



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORES

Fabiano Ribeiro dos Santos
Italo dos Santos Rocha
Quelen Tanize Alves da Silva
Alcindo Antônio Ferla

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

A PANDEMIA E OS TERRITÓRIOS CAPIXABAS:

ENCONTROS E INOVAÇÃO NA PRODUÇÃO DE SAÚDE

1ª Edição
Porto Alegre
2022



Coordenador Nacional da Rede UNIDA
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Böer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial
Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Márcia Regina Cardoso Torres
Renata Riffel Bitencourt

Arte Capa | Projeto Gráfico | Diagramação
Lucia Pouchain



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

P189

A pandemia e os territórios capixabas: encontros e inovação na produção de saúde/
Organizadores: Fabiano Ribeiro dos Santos; Italo dos Santos Rocha; Quelen Tanize Alves da Silva; Alcindo Antônio Ferla. – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

175 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 31).
E-book: 2.20 Mb; PDF

Inclui bibliografia.
ISBN: 978-65-5462-014-7
DOI: 10.18310/9786554620147

1. Administração de Serviços de Saúde. 2. Covid-19. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título.
II. Assunto. III. Organizadoras.

NLM WA 110
CDU 614(815.2)

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde Pública / Medicina preventiva; Estado do Espírito Santo.
2. Medicina: Saúde pública (Estado do Espírito Santo).

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Sumário

PRODUÇÃO DE SAÚDE E INOVAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA: UM ENCONTRO INTENSO E PRODUTIVO NO ESPÍRITO SANTO 9

Fabiano Ribeiro dos Santos, Italo dos Santos Rocha, Quelen Tanize Alves da Silva, Alcindo Antônio Ferla

IMUNIZAÇÃO OPORTUNA É SOCIEDADE SEGURA: UMA AÇÃO NECESSÁRIA PARA PROTEÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESPÍRITO SANTO16

Daniela Camara Vieira dos Santos, Danielle Grillo Pacheco Lyra, Flávia Maria Oliveira Saibel dos Santos, Sônia Cristina Plácido dos Santos, Tamiris Cristine Ribeiro Ferreira, Tânia Mara Ribeiro dos Santos

AGENDA DE RESPOSTA RÁPIDA PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....29

Camilla Verana Delboni Telles, Carolina Perez Campagnoli, Érika Saiter Garrocho, Marina Lima Daleprane Bernardi, Maria Fernanda Moratori Alves, Raiany Boldrini Christe Jalles

COMO GARANTIR ASSISTÊNCIA A DETERMINADOS SERVIÇOS EM TEMPO DE PANDEMIA?42

Luisa Lirio Pela, Karine Melo Ferreira da Silva, Sírnia Silene Domingos dos Santos

COLETA EXTERNA DE SANGUE: CRIANDO NOVAS ESTRATÉGIAS NA PANDEMIA.....55

Breno Pereira Pinto Costa Santos, Daniella Forza Gagno Correa, Janaína Trindade Damasceno Bruno Oliveira, Luciana Barbosa Firmes Marinato, Makerly Aguiar Boroto Goltara, Vanilda Pagcheon Borges

IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL BASEADO EM MEDICINA HOSPITALAR NOS HOSPITAIS DA REDE PRÓPRIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO71

Emília de Lourdes Marchette, Luciene dos Santos Rocha, Sabrina Lamas Costa, Simone Freitas Coelho Tosi

MONITORAMENTO DE LEITOS PARA COVID-19 NA REDE DE ATENÇÃO HOSPITALAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.....82

Amanda Rocha Vieira de Mello, Jordana Cristina Santos da Silva, Barbara de Moura Nunes Rezende

DIMENSIONAMENTO DE LEITOS COVID-19 E CAPACIDADE PLENA HOSPITALAR: A ESTRATÉGIA DE GESTÃO DE LEITOS PARA GARANTIA DO ACESSO NO ESPÍRITO SANTO99

Jordana Cristina Santos da Silva, Quelen Tanize Alves da Silva

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA COVID 19: O CASO DO HOSPITAL ESTADUAL DÓRIO SILVA 120

Andréa Cardoso Dos Santos, Mayara Souza Serpa, Mirella Souza Alvarenga, Renata Carina Santos Abreu, Selma Tavares Maia Caetano

FONOAUDIOLOGIA: O CUIDADO INTEGRAL E A ÊNFASE NA COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA NO PACIENTE COM COVID-19 132

Mariela Pitanga Ramos, Willene dos Santos Machado Zorzaneli, Jacqueline Cardoso Ramos Ribeiro, Janaina Maria Maynard Marques

IMPACTO POSITIVO NO CONTROLE DO ESTRESSE E PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR AOS PROFISSIONAIS DO HEMOES PELAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE..... 148

Sibia Soraya Marcondes, Angela Rosa Félix, Maria Carolina Figueiredo de Evaristo, Nelyane Nascimento dos Santos, Christiane Barbosa Lemos, Alessandra Nunes Loureiro Prezotti, Maria do Perpétuo Socorro Vendramini Orletti

ÍNDICE REMISSIVO 160

SOBRE OS AUTORES E AUTORAS..... 163



PRODUÇÃO DE SAÚDE E INOVAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA: UM ENCONTRO INTENSO E PRODUTIVO NO ESPÍRITO SANTO

Fabiano Ribeiro dos Santos
Italo dos Santos Rocha
Quelen Tanize Alves da Silva
Alcindo Antônio Ferla

INTRODUÇÃO

Dezembro de 2019: imagens na televisão de um vírus na China na qual as autoridades sanitárias estavam intervindo por meio de isolamento social de comunidades inteiras. Em um outro continente o ocorrido, mas os noticiários mostravam a ampliação das infecções pelo mundo quase em tempo real. E é assim que em fevereiro de 2020, temos o primeiro caso confirmado no Brasil de um cidadão infectado pelo vírus SARS-COV-2 e brevemente, março de 2020, temos a declaração de a elevação de situação da contaminação a Pandemia.

Em nosso País, a Pandemia trouxe mais sobrecarga a um sistema já sobrecarregado e insuficientemente financiado, observarmos a falta de uma coordenação nacional no enfrentamento a Pandemia, as informações desconstruídas e falsas, as desinformações, a ideologização de debates que custaram a vidas de milhares de pessoas.

Nesse cenário, infelizmente a organização e ação de enfrentamento a Pandemia no Brasil não acontece de maneira homogênea e coordenada, não tivemos um sistema que se organizou como único, mas diverso a partir da organização e descentralizada da gestão no território e que muitas vezes garantiu a atenção em saúde e permitiu que não perdessemos mais vidas, mortes que poderiam ter sido evitadas.

Assim, foi se configurando uma crise sanitária mundial que nos trouxe inúmeros desafios, dificuldades; mas, também criatividade e inovações nos processos de trabalho e organização da atenção em saúde. Foi nos territórios, nos estados e municípios em nosso país continental que verificamos as superações, as alianças pela vida.

