfícies de atendimento assistencial fora dos consultórios (bancadas de preparação de medicamentos, de preparação de exames, medicações), a cada duas horas, a ser realizado pelo profissional auxiliar e/ou técnico de enfermagem da área;
- Desinfecção com álcool a 70% das superfícies administrativas (bancadas/escrivinhas para computadores, impressoras, formulários), a cada duas horas, a ser realizado pelo profissional auxiliar administrativo da área;
- Desinfecção com álcool a 70% ou biguanida das bancadas de uso comum, maçanetas, cadeiras livres, dispensador de álcool gel, a cada duas horas, a ser realizado pelo profissional auxiliar técnico de higienização do setor ou de equipe de apoio.

- Nos setores da Pneumologia (Laboratório de Função Pulmonar), Otorrinolaringologia e Centro de Especialidades Odontológicas, a limpeza deveria ser realizada com solução pronta, com uso de biguanida em áreas de contato, e limpeza terminal do ambiente realizado no final do dia. Nos ambientes com janela, o consultório pode ser utilizado imediatamente após a limpeza. Para essas áreas foi elaborado protocolo específico validado pelo SCIH/HNSC.

O horário de funcionamento foi organizado de segundas a sextas-feiras, entre 07h e 19h, com atendimento para consultas a funcionários com duração de 15 minutos, e 20 minutos para atendimento à população em geral. Excepcionalmente, agendas para realização de procedimentos geradores de aerossóis tinham um tempo reservado para cada consulta de 60 minutos de duração. As salas foram disponibilizadas para as especialidades proporcionalmente ao número de consultas programadas, considerando três consultas por hora.

Devido à particularidade do serviço e dinâmica de atendimento no Ambulatório de Oftalmologia, foram realizadas alterações no fluxo de atendimento, como ampliação e padronização do tempo de duração da consulta para 30 minutos, a fim de garantir o atendimento adequado, a realização de exames e a reavaliação posterior. Outra particularidade foi instituir um intervalo de 30 minutos entre as trocas de profissionais nos consultórios desta especialidade, para organização e higienização do ambiente.

A Lei Orgânica do SUS garante a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Neste sentido, os serviços de saúde têm o dever de garantir a adoção de medidas e mecanismos de proteção e promoção à saúde para

todos os trabalhadores que atuam nos serviços. Diante disso, em julho de 2020, a Coordenação do Ambulatório enviou aos seus empregados orientações sobre a retomada dos atendimentos, visando o retorno ao trabalho da forma mais segura possível. Entre as principais, foram:

- A proibição do chimarrão nas áreas do ambulatório, mesmo que individual;
- Autorização da presença de apenas um profissional por vez em salas de lanche;
- Solicitação para cada profissional manter-se em seu local de atendimento, evitando aglomeração em guichês, corredores ou consultórios;
- Solicitação para que todo o profissional comunicasse, imediatamente, se estava apresentando sintomas gripais e se deslocasse para atendimento médico;
- Verificação de temperatura dos profissionais em atividade no Ambulatório, a partir de 06 de julho de 2020;
- Ao retornar as atividades laborais após afastamento por sintomas gripais, a orientação era o seguimento da rotina institucional, que era revisada periodicamente.
- Inibição da circulação nas áreas do Ambulatório antes da liberação médica.

Em setembro de 2020, as orientações gerais sobre reabertura do Ambulatório HNSC, foram enviadas pela Coordenação do mesmo à Gerência de Interunidades de Emergência do GHC, a fim de conhecimento e encaminhamento para as equipes que atuam neste serviço.

Reabertura gradual das primeiras consultas

A primeira consulta consiste em uma modalidade que se destina a atender os usuários do SUS encaminhados ao Ambulatório do HNSC via Central de Regulação de Consultas Especializadas Municipal ou Estadual. Os critérios de reabertura das primeiras consultas das especialidades foram definidos a partir da demanda do gestor municipal, do número de interconsultas autorizadas para cada especialidade, lista de espera cirúrgica, profissionais não repostos na especialidade, impacto à sobrevida dos pacientes, esgotamento da área física em alguns dias da semana e áreas que não necessitavam de Bloco Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva, pois essas unidades estavam sendo disponibilizadas como leitos de atendimento aos pacientes com Covid-19.

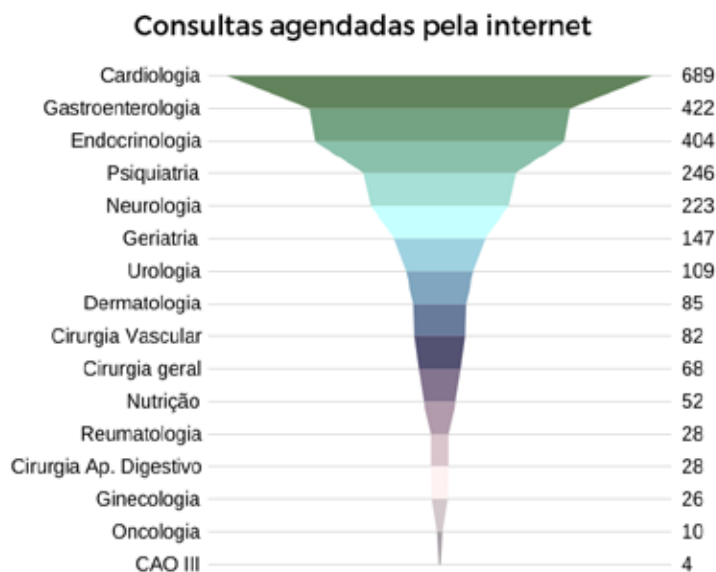
Portanto, a alternativa adotada para o retorno gradual das primeiras consultas das especialidades foi a diminuição do quantitativo a ser oferecido para agendamento. Em 15 de setembro de 2020, houve o retorno das primeiras consultas nas especialidades de Endocrinologia, Gastroenterologia, Pneumologia, Hematologia, Mastologia, Nefrologia, Oncologia, Tumor de Pele e Tratamento da Dor. Um mês depois, retornaram: a Reumatologia e o Serviço de Atenção ao Adolescente. Em novembro de 2020, a Cardiologia, a Cirurgia de Obesidade, a Ginecologia (histeroscopia, laparoscopia e patologia cervical) e a Oncologia Ginecológica retornaram seus serviços e, por fim, em dezembro de 2020, as especialidades de Geriatria, Otorrinolaringologia, Proctologia e Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Plástica também voltaram os atendimentos de primeiras consultas.

Agendamento *online* no portal do paciente para passivo de pacientes com consulta agendada e não realizada durante o período de restrição da pandemia

A demanda de consultas represadas no SUS representa um dos maiores desafios a serem resolvidos para mitigar as consequências da pandemia de Covid-19 na saúde da população atendida. Visualizando a conjuntura da saúde pública no Estado, a Gerência de Interunidades de Emergência do HNSC, em parceria com o Ambulatório do HNSC, desenvolveram a proposta pioneira de agendamento *online*, sendo o primeiro serviço hospitalar do Rio Grande do Sul a disponibilizar esta modalidade de agendamento para consultas ambulatoriais eletivas. Essa proposta visou facilitar o acesso de milhares de usuários que deixaram de consultar durante a restrição de atendimento no ambulatório, entre o período de março de 2020 e setembro de 2020.

A Gerência de Informática do GHC ficou responsável por produzir a plataforma de agendamento *online*, priorizando uma interface de fácil compreensão e de fácil acesso para a população. Os gestores esperavam reduzir um passivo de aproximadamente 50 mil consultas não realizadas durante o período descrito anteriormente, já que não haveria necessidade de deslocamento dos pacientes até o hospital somente para agendamentos, o que por sua vez, reduziria também a circulação de pessoas, evitando aglomerações nas dependências hospitalares.

No entanto, acredita-se que em decorrência do perfil dos pacientes atendidos pelo Ambulatório do HNSC e do curto período de divulgação da plataforma, esta modalidade não correspondeu às expectativas dos gestores, atingindo a marca de 2.623 marcações, quantidade inferior ao acúmulo de consultas não realizadas durante a pandemia.



É importante lembrar que as consultas nas especialidades oncológicas e pré-natal de alto risco mantiveram sua agenda aberta durante toda a pandemia. As especialidades que tiveram seu agendamento retomado antes da disponibilização desta ferramenta foram excluídas desse processo.

Ferramenta de busca ativa para reagendamento de consultas

A busca ativa é um termo muito usado atualmente, principalmente pela vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. Este termo diz respeito à ação de “ir atrás” de indivíduos usuários de um sistema de saúde, com a finalidade de identificar pessoas e sintomatologias, principalmente daquelas doenças e agravos de notificação compulsória (BRASIL, 2001). Entretanto, a busca ativa pode ser mais ampla do que esta definição. Na atenção hospitalar, ela pode refletir o ato de verificar e acompanhar a realidade dos usuários, mas também pode ser um olhar atencioso para o andamento do processo de hospitalização ambulatorial dos pacientes através do

acolhimento e orientação a fim de garantir que o paciente mantenha a adesão ao tratamento. Essas ações, por vezes, necessitam que seja realizada uma busca ativa no banco de dados, coletando informações sobre os pacientes, a fim de identificar aqueles que faltaram a consultas, exames e procedimentos eletivos, ou aqueles que excederam o tempo de retorno para acompanhamento.

O Ambulatório utilizou-se dessa ferramenta para assegurar que aquele passivo considerável de pacientes que deixaram de procurar atendimento médico especializado, e que não aderiram a marcação online, realizassem as suas consultas e retomassem o seu acompanhamento, da maneira organizada, breve e democrática possível.

Durante esta busca ativa, algumas situações foram identificadas como prioridades, devido a especificidades dos pacientes e do serviço oferecido:

- Especialidades de Pneumologia, Cirurgia Torácica, Oftalmologia, Fonoaudiologia e Nefrologia;
- Primeiras consultas da Central de Marcação;
- Reconsultas dos médicos do grupo de risco que não retornaram ao trabalho (passivo aproximado de 800 consultas).

Reabertura gradual das reconsultas.

Esta etapa pressupôs autorizar a marcação das reconsultas necessárias a partir das necessidades identificadas nas primeiras consultas, interconsultas, bem como das próprias reconsultas liberadas no agendamento *online*. Como mencionado anteriormente, o quantitativo autorizado de reconsultas levou em consideração o limite de área física do Ambulatório a fim de evitar aglomerações, bem como foi dimensionado a partir da produção, absenteísmo e ociosidade de cada especialidade.

Atenção à saúde dos trabalhadores do GHC

As sequelas na saúde da população, decorrentes da infecção por Covid-19, podem afetar as pessoas de diversas maneiras. Podem persistir ou surgir sintomas leves, moderados e graves. A chamada “Síndrome Pós-Covid-19” (AUGUSTIN et al., 2021) de acordo com Carfi et al. (2020) se caracteriza pela presença tardia e/ou prolongada de fadiga, dispneia e dores musculares como os sintomas mais usuais. Esses sintomas impactam negativamente na qualidade de vida e funcionalidade dos indivíduos, causando grande preocupação nos sistemas de saúde em todo o mundo.

Conforme dados epidemiológicos mundiais já demonstravam, muitos dos profissionais de saúde foram infectados pela Covid-19. A contaminação pode ter ocorrido no ambiente de trabalho ou em outros em que houve exposição, como no ambiente familiar ou nos meios de transporte. Muitos casos deixaram sequelas importantes, sendo necessária a avaliação e o acompanhamento médico. A fim de garantir a qualidade de vida dos funcionários do GHC e o retorno oportuno, seguro e saudável às atividades laborais, o Ambulatório absorveu a demanda de consultas pós-covid. É importante ressaltar que mesmo antes da pandemia de Covid-19, já era disponibilizado acompanhamento médico para os trabalhadores do GHC nas diversas especialidades oferecidas.

Desta forma, se estabeleceu o seguinte fluxo de atendimento aos funcionários: inicialmente, os trabalhadores sintomáticos eram encaminhados para a triagem e coleta do teste RT-PCR na Tenda Covid-19, localizada na Escola GHC, e afastados durante sete dias consecutivos. No sétimo dia, caso o resultado do teste não estivesse liberado, o profissional seguia afastado, aguardando o resultado do exame e orientações do Grupo de

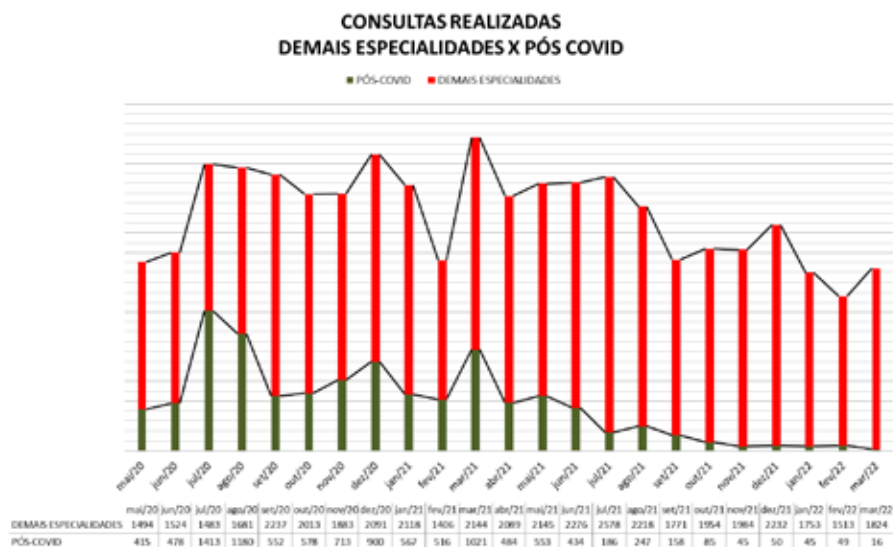
Trabalho de Monitoramento (GT)⁸. Caso o resultado já estivesse liberado e com resultado positivo, o profissional seguia afastado aguardando contato do GT para agendamento de consulta para retorno. Nos casos negativos para RT-PCR, o GT entrava em contato com o profissional a partir do 7º dia para agendar teste de anticorpo e encaminhar o trabalhador para a primeira consulta de retorno. Quando o resultado do anticorpo era positivo, os profissionais recebiam nova orientação de não comparecer à consulta agendada e aguardar novas orientações do GT sobre o retorno ao trabalho, geralmente no 14º dia pós triagem na Tenda Covid.

Com a circulação do vírus em nível mundial, em populações com diferentes estágios de cobertura vacinal, novas variantes da Covid-19 foram detectadas. Essas variantes, por vezes apresentavam um “curso natural de doença” diferentes entre si, onde predominavam determinados sinais e sintomas com níveis de transmissibilidade e adoecimento diferentes, assim como tempos de incubação e transmissão diferentes também. A variante Ômicron é uma variante com dezenas de mutações, que predominou sobre as demais variantes nos últimos picos da pandemia. Segundo a OMS, acredita-se que os indivíduos permanecem transmissíveis por aproximadamente cinco dias. A partir deste conhecimento, um novo protocolo foi estabelecido rapidamente, a fim de responder adequadamente às novas características da pandemia.

O novo protocolo manteve o mesmo fluxo, com tempo de afastamento diferente, em que o trabalhador era encaminhado para realizar a primeira consulta com o Clínico Geral no Ambulatório do HNSC a partir do 5º dia de contágio. Na consulta, o médico avaliava a possibilidade de retorno ao trabalho, e, quando necessário, realizava o encaminhamento para especialistas e/ou exames.

⁸ Vide capítulo específico no volume 1 deste livro.

Ao longo destes dois anos e meio de pandemia, figuraram diferentes níveis de complexidade, diferentes momentos epidemiológicos mundiais com diferentes aspectos biológicos predominantes, relacionados às distintas variantes do vírus. Na mudança constante dos cenários que constituem o quadro de saúde nacional, diferentes medidas também foram impostas no combate à pandemia. Desta mesma forma, o Ambulatório avaliou as tendências e os distintos momentos da pandemia no Brasil, no que tange ao atendimento aos funcionários pós-covid, tendo momentos de maior ou menor procura. De maio de 2020 a março de 2022 foram ofertadas cerca de 30.408 consultas para funcionários, sendo que destas, mais de 10.680 consultas foram destinadas a trabalhadores pós-covid, representando um total de pouco mais de 35% das consultas realizadas, conforme ilustrado no gráfico a seguir.



Considerações finais

A pandemia do novo coronavírus trouxe situações desafiadoras, mas apesar de todo o contexto negativo, foram construídas experiências positivas, garantindo aprendizado, mudanças e qualificação dos processos de trabalho. Destacam-se como um legado prático que foi conquistado durante a pandemia: o aumento da vigilância e cuidado dos próprios profissionais, principalmente, nas questões referentes à higienização e ao uso dos EPIs; o desenvolvimento da habilidade de adaptação e aplicação à realidade através da experiência das constantes mudanças de cenários; o entendimento da importância do repasse de informações dos especialistas de forma objetiva e clara, admitindo o que é conhecido ou não no momento, e permitindo-se alterações de processos de trabalho ao passo em que se conhece mais sobre o cenário; e o próprio controle e gestão de EPIs, medicamentos e tecnologias para o SUS. Tal vivência desenvolveu nos profissionais uma maior capacidade de autogerenciamento, contribuindo de forma muito positiva para o quadro geral de funcionamento do Ambulatório HNSC, produzindo um ambiente de trabalho mais coeso e humanizado.

Idealizou-se um ambulatório compatível com um hospital terciário organizado para atender com equilíbrio a demanda da população e os interesses institucionais, capaz de produzir com excelência, mesmo no cenário enfrentado, da pandemia de Covid-19.

A crise vivida com a pandemia permitiu repensar as atividades do Ambulatório, planejando a reabertura de forma gradual e segura a partir da representação de atividades essenciais. A segurança no atendimento foi conquistada a partir do cumprimento rigoroso dos horários de atendimento e cumprimento das rotinas. O comprometimento de todas as equipes foi fundamental para o sucesso, tanto da equipe assistencial quanto da administrativa, de segurança, de higienização, entre outras.

Muitas das modificações no processo de trabalho devido à Covid-19 foram incorporadas de forma permanente às rotinas do Ambulatório. Dentre elas: a qualificação da área física; agendas dos profissionais abertas pelo período de 12 meses, podendo-se programar melhor as férias e participações em congressos com antecedência para bloqueio de agenda; agendamento de reconsulta pelo próprio médico no sistema de informações, durante o atendimento; protocolo para os pacientes regulados em consulta no Ambulatório, com quadro clínico que necessitavam de internação com solicitação de consultoria para o NIR; disponibilização de agendamento *online*; regramento para entrada para consultas; protocolos de limpeza revisados.

Todas as ações planejadas e executadas durante a pandemia foram baseadas em dados históricos de demanda do Ambulatório e, especialmente, pensados a partir de garantir segurança e facilitar o acesso aos usuários. Entende-se que a empatia pelo paciente, a organização do ambiente e a qualidade técnica são fatores primordiais para o atendimento que é oferecido. Acredita-se em um SUS de qualidade e que o GHC é um diferencial para a saúde da população do RS.

Referências

Júnior A. M. de F., et al. COVID-19 em profissionais da saúde, vivências e perspectivas: um relato de experiência. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 12, n. 12, p. e5258, 20 dez. 2020.

De Paula, Ana Claudia Ramos, et al. “Reações e sentimentos dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes hospitalizados com suspeita covid-19.” Revista Gaúcha Enfermagem, no. 42, 2021, p. 1-7. SciELO, <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/8q8W4TsXcxWFrZnGkY65hnj/?lang=en>.

Kanika Vanshylla, et al. Kinetics and correlates of the neutralizing antibody response to SARS-CoV-2 infection in humans, Cell Host & Microbe, Volume 29, Issue 6, 2021, Pages 917-929.e4, ISSN 1931-3128,

<https://doi.org/10.1016/j.chom.2021.04.015>.

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1931312821001918>)

Carfi A, Bernabei R, Landi F, for the Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. JAMA. 2020;324(6):603–605. doi:10.1001/jama.2020.12603

Projeto de reabertura do Ambulatório em decorrência da Pandemia de Covid-19, Hospital Nossa Senhora da Conceição - HNSC, 2022.

OS DESAFIOS DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO GHC/MELHOR EM CASA NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Aline Barroco Ludwig, Ana Paula Maurelli Teixeira,
Mauro Binz Kalil, Sati Jaber Mahmud

O Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição

O Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (PAD/GHC) – Melhor em Casa, criado em maio de 2004, abrange um território na Zona Norte de Porto Alegre/RS, com aproximadamente 450 mil habitantes e coberto por cinquenta e três Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluídas as doze UBSs do Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

O PAD-GHC tem como objetivos principais: a desospitalização precoce, redução do tempo médio de permanência hospitalar, aumentar a rotatividade de leitos hospitalares, redução de custos, evitar reinternações hospitalares, atender pacientes de maior complexidade no domicílio, promover a transição e continuidade do cuidado e a autonomia do paciente e do seu cuidador no domicílio.

O PAD-GHC possui como critérios para a admissão de pacientes no serviço: ser morador da Zona Norte do município de Porto Alegre/RS e pertencer ao território das UBSs, ter estabilidade clínica, ter plano terapêutico viável no domicílio e ter a presença de cuidador para pacientes dependentes. Os pacientes podem ser encaminhados para o PAD-GHC através de solicitação de consultoria de qualquer ponto da rede como Hospitais (unidades de internação, emergências e ambulatorios de especialidades), Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Centros de Atenção Psicossocial, entre outros pontos existentes na Rede de Atenção à Saúde.

As equipes do PAD são multiprofissionais, formadas por assistentes sociais, enfermeiras, farmacêutico, fisioterapeutas, fonoaudióloga, médicos, nutricionistas e técnicos de enfermagem. O PAD atende em média, 230 pacientes/mês, na sua maioria idosos, com multimorbidades e cuidados paliativos e egressos de internações hospitalares. A maioria dos pacientes assistidos pelo PAD recebe pelo menos uma visita domiciliar semanal e, dependendo da necessidade, pode receber visitas domiciliares diariamente, até duas vezes ao dia.

A criação do Programa Melhor em Casa

Em 2011, o Ministério da Saúde criou, por meio da Portaria nº 2.527/2011, o Programa Melhor em Casa (PMeC), redefinindo a atenção domiciliar no âmbito do SUS, sendo mais um ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

A atenção domiciliar por meio do PMeC é uma modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e promoção à saúde, tratamento de doenças, reabilitação e palição, garantindo continuidade de cuidados no domicílio.