Esse livro nos apresenta em suas escritas a experiência vivenciada no Estado do Espírito Santo durante o período da Pandemia, e nos ajuda na sistematização da aprendizagem que acumulou-se durante esse cenário, em que houve muitas incertezas, inovações, construção e compartilhamento de soluções e solidariedade.

A experiência do Estado Espírito configura a vivência de muitos lugares e as questões que todas e todos, em diferentes cenários e inserções sociais, buscavam refletir e buscar respostas a partir da atenção em saúde. Mas não apenas ilustra experiências de resistência e suporte à saúde da população. Ela descreve a ação da gestão no território estadual, com um forte protagonismo da gestão estadual e dos municípios, atuando em conjunto, nem sempre de forma harmônica, mas ativada pela lógica da preservação da vida e da saúde da população. É importante registrar que o convívio com a diversidade é próprio da gestão democrática. Mas esse não é o foco das análises aqui. No livro, temos a escolha de mostrar que os indicadores estaduais favoráveis em relação aos demais estados do Brasil não se foi obra do acaso, mas por protagonismo da gestão.

É assim que iniciamos na organização dessa obra literária, com diferentes narrativas de experiências, com a relato da Campanha de Vacinação contra a Covid, seguida do debate da Agenda de Resposta Rápida para Atenção Primária à Saúde (APS), uma discussão que nos faz compreender a partir das leituras o papel importante que a Vacinação e a APS tinha/tem nesse cenário. Passamos nos capítulos posterior a reflexão sobre a dificuldade de manutenção dos serviços e ações; devido a necessidade de redimensionamento de estruturas para atendimentos as pessoas acometidas pelo Covid; assim como, as medidas restrições que limitaram o desenvolvimento de várias ações de saúde.

O debate de ampliação da atenção hospitalar devido a necessidade de ampliação de acesso a leitos as pessoas em condições aguda pelo Covid, é realizado nesse livro a partir da narrativa de experiência na organização de processos que buscavam, concomitantemente a ampliação de leitos hospitalares a mudança de modelo de gestão da assistência.

Da mesma forma, metodologia de dimensionamento e monitoramento de leitos hospitalares são apresentados, permitindo a análise e comparação com outras experiências nos territórios brasileiros, uma vez que a necessidade e urgência de atendimento nesse nível de atenção, apresentou muitos momentos

de tensão, com dificuldade, que acompanhamos no Brasil, de estruturas, equipamentos, insumos e profissionais. Assim, as narrativas aqui registradas nos permitem reflexão sobre o que podemos avançar em situações de crise sanitária, no âmbito da gestão e operacional.

Por último, verificamos nas experiências do cotidiano a inovação para produção do cuidado. Vivências que ampliam o diálogo nos processos de trabalho, amplia atuação dos profissionais, existe a construção na coletividade, nos traz esperança que o Sistema Único de Saúde se produz e resiste em todos esses lugares.

A iniciativa de colecionar reflexões densas sobre iniciativas no enfrentamento à Covid-19 envolveu a Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, a Organização Panamericana de Saúde e a Rede Unida. A dimensão operacional da elaboração e publicação da chamada de manuscritos, da avaliação de pares, da revisão de autores e da qualidade formal e demais ações da editoração do livro ficaram a cargo do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) e da Editora Rede Unida.

O QUE FALAM OS CAPÍTULOS?

O tratamento final para a organização do livro incluiu demonstrar as ações refletidas, como tecnologias e metodologias adotadas para o enfrentamento à pandemia, incluiu sequenciar os capítulos, de tal forma que uma lógica de abrangência e intensidade ficasse demonstrada.

É assim que vamos escrutinando os capítulos deste livro e tempos no primeiro capítulo “Imunização Oportuna é Sociedade Segura: Uma ação necesssária para a proteção da população do Espírito Santo” é o relato da experiência de organização e mobilização para a operacionalização da Campanha de Vacinação contra a Covid-19, no Estado do Espírito Santo, os desafios enfrentados referente a condução uma Campanha de Vacinação em plena pandemia, com número limitado de doses de vacinas para a execução da vacinação; uma atualização constante das informações e necessidade de uma rápida capilaridade nos fluxos de informações. Esse relato evidencia que a condução de uma política pública pactuada e compartilhada possibilita avanços para uma política de imunização fortalecida no Sistema Único de Saúde (SUS).

Na sequência o texto “Agenda de Resposta Rápida para a Atenção Primária à Saúde no Enfrentamento à Covid-19: um relato de experiência”, reforça a necessidade da atenção e vigilância comporem nas ações de saúde do território. A escrita das autoras retrata a condução no reposicionamento da Atenção Primária à Saúde frente ao cenário da Pandemia coordenada pelo Núcleo Especial de Atenção Primária – Secretaria do Estado da Saúde.

Esse relato nos demonstra as dificuldades durante o percurso na busca da excelência do SUS, mas paralelamente, mencionar o êxito das ações desempenhadas, na qual atribui-se o mérito a aproximação e parceria e ações intrasetoriais e intersetoriais, o estreitamento da relação e diálogo com os municípios e o impacto da Educação Permanente nos processos de trabalho em saúde.

O capítulo “Como garantir assistência a determinados serviços em tempos de Pandemia” nos apresenta uma experiência, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que durante seu processo de formação precisam refletir sobre a produção do cuidado, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a partir dos limites e desafios impostos pela Pandemia.

Dentre as dificuldade colocadas pela Pandemia, uma foi a manutenção dos estoques de sangue devido a diminuição de doadores; assim o capítulo “Coleta externa de sangue: criando novas estratégias na Pandemia” nos relata a estratégia adotada no Estado com objetivo de aproximar-se da população, sensibilizando e permitindo a manutenção de números de doadores de sangue e diminuindo o risco de estoques críticos. Além disso, essa experiência demonstra que é possível seguir com a realização de coletas externas de forma segura e com adesão da população, utilizando mecanismos de cuidados condizentes com o momento.

“A Implementação do Modelos Assistencial baseado em Medicina Hospitalar nos Hospitais da Rede Própria da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo” nos apresenta o desenvolvimento de modelo assistencial na Rede Própria do Hospitais do Estado do Espírito Santo. Frente aos diferentes desafios apresentados pela Pandemia, tais como a necessidade de mais leitos hospitalares, a aposta para ampliação do acesso foi o desenvolvimento de um projeto, coordenado pelo Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação, buscando a qualificação da assistência nos serviços conjuntamente com um mudança cultural que promove uma maior colaboração e comunicação entre todos os envolvidos

no cuidado ao paciente, organizando conhecimento sobre os recursos disponíveis para o acompanhamento dos resultados clínicos alinhados com a gestão, de maneira bem coordenada.

O capítulo o “Monitoramento de leitos para Covid-19 na Rede de Atenção Hospitalar do Sistema Único de Saúde do Estado do Espírito Santo” apresenta a descrição da metodologia adotada pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo para o Monitoramento de Leitos para Covid-19 na Rede de Atenção Hospitalar do Sistema Único de Saúde do Estado do Espírito como estratégia de educação em saúde em serviço na implantação do Censo de Leitos. Essa ferramenta, utilizada pela Secretaria de Saúde e Governo, permitiu a transparência, educação e controle dos dados de produção assistencial da saúde.

O capítulo “Dimensionsamento de leitos Covid-19 e Capacidade Plena Hospitalar: a Estratégia de Gestão de Leitos para a garanti do acesso no ES” realiza uma análise da estratégia de reversão de leitos expandidos para atenção hospitalar à pandemia por Covid-19 que foi adotada pelo Estado do Espírito Santo - ES. Um texto relevante para análises e comparações com outras metodologias de gestão de leitos, uma vez que recrudescimentos de “novas ondas” de infecções, internações e óbitos, durante a Pandemia, impuseram aos gestores a necessidade de ampliação de leitos para atendimento as internações por acometimento de infecções pelo vírus SARS Cov 2 e pelas demais doenças que seguiam sendo produzidas em nossa sociedade.

O capítulo “O trabalho do Assistente Social na linha de frente da Panedimnia Covid-19: o caso do Hospital Estadual Dório Silva” é um relato de experiência do Serviço Social em um Hospital da Rede Pública, em um cenário de Pandemia em que novas necessidades e demandas surgem. Essa narrativas nos permite compreender que apesar da circunstâncias, houve um espaço para o debate dos processos de trabalho, uma vez que o caminho percorrido foi a construção coletiva, o que torno-se necessário face a exaustão e incertezas dos profissionais de saúde.

O cenário da Pandemia, fez emergir novas demandas em saúde e, conseqüentemente, precisou ser constituído novos processos de trabalho, o capítulo “Fonaudiologia: o cuidado integral e a ênfase na comunicação suplementar e alternativa no paciente com Covid-19” nos relata essa circunstância por meio

da narrativa de ampliação da atuação da Fonoaudiologia na reabilitação e comunicação dos pacientes internados.

O capítulo “Impacto positivo no controle do estresse de promoção de bem estar aos profissionais do Hemoes pelas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” segue nos apresentando que a Pandemia, também, foi cenário de inovação e criatividade aos processos de trabalho no SUS. Esse relato discute as contribuições das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no cuidado aos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRODUÇÃO

A pandemia não afetou as pessoas que residem no território capixaba da mesma forma que nos demais territórios brasileiros. Isso nos demonstram os indicadores de prevalência, incidência e mortalidade por Covid-19. Nos capítulos que compõem o livro, vemos um conjunto selecionado de iniciativas que representam o leque de ações desencadeadas no estado para o enfrentamento à pandemia.

Mais do que o conteúdo propriamente de cada iniciativa, que aparece aqui como reflexão densa, como metodologia ou tecnologia formulada a partir da reflexão sobre a experiência, o que o conjunto de textos apresenta é a ação propositiva da gestão, embasada nas orientações técnicas, nas recomendações da ciência e na sistematização de evidências no cotidiano do território. A expressão da descentralização da gestão no SUS fala da construção de capacidade de decidir as melhores ações necessárias em cada território. Particularmente em relação à gestão estadual, sempre uma incógnita nas análises sobre a organização do SUS, temos aqui um protagonismo que se faz num trabalho colaborativo com os gestores municipais e com uma primorosa equipe de trabalhadores na gestão, na atenção à saúde, nos territórios e na produção de inovações no ensino e no cotidiano do trabalho.

A contribuição do “conjunto da obra”, como se costuma dizer na avaliação das performances artísticas, é de *esperançamento* em relação à gestão e a aprendizagem significativa, que também precisa de grande agilidade no tempo da pandemia, para colocar em movimento os serviços, redes e sistemas

territoriais de atenção. A inovação como *esperançamento* se traduz aqui como iniciativa de enfrentamento ágil do desconhecido (a pandemia chegou rápido e produziu mortes e convulsão dos serviços em todo mundo, particularmente no Brasil), buscando ampliar o conhecimento disponível, desenvolver tecnologias e metodologias com o melhor da evidência da ciência e do cotidiano, gerar conexão com as melhores iniciativas conhecidas e respeitar os territórios. O respeito, aqui, fala de uma dupla reação: a) a radical defesa da saúde e das vidas em cada localidade; e b) a implementação de um duplo trabalho, de cuidar das pessoas e controlar ao máximo a exposição à doença e, ao mesmo tempo, de implementar iniciativas de produção de conhecimentos e tecnologias próprias para cada território e natureza de serviços. Assim foi a ampliação do escopo de trabalho das diferentes profissões, as parcerias com a sociedade civil e a mobilização dos serviços para comporem também a linha de cuidados em Covid-19.

A experiência refletida, entretando, não serve apenas para documentar. Serve, ainda mais, para compartilhar e colocar em circulação. Por certo, o SUS no Espírito Santo demonstra um reconhecimento para além dos números em relação à Covid -19. Também é necessário reconhecer a mobilização do trabalho no seu interior, seja na gestão, seja no cuidado às pessoas doentes, como nas intervenções de promoção à saúde nos territórios.

Desejamos às pessoas que acessaram essa produção uma boa leitura, que se deixem contaminar pela potência dos relatos e que ampliem seu leque de argumentos para defender o SUS, mesmo em tempos de pandemia. Aliás, pandemia que nos mostrou a relevância de um SUS descentralizado e de uma gestão eticamente comprometida com a vida das pessoas.

IMUNIZAÇÃO OPORTUNA É SOCIEDADE SEGURA: UMA AÇÃO NECESSÁRIA PARA PROTEÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESPÍRITO SANTO

Daniela Camara Vieira dos Santos
Danielle Grillo Pacheco Lyra
Flávia Maria Oliveira Saibel dos Santos
Sônia Cristina Plácido dos Santos
Tamiris Cristine Ribeiro Ferreira
Tânia Mara Ribeiro dos Santos

A IMUNIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No Brasil, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Pública de Saúde ordena aos Estados e Municípios a organização, a partir da descentralizar dos serviços na condução de ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde com objetivo de otimizar atenção à sociedade.

A imunização no SUS é um dos grandes exemplos de descentralização de ações e serviços, que permite condução adequada aos entes federados, com monitoramento intenso para controle das doenças imunopreveníveis e proteção da população inteira.