São objetivos do PMeC promover a desospitalização com qualidade e segurança e evitar reinternações desnecessárias, proporcionando um melhor aproveitamento dos leitos hospitalares e otimizando a sua oferta. O perfil de pacientes beneficiados pelo programa abrange todas as faixas etárias, com doenças crônicas, agudas ou crônicas agudizadas. O atendimento é realizado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs), formadas, principalmente, por médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem, fisioterapeuta e assistente social. Outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, terapeuta

ocupacional, psicólogo e farmacêutico) poderão compor as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAPs).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é constituído por EMADs e EMAPs, que atuam de forma complementar aos cuidados realizados na Atenção Primária à Saúde e em serviços de urgência, sendo substitutivo ou complementar à internação hospitalar. É papel do Serviço de Atenção Domiciliar gerenciar e operacionalizar a atuação dessas equipes. Além de proporcionar celeridade no processo de alta hospitalar, o atendimento domiciliar minimiza intercorrências clínicas, diminui os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, de idosos, e oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e seus familiares.

O Serviço de Atenção Domiciliar em Porto Alegre/RS

Em junho de 2014, o município de Porto Alegre/RS iniciou a habilitação de equipes do Programa Melhor em Casa, conforme a Portaria nº 963/2013, que definiu uma equipe para cada 100 mil habitantes. Assim, havia a possibilidade de implantar quinze equipes EMAD no município. O PAD/GHC, pela atuação já exercida e população territorial já atendida, compunha quatro equipes do PMeC. Além disso, foram contatados os demais hospitais da Rede de Saúde de Porto Alegre/RS, sobre o interesse e disponibilidade de habilitar outras equipes. Após essa rodada, foram implantadas inicialmente duas equipes no Hospital Vila Nova, iniciando-se, então, a formação do Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Vila Nova (SAD-HVN). No decorrer do tempo, outras cinco equipes foram habilitadas, chegando ao final de 2016, com sete equipes no SAD-HVN.

Em dezembro de 2018, o Ministério da Saúde contemplou Porto Alegre/RS com a habilitação de mais quatro equipes, visando atingir 100%

de cobertura do seu território com 15 EMADs. Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA) está com 18 equipes, sendo 5 EMADs e 1 EMAP no PAD/GHC e 10 EMADs e 2 EMAPs no SAD/HVN.

Assim, Porto Alegre foi entre as primeiras capitais do país a ter uma cobertura de 100% do PMeC, em parceria com PAD/GHC e SAD/HVN, inserido nas Redes de Atenção à Saúde, ampliando significativamente o acesso ao cuidado domiciliar de maior complexidade em todo o município.

O PAD e a chegada da pandemia da Covid-19

Inicialmente acompanhou-se o impacto da pandemia Covid-19 no continente europeu e América do Norte e, foi-se observando as iniciativas das autoridades sanitárias caso chegasse no Brasil. Com a confirmação do primeiro caso de Covid-19 no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020, e após, o primeiro caso confirmado do Rio Grande do Sul, em 10 de março de 2020, passou-se a discutir internamente com as equipes do PAD e outras equipes de Atenção Domiciliar (AD) do país, bem como, juntamente com a referência técnica de Atenção Domiciliar no Ministério da Saúde, qual seria o papel da Atenção Domiciliar do PMeC na pandemia. Foram cogitadas as seguintes possibilidades para o PAD/GHC/PMeC:

- Aproveitar os profissionais da Atenção Domiciliar na linha de frente da APS e serviços de Urgência e Emergência?
- Manter o acompanhamento dos pacientes crônicos com multimorbidades, evitando contato destes com os serviços de saúde e evitando reinternações?
- Criar equipes específicas para atendimento e acompanhamento de pacientes com Covid-19 no domicílio?

- Atender no domicílio os pacientes pós-covid após longos períodos de internação hospitalar e necessidade de seguimento clínico e reabilitação?

Após algumas discussões com os trabalhadores do PAD/GHC, PMeC e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), foram desenvolvidas rotinas e recomendações como:

- Recomendações/orientações de cuidados de precaução e reorganização de atividades internas na sede do PAD;
- Recomendações/orientações para os profissionais do PAD durante o atendimento domiciliar;
- Recomendações/orientações para os cuidadores/familiares e pacientes do PAD no próprio domicílio;
- Recomendações/orientações para os motoristas e setor de transporte;
- Implementação do monitoramento remoto para pacientes elegíveis;
- Implementação de rodízio nas escalas entre algumas categorias de trabalhadores, com o objetivo de reduzir a circulação e exposição à Covid-19.

Reorganizando a assistência domiciliar

Após várias discussões com a equipe do PAD, foram definidas algumas ações para serem construídas com os núcleos profissionais pertinentes relacionados aos temas prioritários. Assim, dividimos alguns grupos que ficaram responsáveis para redigir rotinas para o setor. Após, foram apresentadas e implementadas orientações com os profissionais do PAD, a fim de minimizar a disseminação do vírus da COVID-19, como:

- Foi implementada a rotina de higienização turno a turno das superfícies como mesas, balcões, teclados, mouses, telefones, entre outros objetos ou equipamentos de uso comum;
- Foram suspensas as reuniões de equipes presenciais e as discussões de casos clínicos;
- Foi implementada a rotina de comunicar à chefia imediata sempre que o profissional apresentasse sintomas respiratórios, ou contato domiciliar com caso suspeito ou confirmado de Covid-19 para que fosse dado o devido encaminhamento;
- Foi implementado o manuseio dos EPIs preferencialmente fora da casa ou fora do cômodo onde se encontrava o paciente suspeito ou confirmado com Covid-19;
- Foi implementada a realização de desinfecção com álcool a 70% de todos os materiais e equipamentos que tiveram contato com o paciente e seu domicílio, como estetoscópios, esfigmomanômetros, oxímetros, termômetros e prontuários físicos;
- Foi implementada a rotina de fornecer máscara cirúrgica descartável para os pacientes e/ou familiares/cuidadores com quadro suspeito ou confirmado de Covid-19, durante a visita domiciliar;
- Foi implementada a rotina de orientar frequentemente os pacientes e seus familiares/cuidadores quanto ao uso adequado das máscaras descartáveis, lavagem de mãos, uso de álcool em gel, higienização de superfícies com álcool a 70%, bem como evitar receber visitas e manter ambiente bem ventilado, se possível;

- Foi implementada a rotina de realizar monitoramento remoto para pacientes estáveis, evitando assim contato e exposição desnecessária dos pacientes com a equipe assistente. Estes pacientes recebiam contato telefônico das equipes, no mínimo uma vez por semana, tinham suas dúvidas sanadas e caso necessário, era agendada visita domiciliar;
- Foi evitado o encaminhamento de pacientes ao hospital para exames e procedimentos eletivos, como por exemplo, tomografia computadorizada, ressonância magnética, gastrostomia, e consultas com especialistas que poderiam ser adiadas, sem prejuízo do seu tratamento;
- Foram envolvidos os motoristas do Setor de Transporte e da empresa terceirizada nos cuidados, incentivando-os sobre a importância da higienização frequente dos veículos, bem como de mantê-los com janelas abertas durante os trajetos. As equipes foram organizadas para que saíssem em grupos menores, evitando a lotação máxima dos veículos;
- Foi implementada a testagem para Covid-19 no domicílio através de teste PCR e de teste-rápido em pacientes sintomáticos respiratórios, agilizando o diagnóstico.

Essas ações eram monitoradas e avaliadas diariamente, realizando ajustes sempre que necessário e comunicando todos os trabalhadores do serviço em tempo hábil.

Desafios: trabalhando com o inicialmente desconhecido

Inicialmente, percebia-se uma certa ansiedade, angústia e medo por parte de vários trabalhadores com a chegada da pandemia em Porto Alegre e com os números assustadores da Europa e dos EUA que vinha-se

acompanhando nos meios de comunicação. O medo de faltar EPIs, o medo da morte, a preocupação com os familiares idosos (pais e avós) e filhos, era assunto frequente nas conversas entre os trabalhadores. Alguns trabalhadores optaram pelo isolamento social de suas famílias, ficando alguns meses sem contato presencial até a chegada da vacina.

Com relação à população atendida pelo PAD/GHC, a maioria vive em situação de vulnerabilidade social e econômica, morando em ambientes pequenos, mal ventilados e com famílias numerosas, o que tornou um desafio para as equipes conseguirem orientar medidas de higiene e distanciamento social. Outro desafio era lidar com os sentimentos das famílias que viram seus entes, previamente hígidos, alguns jovens, saírem do hospital e retornarem para casa com dificuldade de locomoção (muitas vezes acamados), com oxigenioterapia, traqueostomia, sondas, feridas e, a partir disso, terem que assumir o papel de cuidadores. Vivenciou-se também os relatos de várias famílias com importante dificuldade financeira devido a algumas medidas de isolamento implementadas, necessárias na época, que tiveram como consequência a perda do emprego ou do trabalho autônomo.

Nesses dois últimos anos, o PAD sofreu com alguns surtos de Covid-19 entre os profissionais. Nesses períodos de surtos, um número considerável de profissionais foi afastado ao mesmo tempo, causando prejuízo à escala de trabalho. Para conseguir manter a qualidade assistencial e evitar desassistência, a gestão do setor contou com o apoio dos demais trabalhadores, que se dispuseram a auxiliar na cobertura das escalas através de banco de horas.

Resultados após dois anos de pandemia

O PAD/GHC realizou em média, 652 internações domiciliares em 2018 e 765 internações domiciliares em 2019. Nesse período, o percentual

de egressos da rede hospitalar para o PAD foi de 80% dos pacientes. Após o início da pandemia, em 2020, o PAD realizou 746 internações domiciliares, com 83% dos pacientes egressos da rede hospitalar, acompanhando em média 202 pacientes/mês e realizando 15.467 visitas domiciliares (1.289 visitas domiciliares/mês). Já em 2021, o PAD acompanhou em média 229 pacientes/mês, incluiu 869 novos pacientes e realizou 19.785 visitas domiciliares (1.649 visitas domiciliares/mês), com uma taxa de reinternação de 9,8%/mês. Desse total, 83% dos pacientes foram egressos de hospitais da rede do município.

Com relação aos pacientes acometidos pela Covid-19, no período de março de 2020 a abril de 2022, o PAD foi responsável por desospitalizar 158 pacientes pós-covid com múltiplas necessidades de cuidados, após internações complexas, contribuindo com o seguimento clínico e reabilitação física. Estes pacientes foram egressos de todos os hospitais do município. A quase totalidade desses pacientes passou por internações prolongadas em UTIs, retornando para casa com alto grau de dependência, múltiplas lesões por pressão, traqueostomizados, uso de sondas naso-enterais, gastrostomias, oxigenoterapia, hemodiálise e polineuropatia do doente crítico.

No período de março de 2020 a abril de 2022, foram atendidos, entre os pacientes já em Atenção Domiciliar, 65 pacientes suspeitos de Covid-19, sendo que 28 foram confirmados. Destes, a maioria permaneceu em atendimento domiciliar e alguns tiveram de ser transferidos para emergências devido à piora clínica e necessidade de cuidado mais intensivo.

Além de atender uma demanda crescente de egressos pós-covid, o PAD manteve a assistência aos demais pacientes com multimorbidades, que apresentavam critérios para inclusão no PAD.

Mais recentemente, através de uma iniciativa do Ministério da Saúde, foi viabilizado aos Serviços de Atenção Domiciliar/Programa Melhor

em Casa equipamentos concentradores de oxigênio que tem auxiliado na reabilitação pulmonar dos pacientes pós-covid no domicílio.

Legado e aprendizado

O enfrentamento da pandemia por Covid-19 deixa uma marca profunda na vida pessoal e profissional de todos, mas principalmente muito intensa nos envolvidos na assistência à saúde. A responsabilidade de continuar atuando, mantendo-se saudável, assim como seus familiares, talvez tenha sido a mais impactante. Além disso, aprender a lidar com o desconhecido e buscar conhecimento de forma rápida e coerente com a comunidade científica trouxe aprendizados significativos aos profissionais da Atenção Domiciliar.

Com a chegada da vacina, percebeu-se um alívio em todos os profissionais das equipes, vislumbrando um futuro próximo mais seguro, levando à esperança de dias melhores para os trabalhadores da ponta do sistema de saúde.

Como ponto negativo do enfrentamento da pandemia, percebeu-se em algumas etapas, a falta de integração e unidade entre as autoridades sanitárias em nível federal, estadual e municipal, nas orientações para os profissionais de saúde e para a população.

Como pontos positivos, destaca-se a importância da unidade em torno do bem comum, com uma gestão alinhada e em constante diálogo com os trabalhadores e a população. Também o espírito de disponibilidade e solidariedade das pessoas em tempos de crise foi uma característica louvável por parte dos trabalhadores do serviço. Outro ponto positivo foi o desenvolvimento de habilidades para a tomada de decisão, de forma ágil, por parte dos gestores, não havendo espaço para inércia em momentos de crise na pandemia.

Também como avanço, a pandemia impôs a agenda da telemedicina como modalidade de assistência por intermédio da tecnologia em tempos de crise e escassez, ampliando o acesso à saúde a distância para uma parcela importante da população. Fica o desafio para a Atenção Domiciliar do SUS avançar no uso de tecnologias, como o uso de dispositivos para monitoramento remoto de pacientes com doenças crônicas através de plataformas com interface de comunicação entre pacientes e equipes de saúde.

O PAD/GHC teve atuação importante no enfrentamento da pandemia, mantendo o serviço funcionando plenamente, cuidando principalmente dos pacientes crônicos e pós-covid, auxiliando ativamente na desospitalização, na reabilitação e evitando a reinternação de pacientes na rede hospitalar.

E, por fim, como legado, fica a percepção para a rede de saúde de que a Atenção Domiciliar, no âmbito do Programa Melhor em Casa, tem capacidade real de suporte qualificado às altas hospitalares do SUS, abreviando os tempos de internação e viabilizando segurança aos pacientes com planos terapêuticos e necessidades de manejos complexos, em seus próprios domicílios.

Referências

Brasil. Portaria nº 825, 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Brasil. Portaria de consolidação Nº 5, 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Capítulo III. Do atendimento e internação domiciliar. Pág. 144-152.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/arquivos/2022/nota-tecnica-133-2021-pos-covid-orientacoes.pdf>

VIVÊNCIAS NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19

Kelli Figueiredo, Maxuel Cruz dos Santos,
Roselaine Bárbara Litter, Giovana Garziera,
Fabiane Cristina Siebel Anderson, Sthefaní Amaral Grudgiski,
Mauricio Mathias da Silva

*“A coragem está um passo à frente do medo. E a fé dois passos diante dos
dois, com ela abraçamos a coragem e vencemos o medo.”*

Adaptação ao Poema de Colliman Young.

A Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) faz parte da Rede de Atenção às Urgências e Emergências pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência no atendimento a pacientes acima de 14 anos com diversas patologias clínicas e cirúrgicas. Conta com uma infraestrutura de 51 leitos, divididos em salas de atendimento para pacientes de média e alta complexidade.

A equipe da Emergência do HNSC está habituada a prestar assistência à população em situações adversas, em decorrência da realidade de superlotação frequente vivenciada no Brasil, o que exige das equipes gestoras e assistenciais respostas oportunas, uma vez que, constantemente a demanda por serviços de saúde é maior que a oferta, situação enfrentada em todos os pontos de atenção da rede de saúde.

Pensando nos princípios democráticos de integralidade, universalidade e equidade do SUS, a fim de garantir que os pacientes que necessitam de cuidados de alta complexidade e da estrutura de um hospital terciário tenham seu acesso adequado, foi instituído em 2019, o Protocolo de Acolhimento em Restrição Máxima.

Este protocolo, validado institucionalmente, garante que todo usuário que busca atendimento na Emergência do HNSC tem sua demanda

acolhida por um enfermeiro, que utiliza os critérios de acesso estabelecidos. Após este acolhimento inicial, o paciente é encaminhado para atendimento na Emergência, conforme classificação definida pelo Protocolo de Manchester ou orientado a buscar outros pontos da rede, adequados ao seu quadro de saúde e nível de atenção necessário.

A Emergência do HNSC, em parceria com a Gerência de Interunidades de Emergências e Diretoria do GHC, é organizada com o auxílio do protocolo de acolhimento em restrição máxima e outros fluxos assistenciais, sempre objetivando qualificar o atendimento e priorizando solucionar as demandas daqueles pacientes de alta complexidade, que necessitam da estrutura de um hospital terciário.

É importante destacar que esta forma de organização através do Protocolo de Restrição Máxima, não visa barrar o atendimento à população, mas sim garantir que a parcela que realmente necessita de acesso ao serviço terciário consiga acessá-lo rapidamente. O grupo populacional que não é contemplado no ingresso pela Emergência, tem seu acesso à assistência através dos pronto atendimentos ou das unidades básicas de saúde.

Com o avanço da pandemia de Covid-19 no Brasil e no Rio Grande do Sul (RS), o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) percebeu a necessidade de se preparar, criando novos leitos, capacitando a equipe assistencial e contratando novos profissionais para encarar da melhor maneira o cenário difícil que estava por vir. Para o serviço de emergência, mesmo habituado à constante superlotação e ao enfrentamento de adversidades, a pandemia da Covid-19 trouxe um desafio nunca antes vivenciado pela equipe, sendo necessárias diversas ações e busca por soluções, que culminaram nos resultados relatados neste texto.

Situação do serviço de Emergência na pré-pandemia e no início da pandemia

Em 2019, a Emergência do HNSC estava dividida em áreas, conforme complexidade dos pacientes e organização para o atendimento.

A estrutura chamada área azul (área de atendimento inicial para pacientes estáveis) contava com duas salas de classificação de risco, três consultórios clínicos, dois consultórios cirúrgicos, um consultório de apoio, uma área de medicação, uma sala de procedimentos e uma área de observação, onde ficavam pacientes internados em poltronas e cadeiras à espera de leitos.

Todos os pacientes instáveis que chegavam à Emergência do HNSC eram atendidos inicialmente na Unidade de Decisão Clínica (UDC), para que fosse realizada estabilização do quadro. Após estabilizado e definida a internação, o paciente poderia ser encaminhado às salas de internação de emergência, à Unidades de Internação ou ainda, para uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

As demais salas de internação de emergência eram organizadas da seguinte forma:

- Sala Verde: com pacientes internados já estáveis e em condições de serem encaminhados à unidade de internação;
- Sala Laranja: com pacientes internados em estado semicrítico, com necessidade de monitorização.
- Sala Vermelha: com pacientes internados em estado crítico por diversas patologias, geralmente em ventilação mecânica ou sob Protocolo de AVC. Também eram atendidos nesta sala, os pacientes que chegavam em parada cardiorrespiratória até estabilização.

Com o início da pandemia, foram necessárias várias ações para subsidiar a equipe assistencial ao acolhimento e atendimento de pacientes portadores de uma nova doença com pouco conhecimento da transmissão, sintomas e tratamento.

Preparando a equipe da Emergência para o enfrentamento da pandemia

Em janeiro de 2020, iniciou-se a mobilização do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar (NEH) para realizar reuniões de orientação e treinamento para todas as equipes do hospital sobre a Covid-19 e manejo dos pacientes infectados. A gestão da Emergência participou ativamente deste processo desde o início, disseminando as informações para toda equipe assistencial.

A principal preocupação inicial, além do atendimento aos pacientes de maneira adequada, foi com a segurança da equipe. Desta forma, foram realizadas capacitações sobre o uso adequado dos equipamentos de proteção individual, principalmente sobre as etapas da paramentação e desparamentação e também sobre o fluxo correto do atendimento ao paciente suspeito. Todas as atividades propostas pela gestão foram muito bem recebidas pela equipe assistencial da Emergência, que participou de forma maciça e efetiva. Os trabalhadores foram orientados a utilizar as roupas do hospital (calça e blusa ou "pijama cirúrgico"), deixando-as para lavar na rouparia ao final de cada plantão.

Foi dada atenção especial ao abastecimento dos EPIs, para que todos os riscos fossem minimizados, garantindo a segurança dos trabalhadores. Além da máscara N95 e óculos de proteção (que já eram fornecidos), os profissionais receberam também protetor facial (*total face*), e eram orientados a fazer uso sempre que estivessem na assistência direta a

pacientes. O avental impermeável era fornecido à equipe assistencial que atendia pacientes suspeitos ou confirmados com Covid-19.

Organização do atendimento aos pacientes com suspeita ou confirmados com COVID-19

Com o aumento da demanda de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 procurando a Emergência, foi posicionado junto à porta de entrada um técnico em enfermagem devidamente paramentado para orientar a população quanto ao uso da máscara e encaminhar os casos leves às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Os pacientes com sintomas respiratórios importantes, como febre e dispnéia, eram encaminhados para a classificação de risco para triagem, aferição de sinais vitais e posterior atendimento médico. Os identificados como suspeita de Covid-19 já permaneciam na sala de classificação de risco, onde eram devidamente paramentados com avental branco, máscara e luvas, e depois de atendidos e notificados pelo enfermeiro da classificação de risco, eram encaminhados ao consultório médico, especificamente reservado para este tipo de atendimento.

Naquela mesma época, viu-se a necessidade de definir um local para atendimento dos funcionários do GHC e a população que apresentavam sintomas respiratórios leves, com necessidade de orientações sobre Covid-19, testagem e atendimento médico, mas não em nível de urgência. Assim, em abril de 2020, foi aberta a Central de Triagem Covid-19, destinada a absorver a demanda espontânea de sintomáticos respiratórios leves ou aquela encaminhada pelo acolhimento da Emergência. Da mesma forma, a equipe da Central de Triagem encaminhava para atendimento na Emergência os casos com alguma gravidade.

A estrutura foi montada pela Gerência de Interunidades de Emergência, e ficou sob gestão da Coordenação da Emergência, com o desafio de manter duas portas de entrada funcionando simultaneamente para uma demanda crescente.

O funcionamento da Central de Triage COVID-19

A Central de Triage Covid-19 foi instalada na área externa da Escola GHC, coberta por uma tenda de proteção para evitar a circulação de pessoas em espaços fechados e para que se evitasse o aumento da propagação deste vírus, altamente transmissível. Nesta área de tenda, após serem triadas, as pessoas aguardavam atendimento médico ou coleta do teste RT-PCR.

Na área externa coberta pela tenda, foram instalados dois boxes, para coleta do exame e, em uma sala contígua, foi instalada a área para cadastro dos pacientes no Sistema de Informações do GHC. No salão, foram instalados três consultórios médicos, sala de estabilização e áreas para vestiário, paramentação e desparamentação dos profissionais. Também foram disponibilizadas áreas para lanche e descanso da equipe, que permaneciam longas jornadas de trabalho naquele ambiente.

A equipe assistencial inicial era composta por três médicos, três enfermeiros, quatro técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo, além de três profissionais de higienização para manter o ambiente sempre limpo e adequado para o atendimento, realizando constante desinfecção das áreas. Todos recebiam os EPIs recomendados e realizavam treinamentos específicos sobre o comportamento do vírus Covid-19, paramentação e desparamentação, coleta de *swab* nasal para o teste RT-PCR SARS COVID-19, alinhando as rotinas assistenciais ao “Protocolo para o Manejo de pacientes suspeitos de Infecção por Coronavírus (Covid-19)”, do GHC. Este

documento, elaborado pelo SCIH e NEH foi a referência e fundamentação para as atividades desenvolvidas, sendo atualizado constantemente a partir das orientações do Gabinete de Gerenciamento de Crise (uma equipe de gestores escalada pela Diretoria do GHC para definir as estratégias no enfrentamento à pandemia).

O fluxo de atendimento funcionava da seguinte forma: ao chegar, o paciente era orientado a higienizar as mãos com álcool a 70% e colocar a máscara, para depois realizar o cadastro com o funcionário administrativo. Na próxima etapa, o técnico de enfermagem verificava os sinais vitais e então o paciente era encaminhado para o enfermeiro, quando relatava sua queixa e era classificado de acordo com os sintomas para posteriormente ser realizada a coleta e o atendimento médico. O paciente era orientado a aguardar em isolamento domiciliar o resultado do exame, o qual poderia ser acessado através de senha no *site* do GHC. Era também orientado a retornar à Central de Atendimento ou procurar a Emergência do HNSC, em caso de piora dos sintomas.

A Gerência de Interunidades de Emergências e a Coordenação da Emergência do HNSC trabalharam em conjunto para manter o abastecimento de equipamentos e insumos, garantir as escalas assistenciais com pessoal qualificado e toda a manutenção da Central de Triagem Covid-19, apelidada pelos trabalhadores do HNSC como “A Tenda”. Este local esteve operacional durante diversos momentos ao longo dos anos de 2020, 2021 e 2022, atendendo inicialmente a população e funcionários e, posteriormente, somente funcionários do GHC.

O trabalho realizado na Central de Triagem Covid-19 foi fundamental nas diversas fases da pandemia, pois propiciou um atendimento adequado e seguro para os pacientes com sintomas respiratórios leves, evitando a aglomeração na Emergência do HNSC e em outros serviços

hospitalares. Desta forma, os recursos da unidade hospitalar foram otimizados para o atendimento de pacientes com sintomas respiratórios graves e com necessidade de internação.

Adequação da Emergência para atendimento dos pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19

No início da pandemia, o uso de máscaras não era obrigatório para a população, mas foram ofertadas máscaras na entrada da Emergência e seu uso foi orientado durante toda a permanência dentro do hospital. Dispensadores com álcool a 70% foram instalados no saguão e em todas as áreas da Emergência para serem utilizados para higienização de mãos.

Por se tratar de uma grande porta de entrada, todos os profissionais da Emergência receberam máscaras N95 para realizarem o primeiro contato com os pacientes, já que até aquele momento pouco se sabia sobre o vírus. Todas as categorias assistenciais também receberam óculos de proteção ou *total face* e foram orientados a utilizá-los diariamente e enquanto estivessem trabalhando na assistência a pacientes, juntamente com o uniforme/ pijama, sapato fechado e avental branco.

A equipe da Classificação de Risco precisou ser treinada para acolher os pacientes sintomáticos respiratórios, buscando mais uma vez referência no “Protocolo para o Manejo de pacientes suspeitos de Infecção por Coronavírus (Covid-19)”, para classificar corretamente os pacientes com sintomas gripais, e encaminhá-los para as salas de isolamento. O Protocolo Manchester foi mantido e usado de forma conjunta com o referido protocolo de manejo.

Inicialmente, foi reservado um consultório para acolher os primeiros casos suspeitos de Covid-19 que viessem por demanda espontânea. O paciente suspeito passava pela Classificação de Risco, quando relatava os

seus sintomas e ali já era paramentado com avental, luvas e máscara, e encaminhado ao consultório médico, onde a enfermeira que realizou o acolhimento coletava o material para o teste RT-PCR e o acompanhava à consulta com o médico. Para aguardar o resultado do exame, o paciente era conduzido a uma das áreas de isolamento com pressão negativa, dentro da Emergência. Caso necessitasse de internação, o paciente era encaminhado às áreas das unidades de internação com leitos de isolamento.

A próxima mudança estrutural foi a abertura de uma sala de isolamento respiratório na antiga Sala Vermelha. Desse modo, os pacientes críticos que eram atendidos anteriormente na Sala Vermelha passaram a ser atendidos na Sala Laranja, juntamente com os pacientes semicríticos.

A sala de isolamento respiratório, ou “Sala Covid”, foi criada em março de 2020. Sua abertura exigiu diversas alterações físicas na estrutura da Emergência: a coordenação do serviço foi retirada do local e ali foi implantada uma área de desparamentação adequada para a equipe assistencial. A sala de pressão negativa que ficava dentro da Sala Vermelha foi padronizada para a realização de intubação orotraqueal a portas fechadas, minimizando a liberação de aerossóis no ambiente total. Além dos seis leitos já existentes, a sala recebeu poltronas e longarinas para que fosse possível o atendimento de mais pessoas. Torpedos de oxigênio e equipamentos foram disponibilizados para uso exclusivo deste espaço e o box de parada cardiorrespiratória permaneceu reservado para atendimento a pacientes que viessem nesta condição, por demanda espontânea ou referenciada.

Ainda nesta sala, toda a equipe assistencial entrava e permanecia paramentada com EPIS para isolamento respiratório (máscara N95, avental impermeável, touca, luvas, propés) de acordo com SCIH, para minimizar os riscos de contaminação pelos profissionais.

Após a criação desta sala, o fluxo de atendimento passou a ocorrer da seguinte forma: os pacientes com sintomas gripais eram classificados após a verificação dos sinais vitais e eram encaminhados para a Sala de Isolamento Respiratório. Ao chegar na Sala de Isolamento Respiratório, os exames laboratoriais e RX eram realizados e o desfecho clínico era decidido: pacientes com necessidade de aporte de oxigênio por meio de ventilação mecânica invasiva, não invasiva, por meio de cateter nasal ou máscara com reservatório (máscara de *Hudson*).

Após o resultado do teste RT-PCR para Covid-19, os pacientes com resultado positivo eram encaminhados para leitos de isolamento nas unidades de internação ou para a UTI, dependendo da gravidade de cada caso. Os pacientes com resultado negativo eram transferidos da sala de isolamento para as outras salas da Emergência, para leitos em unidades de internação ou para a UTI.

A Sala Vermelha como Sala de Isolamento Respiratório foi suficiente para o atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios até maio de 2020.

Decisões tomadas e mudanças realizadas em decorrência da pandemia

Com o avanço da pandemia, medidas precisaram ser tomadas também em relação ao espaço físico. Os pacientes com sintomas respiratórios aumentavam a cada dia, sendo necessária a ampliação do espaço para atendê-los e, em 19 fevereiro de 2021, duas salas da Emergência (Vermelha e Laranja), se tornaram exclusivas para atendimento de pacientes com sintomas respiratórios. Para que a mudança ocorresse, a Sala Laranja também passou pelo processo de adaptação para isolamento respiratório, com equipamentos e insumos necessários e com espaço adequado para desparamentação da equipe assistencial.

Naquela época, a Emergência dividiu-se em duas áreas: metade dos leitos para isolamento respiratório por Covid-19 e metade para atendimento de outras patologias.

Com o avanço da segunda onda da pandemia, foi necessária uma rápida reestruturação devido ao aumento de casos graves e pacientes com necessidade de ventilação mecânica, sendo necessário também utilizar a UDC e a Sala Verde para atendimento dos pacientes com Covid-19.

Em 27 de fevereiro de 2021, foi realizada uma força-tarefa pela gestão e equipe assistencial da Emergência com o apoio do NIR, equipes de Higienização e Transporte, coordenações de enfermagem dos hospitais Cristo Redentor e Fêmina para, em um único dia, transferir os pacientes com patologias não respiratórias para outras áreas do hospital e para as UTIs dos demais hospitais do GHC, devido à urgência e necessidade de mais leitos para atender a grande demanda dos pacientes sintomáticos respiratórios que chegavam à Emergência.

Foi realizado remanejo de pacientes dentro da própria Emergência: da Sala Laranja para as áreas da Sala Verde e UDC, ambas com espaço físico maior para melhor acomodar os pacientes graves. Naquela ocasião, quase todos os pacientes com Covid-19 se encontravam em suporte de oxigênio por máscara de *Hudson* ou em ventilação mecânica. Mesmo após as transferências externas, ainda permaneceram 32 pacientes internados com Covid-19 na Emergência. A Sala Laranja foi higienizada e desinfetada para receber os pacientes com patologias não relacionadas a Covid-19 e no dia 05 de março de 2021 esta sala, a única da Emergência que ainda atendia pacientes não-Covid, precisou ser incorporada à área destinada ao atendimento dos pacientes com Covid-19, devido ao aumento exponencial de casos. Mesmo com a demanda de pacientes Covid-19, a Emergência continuava atendendo pacientes com outras patologias, regulados pelo

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou por demanda espontânea com ingresso pelo Protocolo de Acolhimento em Restrição Máxima. A Sala de Observação Clínica tornou-se a área para atendimento de pacientes instáveis não-Covid, com quatro leitos e um box para atendimento a parada cardiorrespiratória.

Na época, o Rio Grande do Sul foi fortemente atingido pela pandemia. Em Porto Alegre, todos os hospitais e serviços de pronto-atendimento clínico ficaram superlotados; os pacientes com Covid-19 chegavam à Emergência já em estados muito graves, em ventilação mecânica ou em suporte de oxigênio com máscara de *Hudson* e evoluíam para ventilação mecânica em poucas horas. Foi necessário trazer equipamentos como respiradores, bombas de infusão e monitores de outros serviços do GHC para ser possível atender as necessidades dos pacientes que chegavam na Emergência.

Equipes de outras áreas e de outros hospitais do GHC também prestaram auxílio, trabalhando no atendimento aos pacientes com COVID na Emergência. Médicos intensivistas, clínicos, paliativistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem de todo o hospital atuaram como força de trabalho da Emergência, em escalas que aumentaram drasticamente devido à complexidade dos pacientes, que necessitavam de equipes capacitadas e em número adequado para prestar o atendimento necessário.

Nos meses de março e abril de 2021, permanecemos com mais de 90% da capacidade instalada da Emergência destinada a pacientes internados com Covid-19. A gravidade dos casos era impressionante. Devido à superlotação das UTIs, os pacientes em ventilação mecânica permaneciam em grande número na Emergência, que chegou a ter 47 pacientes em ventilação mecânica! Chegamos à lotação máxima que a capacidade e

equipamentos permitiam, o que acabou culminando no fechamento da Emergência por 24 horas.

Na Sala Laranja foram adaptados encanamentos e equipamentos para realização de diálise à beira leito para os pacientes que necessitaram deste recurso e a equipe do Serviço de Hemodiálise do HNSC prontamente veio realizar o procedimento nos pacientes internados na Emergência.

Em 27 de abril de 2021, após muitas perdas de pacientes graves em decorrência da letalidade da doença e também vitórias com a melhora de uma parte destes pacientes (cada vitória era muito comemorada pela equipe) e com a segunda onda da pandemia em queda, voltou-se a utilizar somente as Salas Laranja e Vermelha para atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios. Nos meses seguintes foi mantida a utilização da Sala Vermelha como isolamento respiratório para o atendimento dos pacientes sintomáticos respiratórios até os dias atuais.

A palavra de ordem passou a ser o ISOLAMENTO e o medo, a incerteza e a insegurança atravessavam os pensamentos das equipes, dos pacientes e dos familiares. Questões que até então passavam despercebidas por serem constituídas como garantias de direitos e que até então eram rotineiras e relativamente fáceis de serem operacionalizadas, passaram a ser fruto de problematização e privação devido aos riscos do encontro físico, como por exemplo: a visita dos familiares, o toque, a conversa do médico com a família e com o próprio paciente, que passou a ser embarreirada por máscaras e mais máscaras. Um cenário devastador, onde muitas vezes, o único desejo de uma pessoa era de um último encontro com seu familiar.

Antevendo esta situação, já em 2020, no início do período pandêmico, uma pequena equipe dentro da Emergência elaborou um projeto chamado “Visita Segura”, que pretendia no limite do possível, manter humanizado o cuidado ao paciente e familiares frente a este cenário, através

de duas estratégias principais: 1) uma equipe de comunicação que fosse referência para as famílias; e 2) visitas virtuais operacionalizadas através de chamadas de vídeo pelo telefone celular. Apesar de não ter sido implementado no início da pandemia por entendimento de haver outras prioridades à época, a segunda onda intensificou os tensionamentos dentro da própria equipe como um todo por formas de garantir um cuidado mais humanizado. A quantidade de casos e a agressividade da doença deixavam claro que grande parte dos pacientes não sairia do hospital com vida, além da restrição total de visitação, ou seja, nem mesmo pacientes com outros quadros não transmissíveis podiam receber visitas.

Em março de 2021, um aparelho de telefone celular com acesso à internet foi destinado exclusivamente para operacionalizar as “visitas virtuais”. O Serviço Social teve papel fundamental na implementação desta estratégia, embora não exclusiva, pois foi partilhada entre profissionais de diversas categorias, como enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionista, médicos e técnicos de enfermagem. Foi determinante haver um trabalho integrado de disponibilidade e de troca de informações para que a ferramenta pudesse ser operacionalizada de fato e com qualidade.

Há que se destacar que foi observado um conjunto de cuidados a serem tomados neste tipo de comunicação para que fosse clara, efetiva e não gerasse ruídos, cumprindo de fato seu papel de levar transparência e humanização do cuidado.

A comunicação com as famílias também foi pensada a partir da constituição de um “time de comunicação”, composto por médicos de referência para transmitir aos familiares informações sobre os pacientes. Considerando que os pacientes ficavam longos períodos hospitalizados na Emergência e que muitas vezes culminavam em óbito, equipe médica fixa para a comunicação com as famílias criaria uma identidade com os anseios e

expectativas de cada grupo familiar, além de proporcionar maior clareza no entendimento da assistência prestada. Porém, esta ação não ocorreu nos moldes em que havia sido pensada no projeto inicial, já que o atendimento médico na Emergência é realizado por plantonistas e assim, profissionais distintos são responsáveis pelo atendimento dos pacientes. Apesar disso, houve garantia de informações sobre o estado de saúde aos familiares, passadas diretamente pelo médico plantonista ao familiar por contato telefônico uma vez ao dia ou mais, caso a equipe julgasse necessário.

O projeto “Visita Segura” demonstrou que mesmo frente a um cenário que demanda complexidade nas intervenções para o tratamento de uma doença tão devastadora, a operacionalização de tecnologias leves⁹ também pode trazer grande impacto na qualidade da assistência e no trabalho das equipes.

Desafios enfrentados, dificuldades superadas

Vários desafios foram encontrados com pontos positivos e negativos a serem avaliados:

- A gestão das mudanças constantes na estrutura e fluxos de atendimento para acolher os pacientes com COVID-19, assim como a comunicação rápida e efetiva com as equipes assistenciais que tinham que se adaptar rapidamente às mudanças necessárias;
- A preocupação em evitar a propagação de uma doença altamente transmissível em um ambiente com constante superlotação de

⁹ Merhy, E.E. & Franco, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

pacientes e um número elevado de funcionários trabalhando juntos.

- A criação de espaços adequados para colocação de uniformes;
- A responsabilidade em não deixar faltar de maneira alguma os equipamentos de proteção individual e os insumos necessários para atendimento aos pacientes;
- A responsabilidade em manter o quadro funcional operante com equipe assistencial compatível à grande demanda de pacientes com complexidade elevada;
- A necessidade de buscar mais equipamentos, para suprir a demanda de pacientes graves nunca antes vivenciada na Emergência, solicitando auxílio para conseguir ventiladores mecânicos, bombas de infusão e monitores que foram cedidos por outros hospitais do GHC no momento que vários pacientes necessitavam desse tipo de suporte;
- A superlotação com pacientes graves, de diversas idades, com ou sem comorbidades, em ventilação mecânica, os desafios de uma doença nova com repercussões clínicas variadas;
- A capacitação e envolvimento da equipe multiprofissional no atendimento aos pacientes para possibilitar o melhor desfecho clínico possível;
- O desafio de proporcionar um atendimento integral e o mais qualificado possível aos pacientes que permaneceram na Emergência por praticamente dois meses, nos moldes do atendimento realizado na UTI. Para tanto, contamos com a parceria de colegas médicos e enfermeiros da UTI para o cuidado ainda mais completo dos pacientes instáveis na Emergência, com treinamentos de prona e balanço hídrico para

enfermagem e o auxílio da equipe médica da UTI para discussão dos casos e atendimento conjunto;

- O compromisso e a responsabilidade de não deixar de lado o cuidado integral e humanizado ao paciente e a família, levando em conta não apenas o olhar clínico.

Em meio a tantas adversidades destaca-se a motivação constante das equipes assistenciais que trabalharam exaustivamente, e que precisaram se adaptar rapidamente a mudanças estruturais e novos fluxos. Exitosamente, a equipe atendeu uma demanda nunca antes vivenciada pela Emergência em gravidade e complexidade.

Das várias adversidades vivenciadas ao longo dos dois anos e meio (até o momento) da pandemia, a pior delas foi a perda de dois colegas muito queridos da equipe de enfermagem da Emergência que foram levados pela Covid-19 em momentos diferentes, mas não menos sofridos. Toda a equipe sentiu estas perdas e permaneceu receosa por outros colegas que precisaram de internação devido à Covid-19. Cada trabalhador da Emergência teve seu próprio desafio – superar perdas de familiares e amigos que foram atingidos pela doença e continuar a assistência aos pacientes.

Na época da segunda onda, a Emergência, que já estava com a equipe desgastada e exausta devido à gravidade e complexidade dos pacientes atendidos, sofreu a perda de seu Gerente, um grande gestor que norteava e incentivava o bom trabalho em todas as áreas sob sua responsabilidade. Mesmo assim, a equipe permaneceu resiliente e consciente da importância da continuidade da assistência aos pacientes, naquele momento extremo em que o mundo vivia as consequências da pandemia.

Para auxiliar os colegas em sofrimento a superar as perdas e momentos difíceis vivenciados na pandemia, a equipe contou com o Serviço

de Psicologia do HNSC que realizou atendimentos em grupo e individuais para aqueles profissionais com interesse em participar.

A equipe vivenciou todas as faces da pandemia com perdas de colegas, familiares e pacientes. Foi preciso superar limites, devido à gravidade e extensão da pandemia, com os recursos disponíveis na Instituição, melhorar capacidades técnicas com o apoio da equipe multiprofissional, com o objetivo principal de prestar assistência integral a todos os que procuravam atendimento na Emergência do HNSC, mantendo-se firmes e unidos como uma equipe que foi a primeira linha de frente no combate à Covid-19 no HNSC.

Aprendizados obtidos com a experiência vivenciada

As áreas de atendimento da Emergência foram adaptadas conforme a necessidade dos pacientes, até que no pior momento da pandemia, a Emergência virou um salão de UTI, onde os pacientes de maior gravidade tiveram todas as condições que teriam na própria UTI para sua recuperação. Essa capacidade de atendimento aos pacientes mais graves deixou como legado a reestruturação do Serviço, culminando na qualificação dos processos assistenciais e influenciando os fluxos de atendimentos que são mantidos atualmente.

Nos dias atuais, a Emergência permanece com seus 51 leitos, reestruturada, mantendo atendimento de qualidade, 100% SUS à população de Porto Alegre e Região Metropolitana. Prioriza-se o atendimento aos pacientes de maior complexidade, que necessitam dos recursos que a Emergência de um hospital terciário e de grande porte tem a oferecer, podendo acessar por demanda espontânea ou por encaminhamento de outros serviços.

Mantém-se o atendimento com base no Protocolo de Acolhimento em Restrição Máxima e no Protocolo de Manchester na classificação de risco, e está dividida em duas áreas de atendimento ambulatorial: observação clínica e observação cirúrgica. Atende pacientes graves na Unidade de Decisão Clínica e ainda os sintomáticos respiratórios na Sala de Isolamento Respiratório (antiga Sala Vermelha), pois infelizmente a pandemia ainda não foi embora. A Sala Laranja foi renomeada como Unidade de Cuidados Críticos para pacientes internados críticos e semi-críticos e a Sala Verde agora é Unidade de Cuidados Intermediários, para pacientes com cuidados intermediários ou mínimos, aptos para serem transferidos para as unidades de internação.

A experiência vivenciada na pandemia deixou, entre outras coisas, o aprendizado sobre a importância de reforçar a qualificação profissional dos trabalhadores da Emergência, investindo na educação continuada. Para isso, permanece atuante um grupo de enfermeiros constantemente envolvidos com treinamentos da equipe de enfermagem sobre as patologias mais atendidas, rotinas assistenciais, criação e atualização de protocolos. Foi produzido um caderno de rotinas assistenciais para técnicos em enfermagem que ingressam na Emergência, que é fornecido durante a recepção dos mesmos no setor, bem como um treinamento inicial para estes trabalhadores.

A aproximação entre as equipes da Emergência e dos hospitais do GHC, do Ambulatório, da Gestão de Risco Assistencial, UTI, enfermarias do HNSC, Gerência de Materiais, entre outros, contribuiu prontamente para manter a Emergência do HNSC em pleno funcionamento no pior momento da pandemia, deixando um legado de solidariedade e união, que não será esquecido.

Considerações Finais

A Emergência do HNSC é a maior do Estado do Rio Grande do Sul. Desse modo, foi a maior porta de entrada para os pacientes instáveis em virtude do vírus SARS-CoV-2. As diversas adaptações físicas, estruturais e de processos que foram realizadas visaram o atendimento humano, qualificado, organizado e de urgência. Todos os pacientes que acessaram o serviço foram acolhidos, classificados e encaminhados.

Os méritos são da instituição que forneceu uma resposta rápida para o problema de saúde pública atual. Esta organização trouxe novos equipamentos que permanecerão no GHC. Permanecem a educação continuada como importante meio de qualificação da equipe assistencial e a união e cooperação da equipe frente à alta demanda de prestação de assistência.