Constitui competência do nível federal, através do Ministério da Saúde, a aquisição dos imunobiológicos, ao do nível estadual compete o provimento dos insumos (seringas e agulhas) e foi planejada com antecedência a aquisição deles, ainda no primeiro semestre de 2020, com o intuito de que sendo disponibilizadas as vacinas pelo órgão federal, o Estado pudesse fornecê-los aos municípios para a execução da ação de vacinação. Esse planejamento foi fundamental, pois já havia dúvida sobre a disponibilidade de matéria-prima para a produção dos insumos para atender o mercado nacional e internacional e o risco de falta de estoques nas indústrias e aumento dos preços. Além disso, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) coordenou a elaboração dos Planos Estadual, Regionais e Municipais da Operacionalização da Campanha de Vacinação contra a Covid-19 para enfrentamento da pandemia e conjuntamente com os municípios pactuou estratégias de vacinação voltadas para o atendimento à população de forma

organizada, sem aglomerações, com a adoção de protocolo de segurança para evitar a contaminação nos locais de vacinação e com a possibilidade de escassez de vacinas. Nos Planos foram levantadas as necessidades relacionadas às redes de frio (equipamentos e logística), sistemas de informação, pessoal, farmacovigilância, comunicação, dentre outras.

Todas essas estratégias foram importantes para o alcance da cobertura e proteção adequada da população espiritossantense, em meio ao momento difícil que o mundo vivencia, consolidando que a organização, o planejamento e as pactuações junto as esferas de governo, foram fatores importantes para o sucesso das intervenções.

O DESAFIO DA PANDEMIA E A CONDUÇÃO DA COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÃO NO ESPÍRITO SANTO

Desde que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recebeu a notificação, em 31 de dezembro de 2019, de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China, com suspeita de serem provocadas por uma nova cepa de Coronavírus, o mundo mudou em sua dinâmica de viver. Quando de fato, a China, confirma que se tratava de um novo tipo do vírus, com o nome de SARS-CoV-2, e em janeiro, a OMS emite alerta de emergência de Saúde Pública de importância internacional devido a velocidade com a qual se espalhava no mundo, em março, a situação é classificada, oficialmente, como uma pandemia, embora já se apresentasse em quase todos os continentes em fevereiro, inicia-se assim, tempos desafiadores para todos em todo mundo (OMS, 2020).

A humanidade já vivenciou diversas outras pandemias, como a varíola e o sarampo, ou por décadas, como as de cólera. Ainda podem ser citadas as pandemias de gripe por H1N1 em 1918, por H2N2 em 1957-58, por H3N3 em 1968-69 e por H5N1 nos anos 2000, conhecidas, respectivamente, como “gripe espanhola”, “gripe asiática”, “gripe de Hong-Kong” e “gripe aviária”, em que pese tais denominações que carregam estigmas que devem ser evitados (ANDRADE et al., 2009).

A Pandemia da Covid-19 foi e está sendo um impacto mundial, devido a velocidade com o qual o vírus se propaga, a desestrutura econômica-social provocada pelo isolamento social, o desafio da organização dos serviços para

não desassistir a sociedade, o aprendizado dos profissionais no manejo clínico em tempo recorde para condução dos casos, a compreensão da sociedade sobre a doença são grandes desafios a serem enfrentados, e agora, a imunização da população para vencer essa doença.

No Espírito Santo, o Programa Estadual de Imunização, no segundo semestre de 2020, instituiu um Grupo de Trabalho para colaborar no planejamento das estratégias de vacinação no âmbito do estado, com reunião semanal permanente, coordenado por representante da Secretaria de Estado da Saúde, e formado por outros representantes do governo estadual, das Superintendências Regionais de Saúde, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e municípios.

No dia 18 de janeiro de 2021 iniciou no Estado a Campanha de Vacinação contra a Covid-19 de forma escalonada, conforme disponibilização das doses de vacinas pelo Ministério da Saúde e de acordo com os grupos prioritários definidos no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. Diante dessa grave crise sanitária, a despeito de todos os avanços obtidos, grandes desafios foram impostos ao Programa de Imunizações do estado, devido a complexidade em conduzir uma Campanha de Vacinação em plena pandemia e com número limitado de doses de vacinas para a execução da vacinação. Cabe destacar que muitas questões foram e estão sendo definidas ao longo da Campanha, à medida que novas evidências sobre a Covid-19 e a vacina estão acontecendo. O Plano Nacional de Vacinação está em sua nona versão e ainda passará por novas atualizações, o que acarreta a necessidade de rápida capilaridade das informações, de modo oportuno, até todos os profissionais que estão atuando na rede de vacinação dos municípios do Estado.

Com o intuito de agilizar o compartilhamento das informações técnico-operacionais da Campanha de Vacinação o Estado, conjuntamente com as regionais de saúde e municípios, tem utilizado as novas tecnologias, com capacitações à distância (webconferências, lives), vídeos educativos, redes sociais, de modo a chegar no maior número de pessoas num curto espaço de tempo. No entanto, ainda é necessário ampliar a formação dos profissionais de saúde que atuam nas salas de vacinação, e essa deve ser uma prioridade não só do Estado, mas dos municípios, que necessitam potencializar a educação permanente e manter a sua rede preparada para atender a sua população.

É preciso uma integração cada vez maior do Programa de Imunizações com outras áreas para envolver vários atores devido à complexidade que envolve o processo de vacinação. A participação efetiva dos vários setores pode contribuir para levar as ações de vacinação para cada cidadão. Os vacinadores, como grande protagonista desse processo, precisam de maior valorização e condições de trabalho para o desenvolvimento das suas atividades. Outro ponto importante, é a necessidade da manutenção da motivação dessas equipes, onde vários profissionais das equipes de vacinação estão estressados, com fadiga física e mental ou até mesmo adoecendo devido ao coronavírus, o que tem levado ao afastamento e à perda da força de trabalho.

Outro grande desafio é que apesar da aprovação das vacinas pelas agências regulatórias nacionais, fundamentada principalmente pelos estudos clínicos de fase I, II e III, apenas após o início da vacinação na população é possível compreender os dados de efetividade e segurança em cenário de vida real, em especial no que diz respeito à ocorrência de eventos adversos pós-vacinação (EAPV) raros e inusitados. Assim, é de fundamental importância o monitoramento da segurança dos imunobiológicos por meio da farmacovigilância, pois em situações de vacinação em massa, onde milhares de indivíduos são vacinados em curto espaço de tempo, é de se esperar a ocorrência de EAPV, incluindo eventos graves, temporalmente associados as vacinas, mas sem que exista uma relação de causalidade com a vacinação em si. A notificação e Investigação de EAPV estão sendo realizadas no e-SUS Notifica. Dessa forma, para a adequada notificação, investigação e classificação de causalidade dos EAPV, em especial os EAPV graves, é fundamental a compreensão adequada do evento. E é de extrema importância orientar a população que os benefícios da vacinação contra a Covid-19 superam os riscos potenciais para quem for recebê-la.

Em decorrência da diminuição da circulação de diversas doenças imunopreveníveis, nos últimos anos a prevenção passou a ser colocada em segundo plano, acreditando-se, muitas vezes, ser desnecessária. A queda das coberturas vacinais é uma realidade, com a hesitação vacinal ocasionando o atraso na execução do esquema vacinal ou a recusa em receber as vacinas recomendadas, apesar de sua disponibilidade nos serviços de saúde. Entretanto, a pandemia trouxe à tona algo similar ao que ocorreu em epidemias anteriores, ou seja, grande busca da população

pela vacina, uma vez o risco iminente de morte faz com que a população perceba a importância da vacinação como forma de evitá-la, no entanto quando o risco se torna pouco visível ela acaba por não entender a necessidade da prevenção.

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRUTURA DE BOAS PRÁTICAS

O SUS, desde sua constituição está em permanente construção e por isso novos desafios são uma constante para trabalhadores, gestores e usuários do SUS, acarretando melhorias e fortalecimento do sistema, tornando um marco no cenário da Saúde Pública.

Para o SUS propiciar aos profissionais de saúde a oportunidade de uma atuação adequada e segura de suas práticas à população, tem em sua política, a garantia de qualificação constante e de acordo com as necessidades do serviço, fortalecendo um processo de trabalho e uma atenção de qualidade.

A Educação Permanente em Saúde Pública tem sido uma prática transformadora e vem no intuito de despertar nos profissionais de saúde uma construção de consciência crítica e raciocínio reflexivo para lidar com a realidade e transformá-la (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017), se corresponsabilizando com o processo de saúde pública.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) define Educação Permanente em Saúde (EPS) como:

uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial (BRASIL, 2004).

Na educação permanente o aprender e o ensinar devem se incorporar ao cotidiano tanto das organizações como do trabalho. O objetivo destas práticas de debate e ensino-aprendizagem no trabalho é a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho advindas da problematização do próprio processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Nesse contexto a aprendizagem no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, a partir de problemas enfrentados na realidade de cada serviço, propicia

reflexão coletiva oferecendo instrumentos para sua transformação (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

O Programa Estadual de Imunizações de uma forma híbrida está compartilhando junto aos municípios os conhecimentos, seja da forma dita “tradicional”, com apresentações e explicações de como fazer, como também, em Metodologias Ativas, que traz ao campo, a reflexão crítica de suas práticas e saberes. Esta forma híbrida permite buscar conciliar às normas e regramentos já disponibilizados pelo Ministério da Saúde, como utilização correta de protocolos, como também diálogos e compreensões sobre como o saber e o fazer podem garantir, diante de reflexões movimentos de melhorias constantes das práticas.

Este processo, de preparação dos profissionais de saúde de forma contínua, onde a Educação Permanente traz a possibilidade dos saberes às equipes, como alinhamento do fazer, diminuindo assim, riscos de desigualdades de ações, em que descrevem os autores Ceccim e Feuerweker (2004), o desenvolvimento da formação dos trabalhadores e da organização do processo de trabalho em saúde, é necessário considerar as premissas da EPS, centradas no cotidiano do trabalho, na articulação entre os diferentes atores e em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar.

Já metodologias ativas têm concepções educativas com processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, permitindo a reflexão sobre problemas que geram curiosidades e desafios e busca de soluções mais adequadas à situações existentes. As Metodologias ativas partem do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

VISITA IN LOCO: UM OLHAR PARA SEGURANÇA DE PRÁTICAS

A Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo em sua competência de apoio aos municípios, de garantia de boas práticas e de segurança ao cidadão, tem na visita técnica, um instrumento de trabalho gerencial, reconhecendo esta ação, como campo específico do saber e da prática para o cuidado adequado.

A visita in loco tem o objetivo para a imunização de propiciar visão ampla e gerenciadora do trabalho, com a finalidade de atividades eficientes, eficazes e

com valor educativo, para garantia de práticas e intervenções de vacinação segura.

A cada ponto de atenção que se visita, além de observar os aspectos estruturais, avalia-se o processo de trabalho, sendo esta, uma ação das mais importantes, pois a intervenção após a realização da prática, permite reconhecimento da necessidade de melhoria pelos profissionais e construção de competências, buscando crescimento profissional e organização do serviço. A competência profissional é uma ferramenta para atuar com segurança, juntamente com as mudanças e avanços tecnológicos presentes no mundo atual (SALUM; PRADO, 2014).

A Coordenação Estadual de Imunizações em suas visitas in loco, busca avaliar condutas adequadas, porém com caráter educativo, a qual proporciona aos profissionais reflexão de suas práticas e ressignificado de suas atuações. Assim, as atividades educativas devem contar com a participação dos trabalhadores, para que não haja o risco de estas não serem efetivadas, por não possuírem valor significativo para eles, não despertando seu interesse (PERES; SILVA; BARBA, 2016).

SISTEMA DE INFORMAÇÃO: IMPORTANTE MONITORAMENTO DA IMUNIZAÇÃO

Os Sistemas de Informação do SUS (SIS) têm avançado a cada ano, sendo reconhecido como um importante instrumento de monitoramento das ações, permite avaliar a efetividade dos serviços de saúde. Em relação à imunização, o sistema propõe registros para avaliação de cobertura vacinal, informações dos imunobiológicos e reações pós-vacina, sendo um indicador oportuno de análise sobre o estado vacinal da população.

No Estado, o monitoramento por meio dos sistemas de informação permite analisar as ações executadas, com interlocução imediata aos municípios.

A equipe do Programa Estadual de Imunizações vem ao longo dos anos desenvolvendo atribuições e competências no monitoramento e avaliação das coberturas vacinais dos municípios do Espírito Santo. Desde 2013 quando da informatização do Programa Nacional de Imunizações o Espírito Santo possuía os seguintes sistemas de informação de monitoramento, registro e avaliação dos dados de vacinação: Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações – API na versão Web, sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-vacinação – EAPV,

Sistema de Informação de Insumos Estratégicos – SIES, Sistema de Informações dos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais – SI-CRIE.

Atualmente o Programa Estadual de Imunizações utiliza como ferramentas imprescindíveis de trabalho os seguintes sistemas: SIPNI na versão Desktop e Web para municípios que ainda não possuem conectividade e os serviços não fazem parte da Atenção Primária à Saúde – APS e para registros dos imunobiológicos especiais (CRIE), Sistema de Informação de Insumos Estratégicos – SIES, e-SUS APS para os municípios que integram a Atenção primária, e-SUS PEC para aqueles que fazem parte da atenção primária mas não possuem conectividade, sistemas de informação de terceiros que realizam a interoperabilidade com o SIPNI e e-SUS e transmitem as informações de vacinação para o Ministério da Saúde e compõem os dados do de vacinação do estado, e-SUS Notifica que informa eventos adversos pós vacinação, o SI-PNI Módulo Campanha que informa exclusivamente os registros das Campanhas de vacinação Covid-19 e Influenza e o Sistema de Vacinação “Vacina e Confia” que é um sistema de informação adotado pelo estado do Espírito Santo para informar os dados de vacinação da campanha Covid-19 e utilizado também para o agendamento do cidadão nos municípios otimizando assim o registro e a aplicação da vacina.