A gravidade que os pacientes chegavam na Emergência destacou a magnitude do vírus e necessidade de mudança de postura para buscar o melhor atendimento, e essa postura instaurou-se no Serviço. Havia decisões rápidas e importantes a serem tomadas, como a mudança de estrutura da Emergência desde o começo da pandemia, até nos seus piores dias. Tudo tinha que ser pensado e realizado rapidamente, conforme a necessidade dos pacientes.

Os desafios foram superados dia após dia com comunicação efetiva e revisão das rotinas assistenciais. Apesar das adversidades, a Emergência do HNSC conseguiu absorver rapidamente as mudanças estruturais e de fluxo, mantendo um trabalho de excelência dedicado aos usuários. A equipe foi forte e resiliente e manteve um trabalho bem feito, até mesmo nos piores dias da segunda onda da Covid-19. O reconhecimento deste trabalho também veio através de um certificado entregue pela Diretoria do GHC, que destacou

a Emergência como o serviço que mais recebeu elogios na Ouvidoria do GHC no primeiro semestre de 2021, pelos serviços prestados à comunidade.

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CRÍTICO COM COVID-19 E O ACOMPANHAMENTO ÀS FAMÍLIAS

Anelise Kirst da Silva, Anelise Cristina Schmitz Franco, Marcelo de Campos,
Michela Domingues Marques, Rafaela Charão de Almeida, Raquel Lutkmeier,
Sofia Louise Santin Barilli, Veridiana Baldon dos Santos

O presente capítulo retrata os principais aspectos que envolvem a assistência de Enfermagem ao paciente crítico com Covid-19, por meio de relatos de experiências de profissionais que atuaram de forma direta e indireta no cuidado a esses pacientes durante a pandemia.

Aspectos Gerenciais da Unidade de Terapia Intensiva

Com o advento da pandemia de Covid-19, o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) foi habilitado como um dos hospitais de referência para prestar assistência a casos suspeitos e confirmados na região Sul do País. As ações necessárias para que isso ocorresse incluíram várias etapas, que foram descritas no Plano de Contingência Institucional. Iniciou-se o processo por meio da instalação do Gabinete de Gerenciamento de Crise, espaço em que eram discutidas temáticas relacionadas ao atendimento dos pacientes e à segurança, tanto destes, quanto dos profissionais que compunham as equipe de saúde.

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além dos processos gerais descritos no Plano de Contingência Institucional, foi elaborado um plano específico para o setor, com vistas a garantir o uso racional dos insumos e dos equipamentos de proteção, planejar o aumento do quadro de pessoal e do parque tecnológico essencial, visando a melhor organização do cuidado dos pacientes.

Primeiramente, houve a necessidade de avaliar a estrutura física da unidade para a alocação dos pacientes suspeitos e confirmados. A UTI é

composta por 59 leitos, divididos em quatro áreas físicas distintas: Área 1 (14 leitos); Área 2 (16 leitos); Área 3 (14 leitos); Área 4 (15 leitos). Uma das primeiras considerações foi em relação à rede de ar condicionado. As Áreas 3 e 4 operam com saídas de ar exclusivas e independentes, o que evitaria a recirculação de ar compartilhado. Isso era fundamental para garantir que gotículas e/ou aerossóis contaminados com Covid-19 não fossem levados às demais áreas e, conseqüentemente, a pacientes não contaminados.

Optou-se então por isolar a Área 4, tornando-a exclusiva para casos suspeitos e confirmados de Covid-19, devido à sua posição mais adequada, não sendo área de passagem para nenhuma outra área. Foram instaladas portas em ambos os corredores de acesso, para separá-la fisicamente da Área 3, uma vez que originalmente são contíguas.

Com o aumento da curva de transmissão e a crescente demanda por leitos de terapia intensiva, pouco tempo depois, houve a necessidade de isolar também a Área 3, que igualmente recebeu uma porta em um dos corredores de acesso. Assim, a UTI passou a ter 29 leitos destinados a pacientes com Covid-19. Uma vez que então um maior número de profissionais estaria envolvido no cuidado a aqueles pacientes, organizou-se uma sala de paramentação – próxima à entrada de ambas as áreas, em local anteriormente utilizado como copa – onde ficavam estocados os equipamentos de proteção individual (EPIs).

A utilização dos insumos de forma racional e a necessidade de um cuidado seguro, não só aos pacientes, mas também aos profissionais, preocupavam os gestores, pois isso também significava garantir ou não o atendimento dos pacientes, visto que o quantitativo de insumos disponíveis e EPIs seria suficiente para apenas trinta dias. Todos os materiais, em especial os EPIs, estavam sendo consumidos em grande escala mundialmente e, no mesmo período, sua confecção estava reduzida, não só pela imensa

demanda, mas também pela diminuição das frentes de trabalho, em indústrias e comércios, imposta pelas medidas de isolamento da população.

Dados internacionais evidenciavam um grande número de profissionais de saúde contaminados, principalmente pela exposição ao se paramentar e desparamentar. A fim de reduzir o risco de contágio e também o consumo de EPIs, determinou-se que os colaboradores se paramentariam antes de entrar na unidade e saíam somente para realizar o intervalo, momento em que retirariam os EPIs na área de isolamento.

Outra medida tomada com vistas a minimizar o desperdício de EPIs (máscara cirúrgica e PFF2, avental impermeável, protetor facial, luvas, toucas e propés) foi a realocação desses materiais dentro da UTI, em armário com acesso restrito aos enfermeiros, para que fossem distribuídos para as equipes nas quantidades necessárias, considerando cada turno de trabalho e os horários de intervalo.

Repensou-se também sobre os momentos que poderiam gerar aglomeração dos profissionais. Foram reorganizados os horários de lanche e intervalos de descanso noturno. Além disso, os vestiários dos técnicos de Enfermagem foram readequados, a fim de atender a demanda de um quadro ampliado de trabalhadores.

Foi criada uma comissão, composta por enfermeiros e médicos, para definir e adequar as modificações necessárias a cada procedimento, principalmente para evitar a disseminação da doença dentro da UTI e entre os profissionais. Naquele momento, já estávamos atendendo pacientes suspeitos e/ou confirmados de Covid-19 na UTI; assim, fomos aprendendo e organizando o protocolo de cuidados dos pacientes com base nas práticas diárias das equipes, que relatavam o que estava funcionando bem e o que precisava ser alinhado, sempre considerando as determinações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Algumas rotinas de cuidado foram adaptadas, de forma a restringir o número de vezes que o profissional entrava no box e tinha contato com o paciente. Cuidados como administração de medicamentos, realização de procedimentos, higiene e conforto, aferição de sinais vitais, foram ajustados para que ocorressem em três ou quatro momentos ao longo do turno de trabalho, visando minimizar a exposição dos profissionais. Foram ministradas capacitações para as equipes sobre formas de transmissão e contágio de Covid-19, paramentação e desparamentação, bem como rotinas de cuidado que foram adaptadas a tais pacientes.

A partir do aumento da demanda por leitos de terapia intensiva e para atender os pacientes internados e aqueles que continuavam chegando pela Emergência, definiu-se abrir uma nova área, contendo dez leitos, localizada no corredor de acesso à UTI, em um espaço físico anteriormente reformado para abrigar pacientes em recuperação cirúrgica. Em função da proximidade com o Bloco Cirúrgico, tais leitos foram destinados para atender, inicialmente, à demanda cirúrgica da UTI. Todos os materiais e equipamentos necessários para a montagem desses leitos foram provenientes dos *backups* de materiais da UTI, Emergência, Bloco Cirúrgico e Sala de Recuperação (SR), sendo possível montar a área em poucos dias.

A aproximação do inverno gaúcho faz com que, todos os anos, haja um aumento das internações por doenças respiratórias, o que possivelmente significaria também um aumento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19. Sendo assim, optou-se por abrir mais seis leitos de UTI na SR e destinar mais quinze leitos da Área 2 da UTI para Covid-19, já que a equipe técnica responsável pelo sistema de ar condicionado atestou que a área estava equipada com filtro HEPA, capaz de filtrar 99,9% dos vírus e bactérias do ar condicionado compartilhado pelas Áreas 1 e 2. Desta forma, a Área 2 também recebeu portas de isolamento para isolá-la da Área 1.

Criou-se uma sala de paramentação e armazenagem de EPIs na porta da Área 2, em espaço antes destinado ao dispensário de medicamentos. A UTI passou a ter 75 leitos, sendo 45 destes destinados a atendimento de Covid-19, e 30 para os demais atendimentos clínicos e cirúrgicos do hospital.

Devido ao risco de uma possível extrapolação da capacidade hospitalar, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) decidiu restringir os atendimentos eletivos e as visitas a todos os pacientes internados. Com isso, também foi necessário adequar a forma como as notícias seriam repassadas para os familiares dos pacientes internados na UTI. Já se tratava de uma realidade difícil dos pacientes com suspeita/confirmados de Covid-19, já que uma das medidas recomendadas pela ANVISA era restringir o contato, que então foi estendida aos demais pacientes.

A comunicação por telefone era ainda mais difícil do que a presencial, exigindo das equipes muito mais preparo e tempo dedicado para que as famílias entendessem o quadro clínico e também o momento inédito que enfrentávamos. Foi então elaborado, pela iniciativa da enfermeira Veridiana Baldon e da psicóloga Anelise Kirst, um protocolo de visitas virtuais, realizadas por videochamadas de *tablets* doados ao serviço, contemplando os pacientes que tinham condições de se comunicar com seus familiares em uma internação que, por vezes, era bastante prolongada.

O dimensionamento de pessoal foi um desafio durante todo o período pandêmico. Embora os recursos financeiros estivessem disponíveis, era um desafio contratar pessoas com a *expertise* necessária, dada a complexidade do trabalho em terapia intensiva. A disponibilidade do mercado de trabalho para uma mão de obra com formação tão específica em quantidade elevada se tornou bastante escassa, uma vez que todos os hospitais da região enfrentavam o mesmo problema. Em contrapartida,

treinar pessoas com pouca experiência nessa área se tornava inviável, já que era preciso cobrir o atendimento aos pacientes, cada vez em maior número.

Apesar de todas as dificuldades inerentes ao período, pode-se dizer que foi possível atravessar o pico dos atendimentos sem a falta de materiais médicos, tecnológicos e EPIs, graças às adequações realizadas no setor para o enfrentamento da pandemia. Também conseguimos manter as escalas de serviço e garantir o atendimento dos pacientes e a margem de segurança técnica para uma assistência adequada.

Hoje, já não estamos mais no auge da pandemia. Temos queda na curva de atendimentos e muito mais segurança das práticas diárias. Passar por um momento único como este nos apontou de forma inevitável nossas fragilidades e nossas fortalezas. Antes não havia um modelo que pudéssemos seguir de como agir em situações como essa, o que tornava tudo ainda mais crítico. Com certeza, a experiência adquirida servirá não só para garantir maior qualidade assistencial e melhor planejamento, como para que a sociedade entenda o importante papel do indivíduo dentro da coletividade.

Gestão de Materiais e Equipamentos

Como mencionado anteriormente, com a pandemia, foi necessário realizar diversos ajustes na organização da UTI, principalmente em relação à área física, aos equipamentos e aos insumos, para que fosse possível prestar assistência qualificada aos pacientes.

Em relação aos equipamentos, o fato de, anteriormente à pandemia, a coordenação da UTI ter destinado um profissional enfermeiro exclusivamente ao gerenciamento dos materiais, com ênfase na manutenção preventiva e corretiva, foi essencial para garantir a qualidade e a segurança da assistência. Assim, quando do início da pandemia, todos os equipamentos necessários ao paciente grave – camas, monitores multiparamétricos,

ventiladores mecânicos, máquinas de diálise – estavam em perfeitas condições de uso. Além dos ventiladores mecânicos já disponíveis, foram adquiridos mais dezoito equipamentos, e mais dez equipamentos foram doados à UTI pelo Ministério da Saúde, totalizando 28 a mais, considerando nosso quantitativo basal. Ademais, foram recebidos ainda cinco ventiladores de transporte e 15 monitores de transporte.

Em relação à área física, inicialmente, restringiu-se a Área 4 para a internação exclusiva de pacientes Covid-19 e, posteriormente, as Áreas 2 e 3. Foi necessário organizar uma sala de paramentação na entrada destas áreas, além de trabalhar repetidas vezes na capacitação de paramentação das equipes, mas principalmente na desparamentação, visto ser o momento mais oportuno na contaminação do profissional, caso não fosse realizado da maneira correta.

Outros ajustes na área física envolveram a montagem de um miniestoque de materiais utilizados para a assistência dos pacientes dentro das áreas assistenciais, visto que os profissionais saíam da área uma única vez, apenas para lanche e ir ao banheiro. Além disso, foi designado um profissional (técnico de enfermagem) como circulante entre essas áreas, responsável por repor os materiais que ficavam no miniestoque e também por alcançar outros insumos que as equipes precisavam na área de isolamento. Esse profissional circulante (que não entrava na área, apenas alcançava na porta tudo que necessário, inclusive garrafinhas de água recebidas de doação para as equipes) também era o responsável pelo controle e reposição dos EPIs. Aventais, máscaras, gorros e propés tiveram que ser rigorosamente controlados para que não faltassem, uma vez que a Covid-19 estava atingindo o mundo inteiro, de forma demasiada. Por muitos momentos, houve também a necessidade de agrupar procedimentos e cuidados devido ao baixo estoque de aventais.

Quando a Área 2 foi restringida, uma nova área de retaguarda precisou ser organizada: a Área 5, a fim de proporcionar mais dez leitos para o atendimento de pacientes com necessidade de cuidados intensivos, não contaminados por Covid-19. Para a montagem desse espaço, a UTI recebeu o empréstimo de dez camas, cinco ventiladores mecânicos, dez mesas auxiliares e um ecógrafo. Para monitorização dos sinais vitais, foram instalados monitores de transporte. Além da Área 5, foram montados mais seis leitos na SR, pois as cirurgias eletivas estavam suspensas.

Foi também adaptado o fluxo de materiais de uso na assistência a pacientes com Covid-19, os quais não eram manuseados pelo técnico responsável pelo material da UTI e, além disso, passaram a ser encaminhados ao Centro de Materiais e Esterilização, em horário distinto dos outros materiais.

A pandemia nos trouxe ensinamento ou mesmo nos lembrou que ninguém trabalha sozinho; que precisamos uns dos outros. Também evidenciou a importância de um profissional específico responsável pela gestão de materiais e equipamentos, que além de gerir a manutenção, tem conhecimento sobre o quantitativo real e o consumo, para que não falem condições adequadas de atendimento aos pacientes.

Assistência Direta aos Pacientes: a linha de frente

E então, em 23 de março de 2020, atendemos o primeiro paciente contaminado com Covid-19, na Área 4 da UTI do HNSC. Era um homem, de 30 anos, previamente asmático e extremamente grave, dada a instabilidade do quadro clínico. Naquele momento, nós, profissionais, vivenciamos uma mistura de sentimentos. Como soldados que vão para a guerra, sabíamos que nossa missão era cuidar da melhor forma possível dos pacientes que nos foram confiados, mesmo que isso significasse trabalhar

com medo e angústia de não saber se nos contaminaríamos ou levaríamos o vírus aos nossos entes queridos, quando retornássemos às nossas casas. Ainda que tivéssemos buscado nos capacitar anteriormente sobre os cuidados e procedimentos necessários, treinado inúmeras vezes como realizar a paramentação, a desparamentação, e que estivéssemos utilizando adequadamente os EPIs, a exposição gerada pela assistência direta aos pacientes fazia com que temêssemos...

Após o primeiro paciente, vieram muitos outros, de modo que, em poucos dias, todos os leitos destinados à Covid-19 estavam ocupados. Tudo ocorria de forma rápida, intensa e preocupante. A assistência intensiva a esses pacientes envolve cuidados complexos, sistemáticos e que consomem bastante tempo dos profissionais. Como exemplo, podemos citar a manobra de prona que envolve normalmente de seis a oito profissionais. Além disso, por se tratar de pacientes muito graves e pela falta de evidências concretas, num primeiro momento, todos os procedimentos eram mais dispendiosos. A utilização da máscara PFF2 e também do *face shield* fazia com que não conseguíssemos nos escutar de forma adequada, o que também era um dificultador do processo de trabalho e exigia muita atenção às falas dos colegas de trabalho. Havia a necessidade de combinar previamente o que e como seria feito, de trabalhar em equipe, de forma multiprofissional e conjunta, cada um fazendo a sua parte pelo maior bem – o paciente.

Junto a tudo isso, um cenário preocupante se desenhava, uma vez que os pacientes eram muito graves e instáveis, demandavam muitos cuidados e necessitavam permanecer por vários dias na UTI. A Emergência do HNSC, destinada a manter, por curto período de tempo, poucos pacientes em ventilação mecânica, passou a ter até 47 pacientes utilizando esse suporte ventilatório. Assim, diariamente, havia uma longa lista de espera para um leito de Terapia Intensiva. Era nosso dever, como equipe, assim que um leito

vagasse, fosse por alta ou óbito, providenciar sua limpeza e organização o mais breve possível para que pudéssemos receber um novo paciente. Em um cenário normal, esse processo já deve ocorrer de forma rápida; porém, naquele momento, deveria ser realizado com muito mais agilidade.

Em pouco tempo, devido ao enorme volume de trabalho, à contaminação de alguns profissionais, com consequente afastamento do trabalho, e ao elevado número de horas extras, as equipes estavam exaustas. Recebemos muitos colaboradores novos, com contratos temporários de trabalho, alguns inclusive sem experiência em UTI, dada a escassez do mercado de trabalho de mão de obra especializada naquele momento. Ao longo dos meses, felizmente, a rotina de trabalho se tornou mais simples, em função da prática, destreza e agilidade que as equipes desenvolveram no cuidado a esses pacientes.

Além de todos os fatores supracitados – relacionados ao processo de trabalho – havia a nossa saúde mental, naquele momento fragilizada. Muitas vezes, sentimos também frustração... Quando, mesmo com as tecnologias disponíveis e todos os esforços da equipe, o paciente era refratário às medidas e acabava falecendo. Não havia como não se colocar no lugar do outro... Quantas histórias ouvimos? Quantas famílias levaram seus entes queridos à Unidade de Pronto Atendimento ou à Emergência para serem atendidos e não conseguiram se despedir? E como nós, entusiastas da visita ampliada, que vemos diariamente a importância da participação da família na recuperação do paciente, lidaríamos com o fato de não poder recebê-los naquele momento? Eram perguntas cujas respostas não tínhamos... Um dos dias mais árduos foi o seguinte à perda de uma colega, técnica de Enfermagem da Emergência. Querida por todos, estava sempre de bom humor e tinha uma palavra amiga... Era como se a equipe estivesse “em

pedaços”... Mas todos sabiam que precisavam estar lá novamente para seguir proporcionando assistência aos outros pacientes também.

Por outro lado, foi muito bom poder participar e vivenciar a alta de alguns pacientes! Quando estavam prontos para serem transportados para a enfermaria, costumávamos fazer um corredor de aplausos antes da saída da UTI, pois queríamos que se sentissem muito vitoriosos por ter vencido a batalha! Foi muito gratificante participar ou até mesmo fazer chamadas de vídeo com os familiares... E lembram do nosso primeiro paciente...? Alguns meses depois, ele concedeu uma entrevista ao Jornal do Almoço, e como homenagem aos profissionais da saúde, tocou e cantou uma música em seu violão... Ah, como esta, quantas demonstrações de carinho tivemos!!! Foram comidinhas entregues nos plantões, cartinhas feitas por crianças, alguns dias recebemos aplausos na janela... Tudo isso ajudava a aliviar a nossa angústia e soava como carinho para a alma, em meio a tantos dias difíceis.

Algumas estratégias foram proporcionadas aos colaboradores da UTI para buscar aliviar o estresse diário de trabalho. Foram realizadas algumas rodas de conversa pela psicóloga atuante na UTI, com o objetivo de proporcionar espaço de escuta aos profissionais. Outra iniciativa incluiu sessões de distensionamento com uma fisioterapeuta do trabalho¹⁰: eram ofertados dez minutos de exercícios guiados para os profissionais da equipe de Enfermagem. Ambas as estratégias obtiveram retorno positivo por parte dos colaboradores, que referiram ter se sentido valorizados.

Quando refletimos sobre tudo o que vivenciamos com a pandemia no cenário assistencial, fica a certeza do quanto aprendemos, principalmente sobre o trabalho multiprofissional e em equipe. Além disso, a convicção de que o trabalho realizado pelas equipes da UTI do HNSC contribuiu para o alcance de melhores desfechos no cenário do Sul do Brasil.

¹⁰ Esta experiência está relatada no primeiro capítulo deste livro.

Atendimento psicológico aos familiares e as visitas virtuais

Em período anterior à pandemia, a UTI do HNSC, então com 59 leitos em boxes individuais, distribuídos em quatro áreas, contava com três horários de visita diários (manhã, tarde e noite) de 30 minutos cada, em que até dois familiares poderiam visitar o paciente. Nesse horário, após as visitas, a equipe médica conversava com os familiares para passar as notícias e esclarecer dúvidas. Além disso, a UTI do HNSC, através do Projeto UTI Visitas, coordenado pelo Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre/RS durante o ano de 2017¹¹, vinha em um processo de “abertura das portas”, por meio da implementação de um modelo de visita familiar ampliada em que os familiares poderiam permanecer junto ao paciente por até doze horas por dia.

O atendimento psicológico na UTI ocorria de forma sistemática a pacientes internados e seus familiares desde 2017, mediante solicitação da equipe ou por demanda espontânea. Aos familiares, acontecia principalmente antes ou após o horário das visitas ou durante o período da visita estendida, em que era possível acompanhar *in loco* a permanência do familiar junto do paciente. Também era oferecido aos familiares, semanalmente, um espaço de acolhimento e suporte realizado pela Psicologia em parceria com o Serviço Social do HNSC.