Com a utilização dos diversos Sistemas o Programa Estadual realiza periodicamente avaliação das coberturas vacinais de rotina e de campanha com o objetivo de identificar baixas coberturas vacinais no sistema de informação que estão diretamente ligadas a alguma dessas condições: não registro ou retardo na inserção de doses aplicadas nos sistemas SIPNI, e-SUS e SI-PNI Campanha; não transferência para a base nacional dos dados inseridos no sistema; erro de digitação de doses aplicadas; base de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) desatualizada, desatualização do cadastrado da população do território das unidades de APS e migração populacional entre os municípios e estados.

As baixas coberturas ocasionam malefícios para o município que consequentemente não atinge as metas estipuladas pelo Ministério da Saúde nas vacinas pactuadas, culminando com o não cumprimento dos indicadores inerentes à imunização como por exemplo, do Sistema de Informação de Saúde dos Indicadores dos Pactos (SISPACTO) e do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS). Metas não cumpridas podem comprometer a

transferência de recursos federais para o município.

Quando se trata de altas coberturas vacinais, superiores às metas, também são motivos de averiguação, pois podem estar relacionadas ao denominador da população alvo subestimado; erros de registros; sobre registro por ocorrência da vacinação devido ao elevado fluxo de cidadãos em áreas com melhor acesso às vacinas, e também, revacinação por motivo de perda de cartão de vacina e sendo necessário iniciar novo esquema de vacinação.

A finalização do desenvolvimento do sistema de informação com registro nominal é primordial para garantir o adequado registro e monitoramento dos indicadores de cobertura vacinal. Para isso, é necessário que o Ministério da Saúde garanta a manutenção dos seus sistemas para evitar a perda de dados e a geração de informações discrepantes entre os níveis de gestão do SUS.

INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE: O FORTALECIMENTO DA IMUNIZAÇÃO

Compreender a Atenção Primária à Saúde (APS) como nível de atenção do Sistema Único de Saúde, um nível que em seus atributos possibilitam o acolhimento da população, a partir de sua proximidade no território, espaço este, de construção coletiva de atenção e responsabilidades na saúde, em que fortalece cada vez mais uma APS vigilante e atenta às ocorrências dinâmicas vivenciadas dia a dia da população.

Essa dinamicidade dos territórios requer uma velocidade na capacidade de resposta dos profissionais de saúde, diante das funções da APS, como responsabilização, resolubilidade e comunicação, onde a responsabilidade é observada no cuidado ao cidadão, assim como a resolubilidade, na resolução dos problemas, e por fim, a comunicação aos atores, níveis e pontos de atenção necessários ao andamento correto da assistência.

Na imunização, estas funções são primordiais para que se garanta uma população protegida e livre de agravos e doenças imunopreveníveis. Quando a política da Atenção Primária, em seu Artigo 2º afirma o compromisso de monitoramento, de vigilância desta população, que propicia segurança e qualidade de vida aos cidadãos

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

A integração da Atenção Primária e Vigilância em Saúde, também destacada na PNAB, 2017, em seu Artigo 5º, busca fortalecer o vínculo entre as equipes de assistência e as equipes de vigilância, para uma melhor execução das ações, assim, melhor atenção e controle dos eventos ocorridos nestes espaços.

Nesta integração, a imunização no estado do Espírito Santo, por meio da Coordenação Estadual de Imunização tem uma condução de forma contínua, com análises permanentes a atuação das equipes de Atenção Primária, permitindo neste monitoramento correções e ações imediatas, no controle das doenças imunopreveníveis. Isso destaca a função importante de resolubilidade da atenção.

Neste momento de Pandemia que atravessa o mundo, o desafio para a Atenção Primária e Imunização tem sido gigante, pois manter a homogeneidade das vacinas do calendário nacional é tarefa permanente e incessante, buscando sempre superar as dificuldades das baixas coberturas, a demonstração de competência, a partir de um vigilância constante dos indicadores e qualificação permanente dos profissionais, resulta em ações assertivas, com coberturas positivas e população protegida.

Em 2020, primeiro ano da pandemia, assimilar a situação tão agravante e organizar a Atenção Primária, para acolher os cidadãos aos cuidados necessários, sendo isolamento social, a ordem governamental, resultou em muitos abandonos de autocuidado, busca para consultas nos serviços de saúde e principalmente, baixas coberturas vacinais. Este desafio precisou ser vencido com organização da assistência, ambientes seguros, profissionais capacitados para o novo momento. De forma rápida o serviço precisou se reinventar, criar novos modos operantes para acesso da população, de forma virtual, com vigilância à distância dos casos mais prioritários, nos territórios.

Diante desse cenário, o mais desafiador, foi monitorar as ausências de agendas, fazer busca ativa dos faltosos, via virtual, para garantir a atenção oportuna, modalidade essa, nova para muitos municípios e profissionais, o qual foi necessário construção de protocolos, procedimentos operacionais padrão, para proporcionar um ambiente e ações seguras à população e aos profissionais, garantindo a confiabilidade de utilizarem o serviço nesse período crítico.

Devido a pandemia, o isolamento social foi imposto como estratégia de segurança populacional e biológica para controlar a propagação do vírus. É uma orientação sanitária designada pelos órgãos de direito como Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Ministério da Saúde (MS) e pelos governos estaduais e municipais que abrangem toda a população, sem discriminação de grupos sociais. No entanto, essas novas formas remotas de trabalho, como reuniões virtuais tiraram dos coletivos de trabalhadores, seu lugar de encontro e de realização da atividade individual e coletiva, porém estamos diante de um novo desafio para a produção de sociabilidades e laços coletivos no trabalho, antes baseados na proximidade física, hoje desafio de construção de laços e continuidade de trabalho à distância.

Uma grande capacidade desenvolvida na tutoria online foi a habilidade de trazer diante de uma tela, não apenas abordagem de conhecimentos técnicos, mas também, abordagem com sentimentos, que compreendeu potência de subjetividades, de laços, de singularidades, transformando o momento que poderia ser frio, pelo distanciamento, em oportunidade de criação de afetos.