O advento da pandemia impactou duramente as internações e relações entre pacientes, familiares e equipe: com a necessidade de isolamento dos pacientes, as visitas foram suspensas por tempo indeterminado, trazendo o distanciamento entre os familiares e seus entes queridos. Se em condições habituais, a internação em UTI já era motivo de medo, angústia e tristeza, o surgimento de uma doença até então

¹¹ Hospital Moinhos de Vento apresenta resultados dos projetos UTI Visitas e qualidade de vida pós-UTI. Portal Hospitais Brasil, 2019. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/hospital-moinhos-de-vento-apresenta-resultados-dos-projetos-uti-visitas-e-qualidade-de-vida-pos-uti/>. Acesso em: 22 mai 2022.

desconhecida, agressiva e sem cura, gerando internações prolongadas, foi devastador. Privou os familiares de oferecer a única coisa ao seu alcance num momento de internação em estado crítico, que é a presença física, o toque e o carinho, podendo agravar reações como ansiedade, depressão e sintomas de estresse pós-traumático, tanto para o paciente quanto para seu familiar.

As notícias médicas, que até então ocorriam de forma presencial, passaram a se dar por meio telefônico, o que também trouxe desafios. Sabe-se que a impossibilidade de contato visual com o paciente e também com a equipe podem dificultar a compreensão do quadro e a expressão de sentimentos, afetando também a elaboração do luto, muitas vezes inevitável.

Frente a aquele cenário, foi necessário encontrar alternativas e criar novas ferramentas para possibilitar o contato e amenizar o sofrimento dos familiares. Assim, foram desenvolvidas ações para prover suporte aos familiares de pacientes internados na UTI: o atendimento psicológico por meio telefônico e as visitas virtuais.

Para o acompanhamento psicológico por telefone, bem como para a transmissão de notícias médicas, cada paciente tinha um familiar de referência, cujo número de telefone era disponibilizado à equipe. O acompanhamento aos familiares tinha o intuito de oferecer acolhimento e escuta qualificada às questões emocionais relacionadas à internação em UTI, como o distanciamento do seu ente querido, o receio de também estar contaminado e ter um familiar que poderia rapidamente agravar e evoluir a óbito, impactando significativamente no processo de luto e rituais de despedida.

Outro importante trabalho foi a elaboração do Protocolo de Visitas Virtuais pela Psicologia e pela equipe de Enfermagem e sua posterior implantação, em setembro de 2020, mediante a doação de aparelhos

telefônicos (*tablets*). O protocolo foi baseado no modelo proposto por Crispim et al¹² e previa formas de contato virtual tanto a pacientes em condições de comunicação e/ou compreensão, quanto a pacientes sem condições de comunicação. As visitas virtuais seguiam o seguinte fluxo:

- 1- Diariamente, o auxiliar administrativo da UTI atualizava o censo dos pacientes Covid-19 junto à enfermeira da unidade, ao final do plantão noturno, com a informação de quais tinham condições de comunicação verbal efetiva e/ou de compreensão. A lista era disponibilizada à psicóloga no turno seguinte, para planejamento das visitas;
- 2- Aos pacientes que estivessem em condições de comunicação verbal e/ou de compreensão, era oferecida a possibilidade de vídeo chamada ou chamada de voz com seus familiares. O aceite do paciente era condição imprescindível para a realização da visita virtual e deveria ser evoluído em prontuário;
- 3- Em caso de aceite, a psicóloga entrava em contato com o familiar de referência por meio de um telefone da UTI, em sala reservada, para acompanhamento psicológico e oferecia a possibilidade de visita virtual por vídeo chamada ou chamada de voz, em horário a ser combinado (preferencialmente no mesmo dia, devido à rapidez com que os quadros podiam mudar). No caso de pacientes sem condições de comunicação e compreensão devido à sedação, por exemplo, oferecia-se aos familiares a possibilidade de enviarem mensagens de áudio ou de realizarem chamadas de áudio em viva-voz, permitindo

¹² Crispim, D., et al. Visitas virtuais durante a pandemia de COVID-19: recomendações práticas para comunicação e acolhimento. Disponível em: <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/Visitas-virtuais-COVID-19.pdf>. Acesso em: 22 mai 2022.

que estes falassem ao seu ente querido. Em quaisquer dos casos, a ligação era feita pela equipe do *tablet* da UTI para o familiar;

- 4- No horário acordado, o profissional (devidamente paramentado, conforme protocolo do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HNSC) realizava a chamada de vídeo para cada um dos pacientes com os quais havia sido combinado. Para aqueles sem condições de comunicação verbal e compreensão, realizava-se chamada de áudio em viva-voz ou, na grande maioria dos casos, transmissão das mensagens de áudio enviadas pelos familiares. O tempo desta operação seguia um combinado prévio, não ultrapassando cinco a dez minutos de áudio ou chamadas. Não eram enviadas fotos ou dados clínicos pelo aplicativo;
- 5- Ao entrar e sair de cada leito, era necessária a desinfecção do *tablet* com compressa úmida de biguanida ou álcool isopropílico; realizava-se a desparamentação completa e o registro no prontuário de todos pacientes que receberam alguma forma de contato de seu familiar.

Durante o período de execução desse projeto, de setembro de 2020 a setembro de 2021, foram realizados mais de 1.200 contatos entre pacientes e seus familiares, seja na forma de chamada de vídeo, voz ou mensagens de áudio enviadas de todo o Brasil e exterior. Foi possível acompanhar diversas situações, tornando evidente a importância de ofertar esse contato entre pacientes e familiares. Chamou a atenção a confiança dos familiares durante as inúmeras chamadas de voz realizadas ao paciente, pois eram telefonemas em que não havia nenhuma forma de contato visual, nem mesmo com a equipe. O telefone e o profissional presente eram os únicos elos que mantinham paciente e familiares em contato. Também vivenciamos situações de urgência psicológica com vídeochamadas realizadas em

momento pré-intubação. Trazemos como exemplo um paciente que, ao ser comunicado da necessidade de intubação, solicitou falar com suas filhas no intuito de despedir-se e passar orientações, uma vez que não sabia o que lhe esperava. Apesar de esse momento não ter sido considerado pelos familiares como uma despedida, ao passar de alguns dias o paciente veio a falecer e a vídeochamada solicitada por ele foi de fato o último momento em que pai e filhas se viram e se falaram.

Houve situações em que a vídeochamada foi o meio de o paciente internado vir a saber de notícias de óbito de familiares, fosse por Covid-19 ou não, com os quais estavam preocupados e por quem perguntavam. Esses casos eram especialmente delicados, pois era necessário considerar, além do desejo do paciente em querer saber notícias, a disponibilidade de um familiar para fazer tal comunicado por telefone/vídeo. Era assegurado ao familiar que a equipe estaria presente para auxiliar na conversa e também para o caso de qualquer intercorrência com o paciente, o que não chegou a ocorrer em nenhuma das ocasiões, não diminuindo, entretanto, a tensão e a emoção presentes na cena.

As visitas virtuais oportunizaram a pacientes e familiares estarem juntos em momentos importantes da vida como aniversários, gestação da esposa, acompanhamento de um filho no seu dia-a-dia ou ver seu bebê recém-nascido, fosse em casa ou no hospital. Testemunhamos promessas de reencontro e retomada de vínculos, encontros com netos, filhos, pais, avós, amigos e também declarações de amor, pedidos de perdão e despedidas.

Além de tudo, as visitas virtuais, quando possível, trouxeram aos familiares o elemento visual que, junto às notícias médicas, auxiliaram para a melhor elaboração e compreensão do quadro do paciente. Mesmo em situação adversa como foi a pandemia de Covid-19, ou justamente por se tratar de um evento que causou tanto impacto para as internações e relações

peçoais, é imprescindível o cuidado à família, atentando para as demandas e as necessidades emocionais de pacientes e familiares de forma a minimizar riscos e favorecer bem-estar psíquico.

Rotinas Assistenciais e Educação Continuada

Com a necessidade cada vez maior e mais próxima de iniciarmos o atendimento a portadores de Covid-19 com a forma mais grave da doença, percebemos a necessidade de estabelecer um protocolo assistencial, a fim de padronizar condutas e garantir máxima segurança e qualidade de atendimento, durante a jornada de trabalho na UTI.

Inicialmente, reunimos as informações disponíveis nas bases de dados sobre SARS-CoV-2 e Covid-19, além do referencial institucional do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) para manejo destes pacientes. Criamos um pequeno comitê com enfermeiros que atenderiam na linha de frente e que organizaram o fluxo de atendimento dos pacientes nessa unidade.

A ordem de disposição desses pacientes nas áreas físicas da UTI já havia sido estipulada pela Coordenação da UTI. O que faltava no momento eram as certezas de como prestar a melhor e mais segura assistência frente a uma pandemia que assolava o mundo.

Naquele momento, eram escassas as evidências que garantissem um atendimento seguro. Então, além do referencial teórico, buscamos experiências prévias de assistência a pacientes com grave disfunção ventilatória (como na epidemia de H1N1), e nos debruçamos para organizar as capacitações às equipes que atenderiam esses doentes.

A primeira estratégia foi capacitar todos os profissionais, utilizando a demonstração, em pequenos grupos, de procedimentos básicos como a paramentação, a desparamentação e o uso correto de EPIs, bem como as

técnicas adaptadas para intubação endotraqueal e atendimento à parada cardiorrespiratória. Capacitamos os profissionais de enfermagem, médicos e fisioterapeutas, em todos os turnos.

Após os treinamentos iniciais, continuamos com o processo de educação em serviço, com o reforço das técnicas e preparo das áreas físicas para o recebimento destes pacientes; confeccionamos adesivos com o passo a passo do processo de paramentação e de desparamentação e aplicamos nos boxes da unidade de destino, o que auxiliou os trabalhadores na revisão da técnica, uma vez que eram muitas etapas a serem seguidas, a fim de garantir uma proteção eficaz.

Com o passar dos meses e a persistência da pandemia, o mundo foi descobrindo como prestar assistência a tais pacientes e identificar as melhores práticas para a proteção da equipe. O HNSC participou ativamente desta evolução, e continuamente revisamos nossos processos assistenciais. Foi aprimorada a técnica da posição prona, utilizando a lona de transferência ou *roller*; tal técnica foi desenvolvida por um membro da equipe assistencial.

Construímos um manual de rotinas de enfermagem na assistência ao paciente crítico com Covid-19¹³ que está publicado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e as técnicas modificadas para intubação, parada cardiorrespiratória e posição prona com uso da lona de transferência foram amplamente divulgadas e persistem na nossa prática assistencial atual.

Foram muitos os desafios e medos que a equipe vivenciou, aprendemos a cuidar dos doentes com a pandemia em curso, sem tempo hábil para treinamentos e com discussões diárias na equipe multiprofissional sobre as melhores práticas. Todo o preparo para aquele momento no serviço

¹³ Grupo Hospitalar Conceição. Hospital Nossa Senhora da Conceição. Rotinas de enfermagem na assistência ao paciente crítico com COVID-19 [Monografia em Português]. Porto Alegre, 2021. 23 p.

de saúde, foi devidamente estudado e discutido entre pares, baseado em evidências científicas e centrado no cuidado seguro do paciente, da família e da equipe assistencial.

Hoje, ao olharmos para o passado, não tão distante, fica a certeza do excelente trabalho que a equipe da UTI do HNSC desenvolveu naquele período crítico da pandemia e que segue prestando aos doentes acometidos pela Covid-19.

O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MOACYR SCLiar

Fabiane Regina Monteiro de Ávila , Niva Maria de Deus Martinez,
Roselaine Murlik

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar é qualificada pelo Ministério da Saúde como uma UPA 24 horas. Inaugurada em setembro de 2012, faz parte da Rede de Atenção às Urgências do Município de Porto Alegre. Sua estrutura tem uma área construída de 1.485 m². Considerada uma unidade de complexidade intermediária, foi criada para ser referência de atendimento aos moradores da Zona Norte de Porto Alegre, atende, também, uma demanda importante de pacientes oriundos da Região Metropolitana e outros municípios do Rio Grande do Sul. Segundo o Relatório Integrado do GHC de 2021, pacientes fora de Porto Alegre representaram 26% dos atendimentos. Integrante do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em 2021 atendeu cerca de 32% dos atendimentos de emergência do complexo, prestando apoio a outras unidades, como Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital Cristo Redentor (HCR) e Unidades do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) e do Consultório de Rua.

No período pré-pandemia, em 2019, a equipe era composta por cerca de 180 trabalhadores, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares administrativos, profissionais de nutrição e outros. O quadro contava, também, com 70 profissionais terceirizados, entre auxiliares administrativos, equipe de segurança e higienização.

Naquele período, a estrutura da unidade continha dezessete leitos: doze para observação de pacientes adultos, dois leitos de isolamento, três leitos para cuidados intensivos e um leito de atendimento à parada cardiorrespiratória na sala de urgência. Havia nove consultórios: sete

consultórios médicos, um consultório cirúrgico e um consultório odontológico.

O princípio de Tudo - Cronologia da pandemia na UPA Moacyr Seliar

Em 31 de dezembro de 2019, as autoridades chinesas emitiram o primeiro alerta à Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre uma série de pneumonias de origem desconhecida na Província de Wuhan e, no dia 7 de janeiro de 2020, confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. Na sequência, em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto do novo coronavírus como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), passando a ser conhecido em 11 de fevereiro de 2020 como SARS-COV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome*).

Naquele contexto, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) passou a ser referência para o atendimento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 no Rio Grande do Sul (RS), criando o Gabinete de Gerenciamento de Crise Coronavírus (GGCC). Foi elaborado um Plano de Contingência e o Protocolo para o Manejo de Pacientes Suspeitos de Infecção. Em fevereiro de 2020, a UPA Moacyr Seliar iniciou a organização de um fluxo interno de atendimento e isolamento de pacientes com suspeita de infecção por coronavírus.

Tendo em vista as características de transmissão do SARS-COV-2, principalmente pelas gotículas respiratórias e a disseminação aérea por procedimentos geradores de aerossóis, a gestão adaptou, de forma inicial, um dos consultórios (nº 4) como primeiro local de atendimento. As consultas eram realizadas dentro desse consultório e, como ele dispõe de uma porta para a área externa, as coletas de material para testagem (RT-PCR COVID) eram realizadas no pátio.

O primeiro caso suspeito de infecção por coronavírus foi notificado em 26 de fevereiro de 2020. Os pacientes eram atendidos em fluxo único, não havendo ainda separação de pacientes com sintomas respiratórios e os demais. Quando identificado um caso suspeito, o paciente era encaminhado para o Consultório 4, onde aguardava a consulta médica, estando este, paramentado com os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) específicos para realizar o atendimento. A incorporação dos EPIs foi sendo adaptada de acordo com a atualização dos protocolos, a partir do conhecimento paulatino do comportamento do vírus e do conhecimento científico mundial.

Entre os funcionários, houve comportamentos antagônicos: enquanto alguns acreditavam em uma resolução breve do cenário, outros mostravam-se mais preocupados, tendo em vista a gravidade do que vinha ocorrendo na Europa. Em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi declarada como pandemia pela OMS, e no dia 15 do mesmo mês foram estabelecidas as primeiras restrições ao funcionamento das escolas e outros serviços em Porto Alegre.

Para os trabalhadores da saúde, a adaptação foi muito difícil. Na medida em que alguns profissionais de outras áreas, de acordo com o seu tipo de atividade, puderam trabalhar em regime de teletrabalho, os profissionais da assistência estavam na linha de frente, fazendo o enfrentamento do desconhecido. Classificados como “serviço essencial” tiveram a demanda de trabalho aumentada. A equipe da UPA era formada predominantemente por mulheres, sendo a maioria chefes de família e com a responsabilidade de manterem-se na linha de frente, tanto no trabalho como na manutenção de seus lares, o que sobrepunha uma carga emocional significativa no dia-a-dia dos plantões. Enquanto estavam na linha de frente, assim como outros trabalhadores dos serviços essenciais, seus filhos estavam em casa, sem escola. Havia um medo: “levar o covid para casa”. Alguns

funcionários saíram de seus lares, realocando suas moradias e adequando sua rotina. Naquele período, foram chamados de heróis na mídia e assistiram os aplausos de reconhecimento desta missão tão árdua.



Fonte: Arquivo pessoal, 2022.

Com o aumento do número de atendimentos, o Consultório 4 tornou-se pequeno. Sendo assim, foi necessário um local maior. A Sala de Inalação, anexa à Sala de Medicação, passou a ser o local onde os pacientes com suspeita aguardavam a consulta, eram avaliados e coletados os exames RT-PCR COVID.

Para os funcionários, foi um desafio repensar os atendimentos (em forma e tempo), tendo em vista ser uma doença infectocontagiosa, até então desconhecida, com uma alta mortalidade presumida, sem ainda a existência de vacina. A necessidade premente do uso de EPIs, e a forma correta da sequência da paramentação e desparamentação foi uma adaptação desafiadora. Muitos recorriam a conteúdos que circulavam na internet oriundos das experiências da Europa.

As informações que circulavam na mídia por vezes eram duvidosas; era difícil saber o que era real e o que eram “*fake news*”. Apesar do esforço do GHC em manter os profissionais atualizados, o que ocorria na UPA, muitas vezes, precedia as mudanças dos protocolos e atualizações. Em contrapartida, o que acontecia de novo na UPA era levado ao GGCC para discussão e atualização das orientações. As condutas médicas sempre tiveram um embasamento científico, por protocolos e medicina baseada em evidências. O que mais assustava os profissionais era que, até então, a maior parte das doenças tinha sua etiologia, quadro clínico e tratamento bem definidos, mas o Covid-19 chegou sem pedir licença. Era uma sensação como se a medicina lhes tivesse puxado o tapete, e assim, foram colocados à prova. Apesar de muitas informações contraditórias na mídia e nas redes sociais, a equipe pautou sempre seu trabalho nas evidências da ciência, da pesquisa e esteve comprometida com a melhor prática em saúde.

O primeiro caso de COVID diagnosticado no GHC

Em 16 de março de 2020, na UPA Moacyr Scliar, foi realizado o atendimento do primeiro caso confirmado de infecção por coronavírus do GHC. A UPA Moacyr Scliar, pelas características de atendimento com portas abertas, sem restrição de território, demonstrou ser um dos grandes termômetros da epidemia e seu comportamento em Porto Alegre e no RS. Aprendeu-se com a evolução da pandemia que existe uma cronologia entre o que acontece nesta UPA e o que ocorre em grande escala no GHC, Porto Alegre e RS.

Um exemplo foi o uso de EPIs por parte da equipe administrativa e da equipe de segurança. Tendo em vista a observação do aumento do número e gravidade dos casos, os médicos orientavam essas equipes ao uso de máscaras, que até então o protocolo ainda não previa, pois priorizava as áreas assistenciais; o que foi levado ao GGCC para discussão e inclusão.

O uso de máscaras também tornou-se um desafio. A comunicação por expressão facial é um recurso ancestral, os profissionais tiveram que aprender a reconhecer-se entre os colegas e a comunicar-se com os pacientes pelo olhar. Com o tempo, o batom foi deixado de lado e os olhos tornaram-se as janelas da comunicação, passando a ser embelezados como uma forma de comunicar alegria e esperança.



Fonte: Arquivo pessoal, 2020.

O primeiro Centro de Atendimento Respiratório – CAR 1

Em 14 de abril de 2020, foi iniciado o projeto de montagem de uma estrutura separada para atendimento de pacientes com suspeita e/ou confirmação de Covid-19 e, em 11 de maio de 2020, foi aberto o primeiro

Centro de Atendimento Respiratório (CAR) – Covid-19 da UPA Moacyr Scliar. No CAR 1, percebeu-se a necessidade premente de separar os pacientes sintomáticos respiratórios de forma adequada. A classificação e o local de atendimento adaptados já não eram mais suficientes, uma vez que os pacientes sintomáticos respiratórios precisavam aguardar atendimento junto com os outros pacientes. Era uma sensação de correr contra o tempo.

O primeiro CAR foi estruturado por contratação de empresa terceirizada, com os recursos federais liberados para o combate à pandemia, e funcionou de 11 de maio de 2020 a 5 de janeiro de 2021. Essa primeira estrutura tinha caráter temporário e foi denominada por todos como “*Tenda*”. Naquele momento não havia uma dimensão do quão extensa e penosa seria essa pandemia. Acoplada à parte interna da UPA, foi construída uma estrutura externa, composta por paredes de *drywall* e teto de lona, onde foram distribuídos quatro consultórios médicos, uma sala de classificação de risco, uma sala de cadastro e uma sala de espera. A área interna foi adaptada. O local onde anteriormente era a sala de estar médico foi remodelado como Sala de Estabilização, com dois leitos e um leito para atendimento de parada cardiorrespiratória com respirador. Os dois leitos de isolamento foram transformados: um em Sala de Medicação e o outro em Sala de Observação com 2 poltronas.

Posteriormente, com o aumento do número de casos, o anexo tornou-se Sala de Observação, com 4 poltronas. Naquele ambiente provisório, não havia climatização. Não obstante a tragédia da própria pandemia, passamos momentos de calor e frio extremos. Primeiro enfrentamos o inverno e depois o início do verão naquela estrutura de campanha, implantada inicialmente com um caráter temporário, mas que pela continuidade da pandemia acabou se estendendo por um período maior do que o previsto. A variação climática e a sensação térmica, tanto para o

frio quanto para o calor, era potencializada pela necessidade do uso dos EPIs. Ao final do plantão, ao retirar os EPI's, as roupas dos profissionais ficavam encharcadas de suor e os mesmos exaustos, o que levou à necessidade de climatização.



Fonte: Arquivo pessoal, 2020.

Tendo em vista a possibilidade de contaminação na desparamentação dos EPIs, não era possível tomar água no local. Assim sendo, foram definidos horários para sair, ir ao banheiro e tomar água. A própria pandemia, aliada a essa necessária rigidez no processo de trabalho, potencializavam o estresse e o cansaço, influenciando na saúde física e mental dos trabalhadores. Ao conversar com os colegas da UPA para que os mesmos trouxessem seus sentimentos com relação ao CAR 1, o relato mais frequente foi a sensação de ansiedade; a entrada na "*Tenda*" precedida por sensações como palpitações, dor no peito, pressão na cabeça, sudorese,

medo e sensação de dispneia. Era um misto de medo relacionado ao coronavírus e de cansaço relacionado à alta demanda de atendimentos.

Com a evolução da pandemia acometendo o mundo, tornando-se cada dia mais real em Porto Alegre, começou-se a observar o adoecimento de alguns colegas. Era uma sensação de fragilidade, vulnerabilidade, observada em todos os trabalhadores. De forma colaborativa e na tentativa de compreender o que estavam vivendo, os funcionários buscavam e trocavam informações de diversas fontes. Confortavam-se uns aos outros na tentativa de ter uma luz, um ombro que, muitas vezes, não podiam ter em casa. Muitos temiam por si e por seus familiares. Tinham receio de assustar suas famílias, não obstante, sentiam-se no dever de levar a informação sobre a realidade que estavam vivendo. O que mais os assustava era perceber, por parte da população, a minimização da gravidade da pandemia, quando o observado na nossa realidade era o contrário.

À medida do avanço e do recrudescimento da pandemia, a UPA Moacyr Scliar, a partir de 2020, foi aumentando em tamanho e em número de profissionais com o objetivo de atender a crescente demanda, passando a ter cerca de 330 empregados do GHC e 80 terceirizados. O grupo de trabalhadores da UPA tornou-se diverso, tanto em experiência profissional como em faixas etárias. Durante o período, conviveram profissionais recém-formados com aqueles mais experientes, que já haviam passado pela pandemia de H1N1, em 2009. Se por um lado houve heterogeneidade de idades e experiências, a empatia entre os colegas foi o tecido afetivo que possibilitou mantermo-nos saudáveis psiquicamente.

A perda de uma guerreira

Em 2020, ainda sem a vacina como escudo, além dos EPIs, a capa de super herói foi adotada como símbolo da luta; uma forma de acobertar a

fragilidade e conferir uma imunidade imaginária aos profissionais. Assim como a grande maioria dos profissionais, a Enfermeira Eva Júlia, portadora de asma severa, também tinha medo. Em maio de 2020, presenteou as colegas com uma camiseta que estampava as enfermeiras vestidas como super-heroínas. Era um amuleto da sorte, um recurso para afugentar a insegurança na esperança de evitar uma tragédia.

Em 14 de novembro de 2020, Eva Júlia positivou para Covid-19, desenvolvendo SRAG. Foi hospitalizada e em 19 de novembro, com a piora do quadro clínico, necessitou intubação e ventilação mecânica. Ver ao lado o medo tomar forma e arrastar alguém tão próximo, de colega a paciente, levou a equipe a um grande sofrimento. Entre plantões tumultuados, tentávamos obter informações. Apesar de toda a sua luta pela vida, a cada dia ela perdia uma batalha. Foram paradas cardíacas, reanimações, oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO), insuficiência renal, hemodiálise. Em 31 de dezembro de 2020, Eva Júlia faleceu. Esta passagem de ano foi a mais triste vivida na UPA. O silêncio imperou, todos se recolheram, não houve ceia, os funcionários ensimesmaram-se em profunda tristeza, parecia que o horror da pandemia finalmente tomava forma, era real, o medo tinha fundamento. O dia 31 de dezembro de 2020 ficou marcado na alma da UPA. A guerreira Eva Júlia lutou bravamente. Sua alegria, amizade, doçura serão um legado. Sua grandeza, profissionalismo para sempre serão inspiração.



Fonte: Arquivo pessoal, 2020.

O segundo Centro de Atendimento Respiratório – CAR 2

Em 06 de janeiro de 2021, foram iniciados os atendimentos no segundo CAR, que funcionou de 06 de janeiro de 2021 a 26 de novembro de 2021. Com a mutação do vírus dando continuidade à pandemia e mudando seu perfil, somando a premência da climatização pela intensidade do calor do verão e frio do inverno, houve a necessidade de substituir a primeira estrutura. O CAR 2, também de caráter temporário, foi construído no estacionamento lateral, sem ligação direta com o prédio da UPA. O planejamento era desmontar o CAR 1 para construir o CAR 3, planejada para ser uma estrutura mais definitiva, com ligação interna para UPA. Porém, não podíamos parar o atendimento aos pacientes.

No CAR 2, houve a ampliação da área com uma recepção maior, uma sala de acolhimento, três consultórios e a comemorada climatização. Porém, a logística desta segunda “*tenda*”, que também seria provisória e que permaneceu por mais tempo do que se esperava, precisou de adequações. Para acessar a UPA, era necessário passar pelo estacionamento

e entrada das ambulâncias, em área aberta. O trajeto entre a *tenda* e o prédio da UPA não era coberto; o que levou à necessidade de instalação de um toldo e à construção de uma passagem aberta nas laterais, o que ocorreu após três meses, visto que precisávamos transitar com os pacientes pelo local, independente das condições meteorológicas. A *Tenda 2* testemunhou os piores momentos da pandemia, em março de 2021.



Fonte: Arquivo pessoal, 2020.

A vacina chegou !!!

Em meados de janeiro de 2021, o Brasil iniciou a vacinação para Covid-19, priorizando os profissionais de saúde, idosos e pessoas com comorbidades. Nos primeiros meses da imunização no Brasil, tivemos baixa velocidade de aplicação. Na UPA Moacyr Scliar, a primeira vacina foi aplicada em 20 de janeiro de 2021, o que foi comemorado com festa e felicidade estampada nos olhos dos profissionais que formavam a fila para a aplicação, em misto de sentimentos de alívio e esperança com a possibilidade da imunização.



Fonte: Arquivo pessoal, 2021

Março de 2021 - O CAOS

Entre o final de 2020 e início de 2021, observamos uma população exausta de um ano de pandemia. Com as festas de final de ano, acendeu-se uma empolgação misturada com esperança – muitos foram para as praias e locais turísticos. As pessoas ensaiavam abraços e postavam em suas redes sociais o desejo de um ano próspero e cheio de alegrias. A despeito da realidade que começava a se desenhar em Manaus, numa tentativa de negação, havia uma falsa sensação de que o pior já havia passado. Uma parte dos profissionais e da população acreditava que no RS, tendo em vista a organização e estrutura do sistema estadual de saúde, o cenário seria diferente. Outra parte tentava alertar para o que estava por vir. Assim, em meados de fevereiro, um cenário caótico começou a se desenhar.

Em 15 de fevereiro de 2021, começou-se a observar o aumento exponencial dos casos de SRAG por Covid-19. Hora após hora, dia após dia, o número de atendimentos e internações de casos graves de SRAG por Covid-19 aumentava. As mensagens dos grupos de *whatsapp* da Coordenação Municipal de Urgências e Unidades de Pronto Atendimento de Porto Alegre disparavam as solicitações e alertas sem parar. Em 23 de fevereiro de 2021, o aumento exponencial das internações culminou com a restrição máxima deste serviço. A partir daquela data, ocorreram momentos nunca antes vividos por nenhum profissional que ali trabalhava. Foram dias e noites de angústia e capacidade de trabalho levada ao extremo.

Foi vivenciado o colapso do sistema de saúde de Porto Alegre e Rio Grande do Sul. Com as emergências de Porto Alegre fechadas (incluindo as privadas) e a atenção primária encaminhando os pacientes que ultrapassavam a sua complexidade de atendimento, a UPA Moacyr Scliar e os outros pronto atendimentos da cidade (PAs) passaram a ser as principais portas de entrada para a população. Não apenas os usuários dos planos de saúde procuravam

de forma espontânea o atendimento da UPA, como também os serviços privados (por sua limitação de absorção), referenciavam o seu excedente de pacientes a este serviço.

Naquele período, foram inúmeras as memórias e sensações vividas que acompanharão os profissionais pelo resto de suas vidas. Os trabalhadores da saúde testemunharam algo nunca antes experimentado em suas vivências. O registro e a preservação desta memória é um dever para com a história, para com os mortos pelo Covid-19, suas famílias e os trabalhadores que travaram essa batalha. Pode-se observar que os trabalhadores da saúde são uma força capaz de sobrepor o seu compromisso com o coletivo e à sociedade sobre as suas necessidades individuais, em defesa da vida.



Fonte: Arquivo pessoal, 2021

A partir dos atendimentos na estrutura do CAR 2, os profissionais começaram a perceber a mudança do padrão clínico dos pacientes. Observou-se, de forma mais intensa e frequente, o que parecia ser uma discrepância entre os sinais vitais verificados no processo de classificação de risco e o aspecto clínico do paciente; pessoas contrariadas, pois não queriam estar ali, entrando para consulta trazidos por familiares ou ingressando na tenda, deambulando, de forma tranquila, com uma saturação incompatível com o aspecto clínico verificado. Apresentavam uma baixa saturação sem a falta de ar esperada para aquela mensuração. Tal quadro clínico foi denominado Síndrome da Hipóxia Silenciosa, que causava um atraso no diagnóstico e retardo no início do tratamento. Muitos pacientes deixavam para procurar atendimento somente quando o seu quadro clínico já era muito grave.



Fonte: Arquivo pessoal, 2021

Em 23 de fevereiro de 2021, o cenário da UPA Moacyr Seliar começou a mudar rapidamente, levando a gestão e os funcionários a um

grande desafio: adequar a estrutura, equipe e fluxos para o caos. Foi unânime entre os colegas o quão a equipe foi coesa e extraordinária. Não havia como deixar um colega sozinho com uma demanda além de qualquer capacidade. Percebeu-se o esforço do GHC na contratação de mais funcionários e substituição daqueles que estavam doentes, em uma corrida contra o tempo. As ambulâncias chegavam ininterruptamente, o número de internações era praticamente o mesmo que o número de atendimentos. Na medida em que o sistema de saúde da capital colapsava, não havia a possibilidade de transferências de pacientes da UPA para os hospitais. Muitos pacientes graves ficavam represados na UPA Moacyr Scliar sem perspectiva de leitos de UTI em outras instituições.

Entre 16 e 19 de março de 2021, a unidade chegou ao pico de internações: 89 pacientes em um espaço para 18. As salas de urgência e de observação passaram a ser destinadas para os pacientes críticos. A Sala de Urgência transformou-se em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com sete pacientes em ventilação mecânica (VM), chegando em alguns momentos a oito, quando era utilizado o ventilador de transporte. A Sala de Observação ficou destinada para pacientes pré-intubação, em uso de máscara de *Hudson*. Nessa sala, no período pré-pandemia, havia doze leitos clínicos de pacientes sem gravidade e doze saídas de oxigênio que foram adaptadas para vinte e quatro leitos. Chegou-se a ter trinta pacientes com necessidade de UTI na sala.

Os pacientes foram colocados em camas, macas e poltronas, compartilhando a mesma saída de oxigênio, ficando muito próximos, não havendo, por vezes, espaço para circular entre eles.



Fonte: Arquivo pessoal, 2021

As trocas de torpedos, necessárias de quatro a cinco vezes ao dia, as inúmeras extensões para as máscaras de *Hudson* e cateteres nasais, o congelamento dos torpedos, as demandas para pronação (eram necessários quatro a cinco funcionários para realizá-las), levavam os funcionários à exaustão.

Muitos pacientes, lúcidos, dispneicos, eram pronados (até mesmo nas poltronas) como um último recurso para retardar ao máximo a intubação. Não havia respiradores em número suficiente para tal demanda. Víamos o medo estampado em seus rostos, o paciente percebia que poderia ser tarde demais quando chegasse a sua vez. Ao mesmo tempo, por mais que os profissionais tentassem não demonstrar, o desespero também estava estampado em seus olhos.

Na Sala de Observação, uma vez que os pacientes não estavam em VM, uma grande quantidade de carga viral era exposta ao ambiente, o que redobrava a necessidade de cuidado no uso dos EPIs.

É unânime para quem passou por ali que o ruído das máscaras de *Hudson* é uma das memórias mais frequentes trazidas pelos colegas. Quando falamos em pandemia na UPA Moacyr Seliar, a primeira memória referida para muitos são seus momentos vividos na Sala de Observação. Uma ansiedade indescritível toma conta. Muitos até choram com a evocação da lembrança. Segundo uma colega, aquele ruído traz à tona a intensidade dos momentos vividos naquela sala.

O cenário era de guerra. Ao bater o cartão de entrada, os profissionais já sabiam o que os esperava, os grupos de *WhatsApp* da UPA informavam 24 horas por dia o caos: piora dos pacientes, superlotação, falta de materiais e equipamentos, falta de equipe (a demanda crescia de forma exponencial, não sendo suficiente a equipe previamente escalada, somado aos trabalhadores que adoeciam). A qualquer momento poderíamos ser escalados para cobrir um colega ou reforçar a equipe. Se antes do plantão não descansávamos, durante o plantão era travada a batalha, depois do plantão, ao chegar em casa, era impossível dormir. Ficávamos aturdidos com o que havíamos testemunhado e não havia tempo para processar.

Entre os internados, tivemos famílias inteiras: pai, mãe, filho, ocupando leitos lado a lado. Casais que deixaram seus filhos sendo cuidados por familiares. Essas cenas estão em nossa memória.



Fonte: Arquivo pessoal, 2021

A expressão “Escolha de Sofia” é utilizada para referenciar, em situações de medicina de catástrofe, a fundamentação utilizada para realizar a escolha entre duas pessoas que precisam de atendimento e/ou determinado procedimento médico. Após a passagem do plantão, médicos e enfermeiras das Salas de Urgência e Observação reuniam-se para revisar caso a caso e tentar estabelecer prioridades onde todos pareciam aptos. Para os médicos e enfermeiras, foi uma das tarefas mais árduas. Era criada uma lista de intubação, de acordo com o número de equipamentos disponíveis. A notícia da possibilidade de um leito em UTI hospitalar para transferência era comemorada com alegria, pois um respirador estaria vago e poderíamos, então, salvar mais uma vida.

Se uma intubação já é um fator estressante na rotina habitual de urgência e emergência, tornou-se muito mais na pandemia, pois além do

grande volume de pacientes, a situação de pressão e recursos escassos, o risco de lidar com um agente altamente contaminante, fazia a adaptação aos novos protocolos um desafio. Quando um respirador vagava, dava-se início a um novo procedimento: organizando sedação, tubo adequado, retiravam-se as roupas do paciente (colocávamos o avental para facilitar a monitorização multiparamétrica), o médico ou a enfermeira explicavam ao paciente que o mesmo seria sedado, ou seja, receberia um medicamento na veia para dormir e seria colocado um tubo para que ele conseguir respirar melhor.

Por vezes tentava-se um contato *online* visual com a família; em outras, não havia essa possibilidade pela urgência do procedimento. Segundo o relato de uma enfermeira, em um desses momentos, um paciente de 53 anos, pai de três filhos, perguntou a enfermeira se ele iria “acordar”. Naquele momento, estabeleceu-se o mais completo silêncio: ela não sabia a resposta. Na verdade, nem sabia se conseguiria leito em alguma UTI para sua transferência. Para muitos pacientes, os olhos e a voz do profissional da saúde, na pré-intubação, foram os últimos vistos e ouvidos antes de morrer. Segundo uma colega médica, no momento de dar informações por telefone aos familiares, a empatia transmitida pela sua voz era o único alento que poderia dar àquela família.

O Terceiro Centro de Atendimento Respiratório – CAR 3

Em 27 de novembro de 2021, exaustos, inauguramos o terceiro CAR, com algum conforto térmico, em uma estrutura um pouco melhor. Assim estamos até hoje, agora acoplados novamente à estrutura da UPA, similar ao primeiro CAR. Se por um lado sabemos que teremos que conviver indefinidamente com o coronavírus; por outro, nos alenta saber que a vacinação foi o que reduziu drasticamente o número de adoecimentos graves e óbitos.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2021.

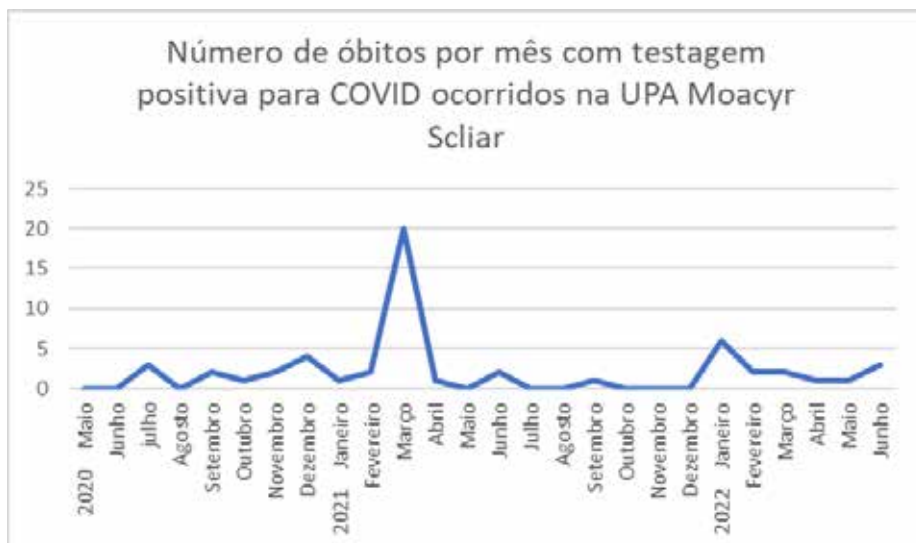
Muito além dos números

A UPA Moacyr Scliar, na estrutura do GHC, é um dos pilares na luta contra a pandemia. O CAR mantém-se funcionando desde 11 de maio de 2020, e é referência para população e trabalhadores do GHC. Atualmente, é

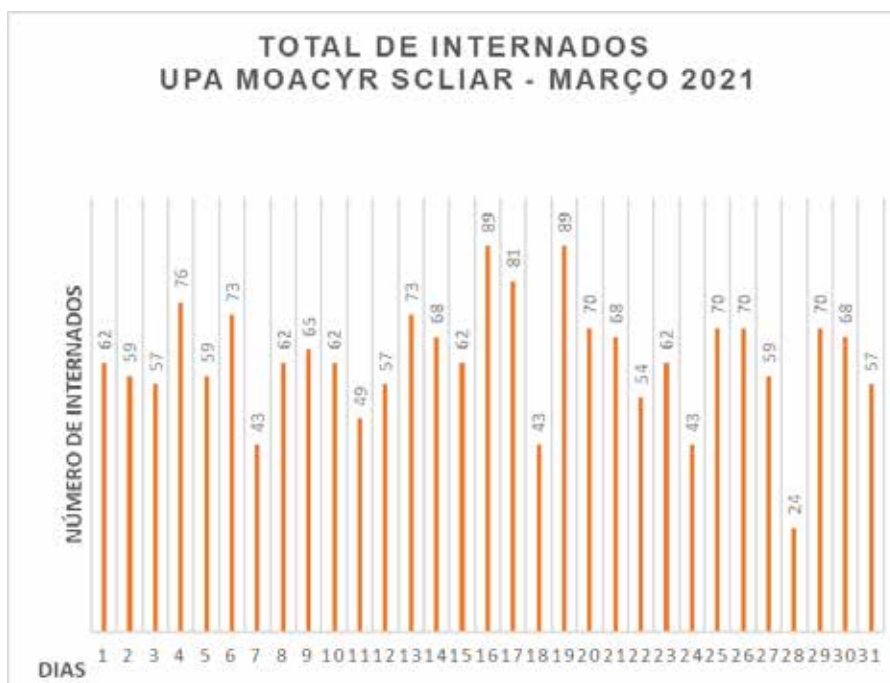
o único CAR em operação em Porto Alegre e a principal porta de entrada entre as UPAs desta cidade.

Conforme o levantamento dos atendimentos efetuados no CAR UPA Moacyr Scliar, no período de 11 de maio de 2020 até o primeiro semestre de 2022, foram realizadas: 77.498 classificações de risco de pessoas com suspeita ou diagnóstico de Covid-19; 62.875 consultas médicas e 6.207 internações de pacientes com suspeita ou diagnóstico de Covid- 19.

Após realizada a revisão do registro de óbitos e respectivos prontuários, foram contabilizados 54 óbitos por Covid-19 com testagem positiva (teste rápido, RT- PCR COVID e genexpert). Destes, 20 óbitos ocorreram no mês de março de 2021. Acreditamos que este número esteja subdimensionado, uma vez que muitos óbitos que chegaram em parada cardiorrespiratória (PCR) ou que logo evoluíram para este quadro na UPA não tiveram os seus exames para Covid-19 coletados, pois os protocolos foram sendo atualizados e as orientações modificadas com a evolução da pandemia.



Fonte: GHC Sistemas, 2022.



Fonte: GHC Sistemas, 2022.

Nossa unidade tem o objetivo de estabilizar o paciente crítico e, em tempo hábil, referenciá-lo para um hospital ou serviço de saúde adequado para a complexidade que sua situação de saúde demanda. Teoricamente, os pacientes não devem permanecer mais do que 24 horas internados, o que nos dá uma taxa de mortalidade menor do que nos hospitais. Para um paciente crítico, quanto maior o tempo de internação na UPA, maior a probabilidade de seu desfecho ser o óbito. A UPA não é fim e sim, meio, um serviço de passagem. O que observamos foi a transformação da UPA em um hospital de campanha, com pacientes de complexidade de UTI, mas sem os recursos condizentes.

O legado

Passar por uma pandemia, além de ser um fato raro, historicamente falando, é sinônimo de incertezas, dor e sofrimento, dada sua magnitude. No entanto, para além do sofrimento, tivemos aprendizagens e reflexões, que poderão contribuir não só para oferecermos um melhor serviço em possíveis próximos eventos, mas para melhorar nossa assistência à população no dia a dia, com uma prática em saúde humanizada, eficiente e também com um olhar empático para os trabalhadores.

O Sistema Único de Saúde (SUS) mostrou ser o grande protagonista desta pandemia, tanto em sua capacidade operacional, como por oferecer, a toda a população, sem distinções, um meio de acesso ao sistema de saúde. Sem o SUS, o caos teria sido infinitamente mais dramático. Foi o SUS, mesmo com seus problemas, a operacionalizar as diretrizes desde o início da pandemia até o plano de vacinação. Fortalecê-lo, este que é o maior serviço público do mundo, é nossa responsabilidade.

E por falar em SUS, quem o faz, são os trabalhadores, os quais mostraram-se responsáveis, abnegados e corajosos frente ao desconhecido. Apesar de sua bravura, vivenciamos, todos, momentos estressores que impactaram na saúde mental de cada um. Sendo assim, observamos a necessidade de um espaço de escuta, diálogo e prevenção em saúde mental, voltado aos trabalhadores.

A partir do trabalho de cada um, corroboramos o valor do trabalho em equipe, pois foi assim que agimos e superamos os piores momentos de nossas vidas profissionais. Em equipe, otimizamos capacidades, habilidades e talentos. Somando as individualidades, nos tornamos gigantes. A UPA, como já percebíamos empiricamente, definitivamente evidenciou ser o serviço sentinela da cidade, e porque não, da Região Metropolitana. Ter subsídios teóricos, através de educação permanente, equipe treinada e coesa,

trabalho em rede e diálogo efetivo entre gestão e trabalhadores, são condições fundamentais para a excelência do nosso trabalho. Olhando para esse passado recente e prospectando que situações semelhantes podem vir a ocorrer, percebemos o quanto a comunicação é fundamental nesse processo. Sendo assim, considera-se importante a criação de um comitê de crise multiprofissional da UPA para a capilarização e padronização das informações e ações.

Se a UPA possui tanto protagonismo na assistência, vimos o quanto precisamos sistematizar dados e os termos como material para estudo e consequente melhoria do nosso serviço. Para além da assistência, percebemos que podemos produzir relatos e estudos de nossa população, em termos de saúde. Há um patrimônio de conhecimento e humanidade que nos foi deixado, e reconhecer nossas deficiências, assim como sabermos nossas potencialidades, nos torna aptos a seguir adiante e tornar este serviço uma referência nacional.

Dedicamos este capítulo e o nosso reconhecimento a todos os trabalhadores que estiveram na linha de frente, seja recepcionando os pacientes, cuidando da segurança, da limpeza, transportando, oferecendo cuidados ou fazendo diagnósticos e estabelecendo tratamentos. E aos pacientes, dedicamos não só este capítulo, mas nosso respeito, empatia e a dedicação diária do nosso trabalho.

HOMENAGEM ESPECIAL DA UPA MOACYR SCLiar



Aprendemos contigo EVA, o nosso bem maior é a VIDA, o local de trabalho é um lugar onde passamos a maior parte do nosso tempo, onde convivemos não só com colegas mas com pessoas que amamos, amigos que conquistamos; que cuidar de nós é tão importante quanto cuidar do outro. O trabalho deve ser um lugar de generosidade, alegria, criatividade e amor.

A ATUAÇÃO DA ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL E O DESAFIO DE COMUNICAR-SE INTERNA E EXTERNAMENTE

Andréa Rodrigues de Araujo
Ocimar Pereira

Devido ao período excepcional de pandemia por Covid-19, a Assessoria de Comunicação Social tem dirigido sua atenção e esforços, ao longo dos anos de 2020 e 2021, para esta questão em seus mais diversos aspectos, atuando ativamente para informar tanto o público interno quanto o externo sobre as ações de enfrentamento da instituição a esta nova doença.

Internamente, foram realizadas campanhas e produzidos materiais informativos impressos, como cartazes e pôsteres, *online* e audiovisual, além da produção de matérias jornalísticas diárias no *site* e nas redes sociais do GHC sobre o tema.

Externamente, foram publicadas várias matérias jornalísticas nos mais diferentes veículos de comunicação locais, do Brasil e inclusive de outros países, tendo como fontes os profissionais e gestores do GHC.

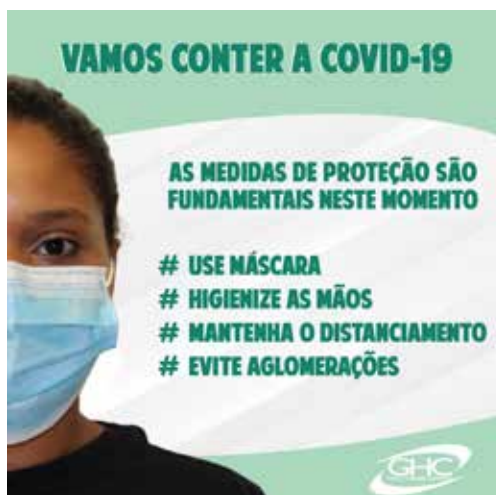
Tendência que já vinha sendo seguida na Comunicação Social, em razão do princípio da sustentabilidade, com a redução no uso de papel, o uso dos canais virtuais se consolidaram durante o período da pandemia. Foi e vem sendo privilegiada a comunicação via *site* institucional, e-mail e redes sociais, como *WhatsApp*, *Facebook*, *Instagram*, *Twitter* e *LinkedIn*. O uso de canais virtuais, além de configurar uma comunicação mais rápida, auxilia na redução do contato com materiais que podem passar de mão em mão, minimizando possíveis contaminações.

Este capítulo apresenta os movimentos que a Assessoria de Comunicação Social fez e vem fazendo durante o período pandêmico.

Campanhas

Fundamental para a orientação do público, foram realizadas as seguintes campanhas:

- Recomendações de conduta para prevenção do novo coronavírus, para o público em geral.



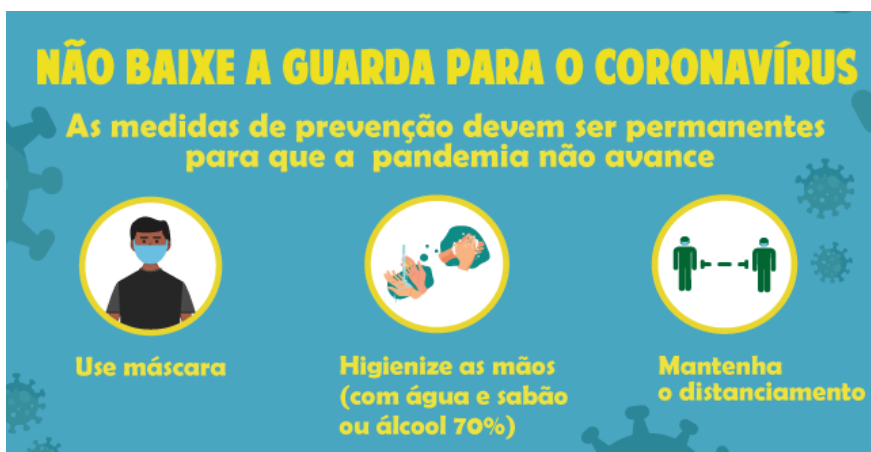
Fonte: Assessoria de Comunicação Social GHC, 2020.

- Orientação sobre o uso de máscara e higienização de mãos, para o público interno.
- Orientação sobre o uso dos refeitórios, para o público interno.



Fonte: Assessoria de Comunicação Social GHC, 2020.

- Captação de doadores de sangue, para o público em geral.
- Trabalho voluntário para funcionários que desejem auxiliar de alguma forma, para o público interno.
- Captação de doadores de plasma convalescente para o tratamento de pacientes com Covid-19.
- Para fortalecer as medidas de prevenção da Covid-19: “Não baixe a guarda para o coronavírus”.



Fonte: Assessoria de Comunicação Social GHC, 2020.

- Para fortalecer as medidas de prevenção da Covid-19: “Neste Natal, demonstre todo o seu amor, cuidando de quem você ama”.
- Com o início da vacinação dos profissionais de saúde, em janeiro de 2021, foi criada a campanha “A vacina é uma importante medida de proteção contra a Covid-19. Mas lembre-se: a pandemia ainda não acabou, e as medidas básicas de prevenção devem ser mantidas”.
-



Fonte: Assessoria de Comunicação Social GHC, 2021.

- O recrudescimento da pandemia suscitou ainda a criação da campanha “Vamos conter a Covid-19”, reforçando as medidas de prevenção.
- Com o início da vacinação contra a Covid-19 no país, a Comunicação Social tem atuado na divulgação para os colaboradores do GHC do calendário interno e orientações gerais da vacinação contra a Covid-19 e contra a Influenza.

A fim de valorizar o trabalho dos profissionais da saúde, que estão à frente do combate ao vírus, a Comunicação Social produziu vídeos mostrando os trabalhadores em ação.

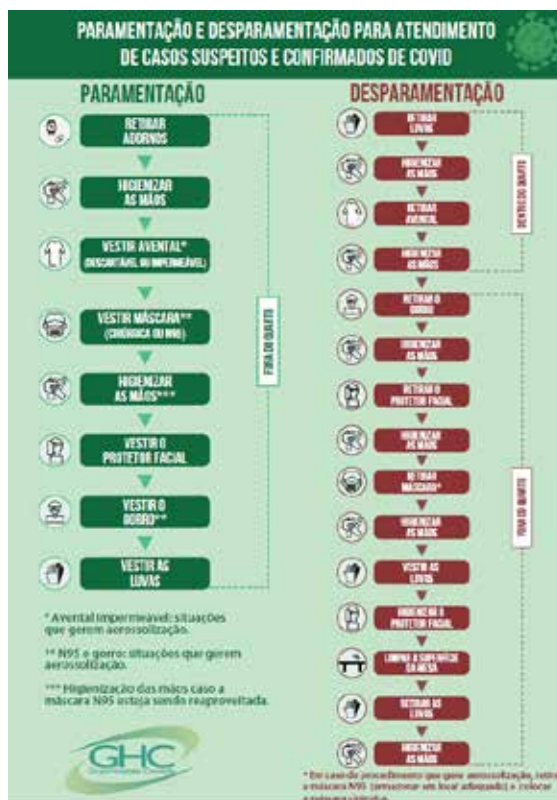
Também promoveu a mostra "Poesia para Heróis", no Memorial GHC, com poemas de Luiz Coronel sobre a pandemia, doados para homenageá-los.

Essas iniciativas se mostraram importantes no sentido de dar visibilidade e destacar a atuação dos funcionários.

Cartazes, bâneres e outros

A Comunicação Social auxiliou ainda na proteção dos trabalhadores, produzindo materiais com as informações principais de cuidado como:

- Correta paramentação e desparamentação, para os profissionais de saúde.



Fonte: Assessoria de Comunicação Social GHC, 2020.

- Uso dos elevadores e distanciamento entre as pessoas, para o público em geral.
- Sinalização de áreas criadas e adequadas para o atendimento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19.

- Avisos gerais necessários à informação do público.

Online

Publicadas matérias jornalísticas, vídeos, campanhas e *posts* no *site* e nas redes sociais do GHC (*Facebook*, *Twitter*, *Instagram* e *Linkedin*) sobre o assunto. Divulgados também cursos sobre a Covid-19 para os funcionários.



Fonte: Jornal Correio do Povo, 2020.

Em relação às redes sociais oficiais, alcançou-se mais de 66 mil seguidores no *Facebook* e 13,8 mil no *Instagram*. Esses números demonstram a interação do público com as mídias da instituição, fruto de um trabalho eficiente na apuração e construção das informações.

Divulgados diariamente os números da Covid-19 no GHC no *site* institucional.

Produzidos e divulgados vídeos sobre as decisões do Gabinete de Gerenciamento de Crise Coronavírus do GHC e sobre orientações técnicas para os funcionários, com gestores e profissionais especialistas da instituição.

Relações com a mídia

As ações de comunicação integrada realizadas durante o enfrentamento do Covid-19 no GHC propiciaram o processo de informação diário com a sociedade.

Surgindo a necessidade da “reconversão do olhar”, que se propõe mudanças na maneira de ver o mundo após março de 2020, atendemos em sistema permanente de plantão para suprir as demandas de imprensa local, do Brasil e do mundo.

Sempre procuramos inovar, demonstrando “que a semiologia dos discursos sociais” oferece novas e atraentes perspectivas para se repensar a prática de comunicação nos processos institucionais de intervenção com uma linha discursiva na mídia de conscientização e prevenção de transmissão do vírus.

Os nossos infectologistas e profissionais de saúde em geral tiveram um papel de destaque, no sentido de esclarecer dúvidas e ocupar espaços nos cadernos especiais dos jornais impressos sobre a pandemia.

A Diretoria do GHC e seus gerentes também atuaram de forma articulada, no sentido de atender os repórteres e pautas da pandemia.

A coluna “Diário do Front”, com relatos dos atendimentos realizados pelo Infectologista do Hospital Nossa Senhora da Conceição André Luiz Machado, contou com o acompanhamento semanal da jornalista da Gaúcha/ZH, Larissa Roso.

<
GZH SAÚDE
A

DIRETO DA LINHA DE FRENTE / NOTÍCIA

Diário do Front 2021: os relatos de médico infectologista no pior momento da batalha contra a covid-19

André Luiz Machado da Silva, 44 anos, trabalha no Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre

18/06/2021 12:35min
Atualizado em 08/07/2021 07:59min


LARISSA ROSO
[Ver Perfil](#) [Enviar E-mail](#)



André Luiz Machado da Silva, médico infectologista do Hospital Nossa Senhora da Conceição
Edite Zucco / Agência RBS

GAÚCHA AO VIVO GAÚCHA NA COPA 15:00 - 15:55

Fonte: GZH, 2021.

O jornal Correio do Povo publicou cadernos especiais em homenagem aos profissionais de saúde e retratou marcas do uso dos EPIs nos rostos dos plantonistas da instituição. São apenas alguns relatos de destaque das nossas ações, que tiveram a cobertura constante da totalidade

das emissoras de TVs e de Rádio do Rio Grande do Sul, portais notícias, revistas e jornais do país e do mundo.

REFLEXÕES

A nossa ação de Comunicação Integrada em Saúde, durante a pandemia do Covid 19, teve como objetivo implementar o relacionamento permanente com a Imprensa, em conjunto com o Gabinete de Gerenciamento de Crise e a Diretoria do Grupo Hospitalar Conceição, nas divulgações periódicas e públicas dos boletins informativos da instituição. Sempre considerando que os modelos correntes deram conta adequadamente da prática comunicativa nos processos de intervenção social, informando e orientando os usuários do Sistema Único de Saúde e seus familiares, atendidos em nossas unidades de saúde, conforme as demandas e evolução da pandemia.

O modelo de ação comunicativa nas redes sociais, também foi desencadeado, como forma de estabelecer as relações comunicativas diretamente com a sociedade gaúcha. Tivemos o resultado satisfatório com a formação de uma rede de sentidos oficial e confiável, para o fornecimento constante de dados aos profissionais de todas as mídias.

Resultado disso foi a conquista do 1º Prêmio ARI de Assessoria de Imprensa, concedido pela Associação Riograndense de Imprensa, com a participação das 17 principais equipes de Comunicação Social do Estado. A Assessoria de Imprensa/Comunicação Social do Grupo Hospitalar Conceição recebeu Menção Honrosa na categoria Assessoria de Imprensa na Gestão Pública.

A Comunicação Social deve seguir atuando com foco na pandemia até o controle desta em nosso meio, buscando promover ações de informação e orientação.

REFERÊNCIA

ARAÚJO, Inesita. **A reconversão do olhar**. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2000. 280p.

AUTORES E ORGANIZADORES, POR ORDEM ALFABÉTICA

ALEXANDRA JOCHIMS KRUEL

Administradora Hospitalar (UNISINOS, 1998). Especialista em Saúde Pública (UFRGS, 2002) e em Emergências em Saúde Pública (IEP-Sírio Libanês, 2014). Mestre e Doutora em Administração (UFRGS, 2006, 2011). Trabalha no GHC desde 2008. É Administradora no Núcleo Interno de Regulação do Hospital Nossa Senhora da Conceição e docente na Faculdade de Ciências da Saúde do GHC.

e-mail: akruel@ghc.com.br

ALEXANDRE DE OLIVEIRA VANDERLEI

Técnico de Enfermagem. Experiência no GHC: Técnico de Enfermagem desde 2013 na área das Especialidades (Cardiologia). Atualmente atua no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC desde 2017.

E-mail: alexandre.vanderlei@ghc.com.br

ALINE BARROCO LUDWIG

Graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2004). Especialista em Enfermagem em Neonatologia. Atualmente cursando pós-graduação lato sensu em Saúde Coletiva com Ênfase em Estratégia Saúde da Família, e atuando como enfermeira no Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição. Trabalha no GHC há 14 anos e atualmente sou assistente de coordenação do PAD.

E-mail: aludwig@ghc.com.br

ANA CARLA STEIGLEDER BINS

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul desde 2000. Experiência no GHC: Gerência de Unidade de Internação - Cirurgia Geral (Out/2013 a Jan/2020). Atualmente atua no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC.

E-mail: anabins@ghc.com.br

ANA HELENA DIAS PEREIRA DOS SANTOS ULBRICH

Farmacêutica (UFRGS, 2004). Mestrado e Doutorado em Química (UFRGS) e Pós-graduação em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente (FIOCRUZ). Ingressou no GHC em 2012. Atuou na Farmácia Central, Controle de Infecção Hospitalar e Escritório de Gestão de Altas. Se desligou do GHC em setembro de 2022.

E-mail: anaulbrich@ghc.com.br

ANA PAULA FABBRIS ANDREATTA

Assistente social, especialista em Saúde do Trabalhador, mestre e doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Funcionária do Hospital Conceição há 10 anos. Há 5 anos atua como assistente social no Escritório de Gestão de Altas do Hospital Conceição.

E-mail: anapaulaf@ghc.com.br

ANA PAULA MAURELI TEIXEIRA

Enfermeira, Pós graduação em doação e transplantes de órgãos. No GHC desde 2004; experiência em unidades de internação das especialidades clínicas e cirúrgicas. Desde 2016 atua no Programa de Atenção Domiciliar PAD/GHC.

E-mail: ateixeira@ghc.com.br

ANDRÉA RODRIGUES DE ARAUJO

Jornalista (UFRGS, 1993). Especialista em Comunicação e Saúde (UFRGS, 2003). Produtora da Rádio Bandeirantes (1993/94). Trabalha no Grupo Hospitalar Conceição desde 1995. É coordenadora de Comunicação Social do GHC desde 2016.

Email: aandrea@ghc.com.br.

ANDRÉIA LORENZONI

Enfermeira pela ULBRA/Canoas em 2000. Pós graduada em saúde pública, unidade de terapia intensiva e auditoria. Enfermeira assistencial generalista do GHC - turno da manhã desde 2019. Atuando nas áreas de unidades de internação oncohematologia, neurologia, cardiologia e isolamentos.

E-mail: alorenzoni@ghc.com.br

ANELISE CRISTINA SCHMITZ FRANCO

Enfermeira pela Universidade Feevale (2004). Pós- graduação em Terapia Intensiva pela ULBRA (2009). Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição desde 2008.

E-mail: sanelise@ghc.com.br

ANELISE KIRST DA SILVA

Psicóloga pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS (2006). Especializanda em Psicologia Hospitalar pelo Hospital Santa Catarina. Especialista em Educação Permanente em Saúde pela UFRGS (2015). Especialista em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública - ESP/RS (2008). Psicóloga no Grupo Hospitalar Conceição desde 2010. Atua no Serviço de Dor e Cuidados Paliativos, UTI e em outros serviços do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

E-mail: anelisesilva@ghc.com.br

ÂNGELA PICCOLI ZIEGLER

Médica pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre - concluído em 2004. Infectologia pelo Instituto de Infectologia Emilio Ribas concluído em 2010.

Experiência GHC: Ingresso em fevereiro 2014. Atualmente atua no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC.

E-mail: aziegler@ghc.com.br

ANTONIO CARLOS CUNHA VALENTE

Formação: Médico. Residência em Medicina Interna e Gastroenterologia. Especialização em Medicina do Trabalho. Experiência no GHC: Plantão Clínico de 1982 a 2020. Atualmente atua no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC desde 2020.

E-mail: antonio.valente@ghc.com.br

CARINA GUEDES RAMOS

Médica pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (2005). Residência Médica em Infectologia – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2009). Mestrado em Ciências Médicas – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2010). Especialização – EpiSUS - Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS – Ministério da Saúde (2011). Doutorado em Epidemiologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2016). Especialização em Gestão de políticas de Saúde Informadas por Evidências – Hospital Sírio-Libanês e Ministério da Saúde (2020). Ingressou no GHC em 2014. Atualmente atua no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC.

E-mail: carinag@ghc.com.br

CAROLINA MELO RÖMER

Enfermeira Sanitarista pelo IFRS. Mestre em Ensino na Saúde pela UFCSPA. No GHC atuou na assistência, internação cirúrgica de 2017 à 2021 e desde janeiro de 2022 atua como docente referência de eixo de fundamentos de enfermagem do curso técnico em enfermagem da Escola GHC.

E-mail: carolinamelo@ghc.com.br

CAROLINA XAVIER DOS SANTOS

Formação: Acadêmica de Enfermagem do 9º semestre do Instituto de Ensino Superior Atitus Educação. Experiência GHC: Acadêmico de Enfermagem do NHE desde 12/2020.

Setor Atual: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC.

CAROLINE AGLIARDI

Enfermeira pelo Centro Universitário Ritter dos Reis. Experiência GHC: Acadêmica de Enfermagem do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC no período de 06/2019 a 06/2021. Atualmente atua na UTI Neonatal do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas/MPMA.

CECÍLIA BIASIBETTI SOSTER

Enfermeira Especialista em Emergência, Mestra Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS (MPATSUS) pelo Grupo Hospitalar Conceição/RS, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Atualmente desempenha atividades na Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (Escola GHC) como docente nas áreas de Urgência e Emergência, Gestão de Riscos e Políticas Públicas de Saúde.

E-mail: bcecilia@ghc.com.br

CLAUDIO AUGUSTO DA CUNHA GUIMARÃES JUNIOR

Engenheiro Eletricista pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Mestre em Engenharia Elétrica (área Engenharia Clínica) pela Universidade Federal de Santa Catarina e MBA em Gestão Empresarial pela Fundação Getúlio Vargas. Experiência no GHC: engenheiro clínico desde 10/02/2010, tendo atuado como engenheiro clínico, assistente de coordenação da manutenção biomédica, assistente de coordenação de manutenção do Hospital Fêmina e como presidente da Comissão de Padronização de Equipamentos e Acessórios do Grupo Hospitalar Conceição. Setor Atual: Gerência de Engenharia e Manutenção

E-mail: jclaudio@ghc.com.br

CLÁUDIO DA SILVA OLIVEIRA

Administrador (Faculdades Atlântico Sul, 2009). Especialista em Administração Pública e Gestão de Cidades (Rede LFG, 2011). Acadêmico em Direito (Faculdades Integradas São Judas Tadeu, desde 2019). Especialização em andamento em Gestão Hospitalar Estácio, desde 2021). Foi Diretor Administrativo e Financeiro do GHC, de 2019 a 2020. Atualmente, trabalha no GHC como Diretor Presidente.

E-mail: claudio_oliveira@ghc.com.br

CLEBER VERONA

Enfermeiro (UFRGS, 2006). Especialista em Terapia Intensiva (IEP-HMV, 2008). Mestre em Biologia Celular e Molecular (UFRGS, 2013). Voluntário da Força Nacional do SUS. Consultor do Ministério da Saúde (2013-2016) para o planejamento a respostas às emergências de saúde pública em

importância nacional. Atuou no planejamento, formação e ações de saúde (múltiplas vítimas e atentados terroristas) nas cidades sede da Copa do Mundo FIFA 2014. Oficial de ligação do MS durante a competição. Coordenou a equipe de resposta para pronto atendimento aos casos de múltiplas vítimas e atentados terroristas durante os Jogos Olímpicos e Paralímpicos Rio 2016. Autor e consultor do Curso de Gestão de Emergências de Saúde Pública (IEP-Sírio Libanês). Professor do Curso de Enfermagem no Centro Universitário IPA Metodista. Atualmente, ocupa o cargo de Gerente de Interunidades de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento do GHC.

e-mail: vcleber@ghc.com.br

CRISTIANE VELÁSQUEZ DA VEIGA CIULLA

Enfermeira. Trabalha no GHC como Assistente de Diretoria.

E-mail: cristianeciulla@ghc.com.br

CRISTINA JENISCH LARANJA

Fisioterapeuta pela Faculdade de Ciências da Saúde do IPA (1986); Formação em RPG (Reeducação Postural Global); Formação em Cadeias Musculares GDS: Formação em Osteopatia músculo esquelética; Pós Graduação em Metodologia do Ensino Superior - especialização (PUC); Pós Graduação Especialista em Fisioterapia do Trabalho - (CBES) Atividades desenvolvidas anteriormente: fisioterapia no HCPOA, supervisora de estágio em fisioterapia na faculdade da FEVALE (NH) e clínicas privadas; Atualmente atividade profissional em consultório (desde 1990) e no GHC (desde setembro/2008, na saúde do trabalhador desde março/2009).

E-mail: lcristina@ghc.com.br

DINARA DORNFELD

Enfermeira, Mestra em Enfermagem/PPGENF-UFRGS, Doutoranda no PPGENF-UFRGS. Experiência no GHC: Área materno-infantil (Linha de Cuidado Mãe-Bebê) e formação em saúde (Residência Multiprofissional em Saúde GHC e Curso Técnico de Enfermagem). Setor atual: Gerência de Ensino e Pesquisa- GEP.

E-mail: dinara@ghc.com.br

EDUARDO FAYH

Formação: Acadêmico de Enfermagem do 7º Semestre do Centro Universitário Ritter dos Reis

Experiência GHC: Acadêmico de Enfermagem do NHE no período de 10/2020 a 10/2022

EIDRYAN DENISIESKI VIEIRA

Técnico de Enfermagem. Experiência no GHC: Técnico de Enfermagem desde 2010.

Atualmente atua no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC.

E-mail: eibryanvieira@ghc.com.br

ELISABETE STORCK DUARTE

Enfermeira (UNISINOS). Especialista em Nefrologia (UFRGS). Especialista em Gestão Hospitalar (FIOCRUZ). Especialista em Gestão Clínica (HSL). Enfermeira referência do Ambulatório do HNSC.

E-mail: delisabete@ghc.com.br

EMILENE BARROS DA SILVA SCHERER

Farmacêutica (UFRGS, 2007). Mestrado e Doutorado em Ciências Biológicas – Bioquímica (UFRGS). Ingressou no GHC em 2012. Atuou na Farmácia do Bloco Cirúrgico, Farmácia Central e Farmácia Satélite da Emergência. Atualmente é farmacêutica da Farmácia de Medicamentos Especiais.

E-mail: emilenescherer@ghc.com.br

ESTHER WAIHRICH QUEIROZ DE MENEZES

Farmacêutica (UFSM, 2012). Pós-graduação em Farmácia Hospitalar e Clínica (Hospital Moinhos de Vento). Ingressou no GHC em 2016. Atuou na Farmácia do Bloco Cirúrgico. Atualmente é farmacêutica da Farmácia Satélite da Emergência.

E-mail: estherm@ghc.com.br

FABIANE CRISTINA SIEBEL ANDERSON

Assistente Social (ULBRA); Pós graduada em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde (UFRGS); Assistente social da Emergência do HNSC.

E-mail: afabiane@ghc.com.br

FABIANE REGINA MONTEIRO DE ÁVILA

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia – Universidade Federal de Rio Grande (FURG 1993 e 1996). Graduação em Fonoaudiologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, 2019). Especialista em Administração Hospitalar e Ciências da Saúde – Instituto de Administração Hospitalar (IAHCS, 2001). Proprietária da Clínica Clinicalcare Ltda. Atualmente é enfermeira assistencial da UPA Moacyr Scliar e Fonoaudióloga clínica na empresa Otorrino HMV (hospital Moinhos de Ventos) e na Clinicalcare.

E-mail: fabianediemer@gmail.com

FERNANDA LONDERO

Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Especialista em Enfermagem Materno Infantil (IEP HOSPITAL MOINHOS DE VENTO). Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS (PPG ATSUS/GHC). Atualmente atua como enfermeira a unidade de internação cirúrgica Mastologia/Ginecologia/HNSC e membro do Núcleo de Educação Continuada do HNSC.

E-mail: fernandal@ghc.com.br

FERNANDA MIRANDA SEIXAS EINLOFT

Enfermeira, Especialista em estomatoterapia, Especialista em saúde da família e comunidade, Especialista em saúde mental e clínica, Especialista em processos educativos em saúde, Mestra em avaliação de tecnologias para o SUS, Doutoranda em ciências da saúde. Experiência no GHC: Saúde da família e comunidade e Ensino em saúde. Setor atual: Unidade de Saúde Barão de Bagé - Gerência de Saúde Comunitária – GSC.

E-mail: efernanda@ghc.com.br

FERNANDA ZANOTO KRAEMER

Enfermeira (UFRGS). Especialista em Gerenciamento Serviços de Enfermagem (UFRGS). Especialista em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidência (Hospital Sírio Libanês/SUS). Mestre Profissional Epidemiologia Ênfase Avaliação de Tecnologias em Saúde (UFRGS). Assessora da Gerência de Internação no Hospital Cristo Redentor.

E-mail: fkraemer@ghc.com.br

FRANCISCO ANTÔNIO ZANCAN PAZ

Médico (Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre, 1971). Especialista em Medicina do Trabalho (UFRGS, 1980). Especialista em Gestão de Sistemas de Saúde (UFRGS, 1995). Foi Auditor Médico do DENASUS (1987 a 2014); Diretor do Centro Estadual de Vigilância em Saúde, CEVS/RS (2003 a 2010); Diretor do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial da SES/RS (2016 a 2018); Secretário Adjunto da Saúde RS (2015 a 2018) e Secretário de Estado da Saúde do RS (2018). Desempenhou as funções de Gerente Regional de Controle e Avaliação do INAMPS (1986 a 1988); Diretor de Assistência Médica do IPERGS (1995 a 1998) e Coordenador Regional da FUNASA/RS (1999). Foi Diretor Superintendente do GHC, de 2000 a 2003. Atualmente, trabalha no GHC como Diretor Técnico desde abril/2019.

E-mail: franciscopaz@ghc.com.br

GIOVANA GARZIERA

Médica Pneumologista (HCPA); Mestra Ciências Pneumológicas (UFRGS).
Médica da emergência do HNSC.

GORETE BEATRIZ PELLISOLI

Graduada em Letras (Universidade La Salle). Assistente de Coordenação do Ambulatório do HNSC.

E-mail: pgorete@ghc.com.br

IRMA ROSSA

Médica pela Universidade Federal de Pelotas. Residência em Medicina Interna no Hospital Nossa Senhora da Conceição. Mestrado em Neurociência na UFRGS. Doutorado em Neurociência na UFRGS. Especialização em Dependência Química- UNIFESP. Especialização em Psicoterapia de orientação analítica. Experiência no GHC: UTI adultos (1983-1986 – plantonista) Criação, organização e chefia do Setor de Alcoolismo e Outras Drogas (1986- 2003). 2003-2011 Criação e organização do CAPS-AD 2011-2019. Médica no Serviço de Adolescência e Dependência Química. Atualmente atua no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC.

E-mail: irma@ghc.com.br

IVANA ROSANGELA DOS SANTOS VARELLA

Médica Pediatra, Neonatologista e Epidemiologista pela UFRGS. Mestre e Doutora em Epidemiologia, UFRGS. Experiência GHC:Pediatra e Neonatologista, Plantonista da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital da Criança Conceição e do Centro Obstétrico do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Preceptora da Residência Médica em Pediatria do Hospital da Criança Conceição. Assistente de Coordenação da Maternidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Médica assistente da Unidade Neonatal do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Coordenadora do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Responsável Técnica do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição e Hospital Criança Conceição. Atualmente Coordena o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC.

E-mail: vivana@ghc.com.br

JANETE TERESINHA BALARDIN GARCIA

Contadores pela Faculdade de Ciências Contábeis, Jurídicas e Administração São Judas Tadeu. Experiência no GHC: Auxiliar Administrativa há 16 anos.

Atualmente atua no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC desde 02/2021.

E-mail: janeteg@ghc.com.br

JOCIELE GHENO

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2009. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) em 2021. Especialização em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso pelo IFRS. Possui Curso de Aperfeiçoamento em Dor e Cuidados Paliativos. Concursada pelo Grupo Hospitalar Conceição, atua como enfermeira do Escritório de Gestão de Altas do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

e-mail: gjociele@ghc.com.br

JOSÉ LUIS VARGAS NIQUE DA SILVA

Formação: Técnico de Enfermagem desde 11/2007. Experiência GHC: Out/2008 na SSC Jardim Itu como temporário e efetivação na UTI adulto em 2009. Atualmente atua no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC desde dez/2019.

E-mail: joseluis@ghc.com.br

JOSÉ PAULO MACHADO PEREIRA JÚNIOR

Coordenador do Ambulatório de Especialidades do HNSC.

E-mail: mjunior@ghc.com.br

KELLI FIGUEIREDO

Enfermeira (FEEVALE). Pós graduada em urgência e emergência (UFRGS). Pós graduada em práticas pedagógicas de educação em serviços de saúde(UFRGS). Ingressou como enfermeira assistencial na Emergência Adulto do HNSC em 2010. Assistente de coordenação do serviço de emergência 2019-2021. Coordenadora geral em março de 2021.

E-mail: dkelli@ghc.com.br

LAURA FERREIRA DA SILVA

Acadêmica de Enfermagem (PUCRS). Estagiária de Ensino Superior do Ambulatório HNSC.

LUCIANO COSTA SOARES

Médico. Residência em Medicina Interna. Mestrado em Nefrologia. Formação em Medicina Estética. Experiência no GHC: Plantão Clínico de 1984 a 2020. 09 anos no Serviço de Infectologia realizando Bioplastia em

pacientes com Lipodistrofia. Atualmente atua no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC desde 05/2021.

MARCELO DE CAMPOS

Enfermeiro pela Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC (2000). Especialização em Terapia Intensiva Adulto pela UNISINOS (2008). Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição de 2013 a 2021.

E-mail: cmarcelo@ghc.com.br

MARCOS SAMARONI DA SILVEIRA

Farmacêutico (ULBRA, 2005). Ingressou no GHC em 2017. Atuou na Farmácia Central. Atualmente é responsável técnico pela Farmácia Siclom do GHC.

E-mail: msamaroni@ghc.com.br

MARIA VICTHORIA MENDES DOS SANTOS

Formação: Acadêmica de Enfermagem do 8º Semestre do Centro Universitário CESUCA

Experiência GHC: Acadêmica de Enfermagem do NHE desde 03/2021 Setor Atual: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC.

MARIA DA GLORIA ACCIOLY SIRENA

Médica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 1979. Experiência GHC: Médica do Serviço de Saúde Comunitária. Médica preceptora do programa de residência médica de saúde da família e comunidade. Coordenadora da Unidade Divina Providência da Gerência de Saúde da Família e Comunidade. Coordenadora da Unidade Barão de Bagé da Gerência de Saúde da Família e Comunidade. Coordenadora Técnica de todas as unidades da Gerência de Saúde da Família e Comunidade. Assessora da Diretoria Técnica do Grupo Hospitalar Conceição. Atualmente atua no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC.

E-mail: sgloria@ghc.com.br

MARIA DA GRAÇA PIMENTA MACHADO

Enfermeira pelo Centro Universitário Metodista – IPA (2014). Pós-Graduação em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande Sul. Pós-Graduação em Vigilância Sanitária pelo Centro Universitário Internacional – UNINTER. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS. Experiência no GHC: Enfermeira desde 2015. Atualmente atua no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC desde 11/2017.

E-mail: mgmachado@ghc.com.br

MARIA ELISA GASSEN TOFFOLI

Farmacêutica (UFRGS, 1996). Pós-graduação em Administração Hospitalar (PUCRS) e Pedagogia e Educação para a Saúde (Ministério da Saúde). Ingressou no GHC em 2003. Atuou na Farmácia do Bloco Cirúrgico, Central de Misturas Injetáveis e Residência Integrada em Saúde. Atualmente é encarregada técnica Central de Diluição de Saneantes e atua na Farmácia Central.

E-mail: mariaelisa@ghc.com.br

MARIANA LEAL AMBROSIO

Biomédica pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Experiência no GHC: Técnica de Enfermagem desde 2005. Atualmente atua no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC.

E-mail: mambrozio@ghc.com.br

MARYANA RODRIGUES BRAGA

Formação: Acadêmica de Enfermagem do 10º Semestre do Centro Universitário Ritter dos Reis

Experiência GHC: Acadêmica de Enfermagem do NHE no período de 01/2021 a 09/2022.

MARTHA HELENA DE MATTOS ZUARDI

Médica pela Universidade Federal de Pelotas em 1981, Residência Médica em Clínica Médica, atuando no Hospital Nossa Senhora do Conceição desde 1986. Atualmente atua no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC.

E-mail: zmartha@ghc.com.br

MAURO BINZ KALIL

Graduação em Medicina pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (2004). Especialização em Medicina de Família e Comunidade.

Médico assistente do Programa de Atenção Domiciliar do HNSC desde 2012.

E-mail: maurok@ghc.com.br

MAURICIO MATHIAS DA SILVA

Fisioterapeuta (IPA). Pós graduado em Fisioterapia Cardio-vascular (IPA); Fisioterapeuta da Emergência HNSC.

MAXUEL CRUZ DOS SANTOS

Enfermeiro pela UFRGS, Especialista em Saúde pública pela UFRGS, Especialista em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário Leonardo Da Vinci. Mestre em Ciências Biológicas Fisiologia UFRGS. Atua no GHC há 2 anos na emergência do HNSC.

E-mail: maxuel.santos@ghc.com.br

MICHELA DOMINGUES MARQUES

Enfermeira pela UNISINOS (2011). Especialização em Atenção ao Paciente Crítico RIS Residência Integrada em Saúde pelo GHC (2014). Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição desde 2015.

E-mail: michelam@ghc.com.br

MICHELE DA ROSA FERREIRA

Enfermeira, Mestra em Avaliação de Tecnologias para o SUS. Experiência no GHC: Área materno-infantil e Educação em Saúde. Setor atual: Gerência de Ensino e Pesquisa- GEP.

E-mail: michelef@ghc.com.br

MILENA SILVA VALLI

Formação: Acadêmico de Enfermagem do 10º Semestre do Centro Universitário Ritter dos Reis

Experiência GHC: Acadêmica de Enfermagem do NHE no período de 07/2021 a 01/2022.

MOISÉS RENATO GONÇALVES PREVEDELLO

Advogado (Universidade de Cruz Alta). Foi Gestor da Assessoria Jurídica do GHC, de 2019 a 2020. Atualmente, é Diretor Técnico e Administrativo do GHC.

E-mail: moisesp@ghc.com.br

MORGANA STEPHANIE OLIVEIRA ALVES

Formação: Acadêmica de Enfermagem do 9º semestre da Faculdade de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul – FADERGS. Experiência GHC: Acadêmico de Enfermagem do NHE desde 12/2020. Setor Atual: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC.

NIVA MARIA DE DEUS MARTINEZ

Médica pela FFFCMPA- atual UFSCPA 1998. Residência Nefrologia Santa Casa de Porto Alegre – 2003. Especialização Psiquiatria FUMM. Médica UPA Moacyr Scliar - GHC – 2013.

E-mail: mniva@ghc.com.br

OCIMAR CARVALHO PEREIRA

Jornalista especialista em Comunicação em Saúde, assessor de Imprensa do Grupo Hospitalar Conceição. Formado em Comunicação Social - Jornalismo pela ULBRA, pós-graduado em Comunicação em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ - RJ.

Já coordenou a Assessoria de Comunicação da Escola de Saúde Pública do RS, foi assessor de Imprensa da Secretaria Municipal de Indústria e Comércio (Smic), Defesa Civil de Porto Alegre, Secretaria de Governança Local da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e gabinete do Vice-prefeito da capital

Email: pocimar@ghc.com.br e ocipereira@gmail.com.

PATRÍCIA FISCH

Médica pela Universidade Luterana do Brasil (2004), Residência Médica em Infectologia pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (2008), mestrado em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2013) e doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2017). Atualmente é médica infectologista do Serviço de Infectologia do Hospital São Lucas da PUC/RS, médica do Escritório de Gestão de Altas do Hospital Nossa Senhora da Conceição, membro do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e professora de Epidemiologia do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar da Faculdade de Ciências da Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.

E-mail: patif@ghc.com.br

PAULINA ROSA DE MARCO CRESTANI:

Administradora de Empresas pela Faculdade São Judas Tadeu. Experiência no GHC: UTI Pediátrica. Atualmente atua no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC/GHC.

E-mail: cpaulina@ghc.com.br

RAFAELA CHARÃO DE ALMEIDA

Enfermeira pela Universidade Federal de Santa Maria (2005). Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS - GHC (2021). Especialização em Terapia Intensiva, Urgência e Emergência - Hospital Moinhos de Vento (2013). Especialização em Docência para a Educação Profissional - SENAC (2012). Especialização em Formação Pedagógica para Docentes da Educação Profissional Técnica e Tecnológica - Faculdade de Tecnologia Saint Pastous (2011). Enfermeira no HNSC desde 2007, atuou como enfermeira assistencial na SR, BC e CME de 2007 a 2010 e na UTI Adulto de 2010 a 2022. Atualmente é gestora das unidades abertas na função de Assistente de Coordenação da GUI - HNSC.

E-mail: crafaela@ghc.com.br

RAQUEL LUTKMEIER

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (2007). Especialização em Cardiologia pelo IC-FUC (2010). Mestranda em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS – GHC. Enfermeira assistencial da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição desde 2011.

E-mail: lraquel@ghc.com.br

ROBERTA CRISTINA PETRY

Médica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul em 2009. Possui residência em Clínica Médica pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre e em Gastroenterologia pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição. É mestre em Gastroenterologia pelo Programa de Pós-Graduação em Gastroenterologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Médica do Escritório de Gestão de Altas do Hospital Nossa Senhora do Conceição.

E-mail: robertac@ghc.com.br

ROSELAINE BÁRBARA LITTER

Enfermeira (IPA). Técnica em Enfermagem da Emergência do HNSC.

ROSELAINE MURLIK

Médica pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre 2001. Residência: Medicina de Família e Comunidade no GHC – 2003. Especialista em Medicina do Tráfego ABRAMET - 2015. Atualmente Médica da UPA Moacyr Scliar - GHC desde 2015.

E-mail: rmurlik@yahoo.com.br

SATI JABER MAHMUD

Médico pela Famed UFRGS em 2000. Residência em Medicina de Família e Comunidade, HNSC, 2002. Mestrado em Avaliação de Tecnologias em Saúde, 2017. Médico do PAD/GHC de 2007 a 2022. Coordenador de projetos estratégicos e estágios da GEP/GHC de 2013 a 2022. Atualmente, coordenador de Pacientes Externos da Gerência Unidades de Internação do HNSC.

E-mail: msati@ghc.com.br

SIMONE PELLIN DE NARDI

Psicóloga e Psicanalista. Experiência no GHC: Trabalhou na assistência hospitalar no Serviço de Dor e Cuidados Paliativos e no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição até agosto de 2022.

E-mail: simone.nardi@ghc.com.br

SOFIA LOUISE SANTIN BARILLI

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (2007). Especialista em Cardiologia pelo IC-FUC (2010). Mestranda em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS – GHC. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição desde 2010; atualmente, é Assistente de Coordenação de Enfermagem da UTI.

E-mail: sofia.barilli@ghc.com.br

STHEFANI AMARAL GRUDGISNKI

Fisioterapeuta (FEEVALE). Residente Multiprofissional do Programa de Gestão em Saúde - GHC.

E-mail: sthefani.grudginski@ghc.com.br

TAISE RAUPP XAVIER DA SILVEIRA

Enfermeira pela UNISUL. Pós Graduação em Condutas de Enfermagem em Paciente Crítico

Pós Graduação em Auditoria e Controladoria em Sistemas de Saúde. MBA em Gestão Hospitalar. Experiência no GHC: Enfermeira no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC/HCC, com atuação na elaboração dos fluxos e processos de trabalho nos casos COVID-19 entre pacientes e profissionais de saúde. Responsável pelo monitoramento dos casos confirmados de colaboradores do GHC, bem como rastreamento dos contatos com casos confirmados no período de 2019 a 08/2022. Atualmente trabalha como enfermeira no HE-UFPELM, pela EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), atuando como Enfermeira Auditora no setor de Contratualização e Processamento das Informações Assistenciais.

E-mail: rtaise@ghc.com.br

THAISE DA SILVA NUNES

Graduação em Enfermagem UFRGS (2009 à 2014). Residência em Oncohematologia GHC (2014, não concluída). Emergência HNSC (2014). Linha de cuidados oncológicos HNSC (2015 à 2017). Escritório de Gestão de Altas HNSC (desde 2017).

E-mail: nthaise@ghc.com.br

VANESSA MENEZES CATALAN

Enfermeira (UFRGS, 2009). Especializanda em Auditoria, ética em Compliance na Saúde (Unyleya, 2022 - cursando). Especialista em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente (IEP-Hospital Sírio Libanês, 2017). Especialista em Gestão de Emergências no SUS (IEP-Hospital Sírio Libanês, 2014). Mestre em Enfermagem (UFRGS 2012). Trabalha no GHC desde 2010. Assistente de Coordenação do Serviço de Medicina Interna (2013). Responsável Técnica de Enfermagem do HNSC(2015-2016). Atualmente é Coordenadora da Gestão de Riscos do GHC.

E-mail: vcatalan@ghc.com.br

VERIDIANA BALDON DOS SANTOS

Enfermeira pela UNISINOS (2003). Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS pelo PPG/ATSUS - Grupo Hospitalar Conceição (2021). Especialista em Gestão de Emergências em Saúde Pública pelo Hospital Sírio Libanês (2015). Atua como enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição desde 2009.

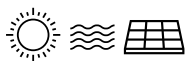
E-mail: bveridiana@ghc.com.br



Gráfica RJR

www.graficarjr.com.br

Impresso em sistema digital, com
papel proveniente de florestas
plantadas e certificadas.



Produzido com Energia Solar

Triagem