[...] existe aí, como em cada um de nós, uma linha de segmentaridade dura em que tudo parece contável e previsto, o início e o fim de um segmento, a passagem de um segmento a outro. Nossa vida é feita assim: não apenas os grandes conjuntos molares (Estados, instituições, classes), mas as pessoas como elementos de um conjunto, os sentimentos como relacionamentos entre pessoas são segmentarizados, de um modo que não é feito para perturbar nem para dispersar, mas ao contrário para garantir e controlar a identidade de cada instância, incluindo-se aí a identidade pessoal (DELEUZE;; GUATTARI, 1980, 2012, p. 73)

A pandemia trouxe uma nova forma de processo de trabalho, seja presencial ou virtual, a coordenação estadual de imunização fez do diálogo constante, a

oportunidade de acertos e ajustes para que se tenha uma vacinação, monitorada percorrendo a homogeneidade de cobertura, como ações seguras à população.

PERSISTÊNCIA E ESPERANÇA É O CAMINHO

A Coordenação Estadual de Imunizações em suas diversas experiências e vivências reconhece as conquistas e os desafios advindos de seu percurso no Estado. A atuação de condução sempre pactuada e compartilhada possibilita cada vez mais avanços para uma política de imunização fortalecida. O apoio e o monitoramento aos municípios são ferramentas de gestão que permitem o desenvolvimento contínuo das equipes de imunização, com o propósito de busca da qualidade e da excelência do serviço, alcançando assim, toda população capixaba em sua proteção vacinal.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. R. de *et al.* Gripe aviária: a ameaça do século XXI. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** [online], v. 35, n. 5, pp. 470-479, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000500014>. Acesso em: 17 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. 68 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2017.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R. de; SILVA, K. L. Permanent professional education in healthcare services. **Escola Anna Nery** [online], v. 21, n. 4, e20160317, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0317>. Acesso em: 17 ago. 2021.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Acesso em: 17 ago. 2021.

DELEUZE, G.; GATARRI, F. **Mil platôs. Capitalismo e esquizofrenia**. Mana [online], v. 4, n. 2, p. 143-146, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-93131998000200008>. Acesso em: 17 ago. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA). Subsecretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Contingência do Estado do Espírito Santo para a Infecção Humana (COVID- 19) pelo novo Coronavírus - SARS CoV2**, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/plano-de-contingencia>. Acesso em: 27 abr. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Estadual de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. 6. ed. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/Media/Coronavirus/Downloads/Plano%20de%20Contingencia%20>

para%20Vacinacao%20contra%20a%20Covid-19_ESPIRITOSANTO.docx%2031%20maio.pdf. Acesso em: 27 jul. 2021.

HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. (ed.). **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS/OMS, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), Organização Pan-americana da saúde (OPAS). Folha informativa - Covid-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Abr. 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid-19&Itemid=875»https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid-19&Itemid=875. Acesso em: 26 jul. 2021.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 2, p. 301-8, abril./jun, 2014.

PERES, C.; SILVA, R. F.; BARBA, P. C. S. D. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. **Trab. educ. saúde**, v. 14, n. 3, 2016.

AGENDA DE RESPOSTA RÁPIDA PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Camilla Verana Delboni Telles

Carolina Perez Campagnoli

Érika Saiter Garrocho

Marina Lima Daleprane Bernardi

Maria Fernanda Moratori Alves

Raiany Boldrini Christie Jalles

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), em janeiro de 2020. No Brasil, confirmou-se o primeiro caso em fevereiro de 2020, e em pouco mais de oito meses, o país contabilizava cerca de 5,7 milhões de casos confirmados e 164 mil mortes, ocupando a terceira posição no ranking mundial de casos e a segunda posição no ranking mundial de mortes. Até o mês de julho de 2021, o Espírito Santo apresentava mais de 516 mil casos confirmados e 11.816 óbitos, conforme dados do Painel Covid-19.

O Brasil possui um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo, fundamentado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade na atenção à saúde. Para efetivar-se, esse sistema conta com a Atenção Primária à Saúde (APS) como principal porta de entrada aos cidadãos e de comunicação com os demais pontos da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS), estruturada no mais alto grau de descentralização e capilaridade.

Essa via primária de acesso ao cuidado, portanto, deve se concretizar no local mais próximo a vida das pessoas, famílias e comunidades. Os desafios cotidianos para o desenvolvimento dessa lógica - que atualmente conta com cobertura de 76,08% da APS no cenário nacional e 79,46 % no Espírito Santo (BRASIL, 2021) - são agudizados pelas repercussões da pandemia da Covid-19 e sobrecarregam o Sistema Único de Saúde (SUS), em especial para pessoas com doenças crônicas.

A APS é a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) e é o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS. Esse espaço de atenção deve reconhecer adequadamente as demandas dos usuários, sejam elas biológicas, psicológicas ou sociais; e oferecer ações, no âmbito individual e coletivo, que comportem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Destaca-se ainda, que a APS deve orientar-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e da equidade (BRASIL, 2017); a impactar positivamente na situação de saúde das coletividades, atendendo em torno de 85% dos problemas de saúde da sua população, o que traduz sua importância no processo de reabilitação dos usuários.

Para que a APS possa ordenar a RAVS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade (demandas mais frequentes), organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente na gestão do SUS (BRASIL, 2017).

A pandemia, por sua vez, realça e acelera a necessidade de organizar os pontos da RAVS e (re)dimensionar os fluxos para as demandas da Covid-19 e das mais diversas necessidades em saúde manifestadas pela população dos territórios. Nesse contexto, a APS tem função indispensável no enfrentamento à pandemia, uma vez que resolutiva e organizada, pode atender em torno de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida (OPAS [ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE], 2021).

Para tanto, é fundamental investir na essência da APS e potencializar as ações que viabilizem o conhecimento do território, o reconhecimento das questões epidemiológicas, os determinantes sociais da saúde, a expansão do acesso, o reforço do vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, e efetivação da integralidade da assistência, o monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento aos casos suspeitos e leves da Covid-19.

A resolutividade desses cuidados primários está atrelada a um planejamento de ações fundamentadas em um diagnóstico situacional compatível com o território, o que inclui a reorganização dos serviços, contratação e capacitação de

profissionais para o exercício da vigilância em ambiente comunitário e domiciliar. Tais ações são relevantes para contenção da pandemia e para o não agravamento das pessoas acometidas pela Covid-19, assim como para o controle dos agravos psicofísicos advindos do isolamento social prolongado e da precarização da vida social e econômica, somados ao conjunto de mazelas vivenciadas pelas pessoas no cotidiano dos serviços (SARTI *et al.*, 2020).

Qualquer ação de saúde desenvolvida pela APS, referente ou não ao enfrentamento à pandemia da Covid-19, deve estar vinculada, necessariamente, à Educação Permanente (EP) na saúde. Ao permitir o encontro entre a formação e o serviço prestado, a EP promove diálogos e reflexões sobre o processo de trabalho e possibilita o aprimoramento dos profissionais e das práticas de saúde, a qualidade de resolutividade na oferta de cuidado.

A Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), ciente das dificuldades enfrentadas pelos gestores e trabalhadores da saúde na organização do Sistema Único de Saúde, divulgou a “Agenda de Resposta Rápida para a Atenção Primária em Saúde no enfrentamento à Covid-19” (ARRAPS), com o objetivo de reposicionar a APS do Estado frente ao combate à pandemia. O documento divulgado sua primeira versão em maio de 2020 e a atualizado em fevereiro de 2021, orienta os municípios capixabas na promoção da saúde, prevenção de doenças e no cuidado continuado às pessoas de seus territórios durante o enfrentamento à pandemia da Covid-19, bem como na estratificação de riscos e garantia de gestão do cuidado aos pacientes com Síndrome Gripal leve notificados nos territórios.

A SESA oferece apoio institucional aos 78 municípios do Estado para reposicionamento da APS no enfrentamento à pandemia e as recomendações deste instrumento norteador estão fundamentadas nas diversas estratégias estruturadas por entidades internacionais de saúde que corroboram com o SUS.

OBJETIVO

Retratar a trajetória da SESA no enfrentamento à pandemia do Covid-19 - coordenada pelo Núcleo Especial de Atenção Primária (NEAPRI) - nas ações pertinentes às equipes da APS do Estado do ES, desde março de 2020 até os dias atuais.

PERCURSO METODOLÓGICO

Desde a notificação do primeiro caso de Covid-19, em 26 de fevereiro, vivemos em uma sociedade temerosa que precisa reunir suas forças para enfrentar o avanço abrupto de uma doença desconhecida e agressiva.

Em seu planejamento estratégico para APS, o NEAPRI e Superintendências Regionais de Saúde (SRS), investigaram a situação de enfrentamento à Covid-19 nos 78 municípios do Espírito Santo, no que tange à estrutura física dos estabelecimentos, e à organização da gestão e da assistência à saúde. A apuração se fez através de formulário e de constante diálogo promovido por encontros periódicos.

Uma vez constatado, o diagnóstico situacional identificou as carências e possibilidades estratégicas para o enfrentamento ao longo do território capixaba, e possibilitou o planejamento estratégico de organização da APS nos municípios.

Fundamentada em conhecimentos e experiências mundiais no Enfrentamento à Covid-19, e articulada com diversos atores sociais, a ARRAPS (ESPÍRITO SANTO, 2020) constitui o instrumento norteador aplicável em todo o curso do enfrentamento. A partir dos resgate das potencialidades da APS esse marco referencial propõe alternativas para adoção de postura mais propositiva pelos municípios.

Ao longo desse processo, destaca-se a intensa interlocução do NEAPRI com os demais setores da SESA, em especial a Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Núcleo Especial de Atenção Especializada (NEAE), Núcleo Especial de Programação em Serviços de Saúde (NEPSS) e Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi); além de outras instâncias, como o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), para a construção desta importante estratégia.

A ARRAPS, desde então, tem possibilitado a SESA, especialmente o NEAPRI, orientar e fomentar a política de APS de forma mais equânime e alinhada com as diretrizes previstas na Política Nacional de Atenção Básica. Entretanto, com vistas às crescentes publicações sobre a temática da Covid-19, às alterações de protocolos, às mudanças no cenário epidemiológico no Estado, à progressão da imunização e da retomada das atividades eletivas e cotidianas da APS, o documento foi atualizado em fevereiro de 2021 (ESPÍRITO SANTO, 2021) e contextualizado à essas novas perspectivas.

Nessa versão complementar da ARRAPS reforçam-se as principais estratégias em saúde em meio a um cenário epidemiológico ainda instável, especialmente pelo desenvolvimento de novas variantes da Sars-Cov-2; porém marcado pela crescente imunização da população, pela retomada dos serviços de assistência à saúde e crescente imunização da população. Nessa perspectiva é preciso conciliar o enfrentamento à Covid-19 junto ao complexo cenário epidemiológico do Espírito Santo - caracterizado por doenças crônicas, infecciosas, agudas e outras advindas de causas externas.

Desse modo, a nova versão destaca as seguintes temáticas: o rastreamento, a ampliação da testagem e o monitoramento de contatos de casos de Covid-19; a organização das visitas domiciliares e o papel diferenciado do Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no enfrentamento à Covid-19; os procedimentos frente aos casos e surtos de Covid-19 em ambiente escolar; o Painel Covid-19 no Espírito Santo como instrumento para o planejamento estratégico das equipes de APS; e a organização do serviço de imunização - incluindo as precauções e contraindicações à administração da vacina, e estratégias para organização da vacinação.

Em seu processo de implementação nas instâncias municipais, o NEAPRI vem adaptando suas estratégias usuais, adotadas para enfrentamento dos desafios cotidianos em saúde, às necessidades oriundas da pandemia da Covid-19. O apoio institucional representa uma importante estratégia, desenvolvida principalmente através de encontros virtuais periódicos com as referências regionais e coordenadores municipais de APS dos 78 municípios. Vale destacar que a periodicidade desses encontros é intensificada em situação de agravamento do cenário epidemiológico da Covid-19.

Além desses encontros coletivos periódicos, o NEAPRI também utiliza-se de visitas técnicas presenciais nos territórios, de apoio por telefone ou através de reuniões virtuais individualizadas, destacando-se o amplo investimento nas tecnologias de informação como instrumento para viabilizar aproximação da gestão estadual e municipal em tempo oportuno.

Para fortalecer a discussão e o alinhamento dentro da instância estadual, estabeleceu-se um espaço semanal para discussão - entre o NEAPRI e as referências das SRS - acerca das questões relacionadas ao enfrentamento à pandemia e

reorganização da APS. Além disso, a Câmara Técnica da Atenção Primária à Saúde da SESA - através da Portaria SESA nº 113-R, de 10 de junho de 2021 - instituiu esse espaço de discussão periódica para fortalecimento da APS nos territórios com atores internos e externos à SESA, a saber: Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), da Secretaria de Estado da Justiça (SEJUS) e dos Profissionais das Equipes de Estratégia Saúde da Família. O desenvolvimento desse diálogo vem consolidar o trabalho coletivo intersetorial em saúde.

Todos esses trâmites que envolvem o apoio institucional oferecido aos municípios caracterizam o processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) para a implementação das diretrizes e temáticas da ARRAPS. A construção coletiva e o desenvolvimento das pautas compartilhadas entre NEAPRI, SRS e Coordenações Municipais de APS. Esses espaços viabilizam um largo compartilhamento de experiências entre os municípios no enfrentamento à pandemia; e promovem a construção de conhecimentos, identificação e reflexões acerca dos desafios no enfrentamento para implementação da ARRAPS.

Identificadas as lacunas e dificuldades na operacionalização da atenção em saúde, torna-se possível a construção de um planejamento coletivo ascendente e dinâmico a atender efetivamente às necessidades dos municípios.

RESULTADOS

No escopo do planejamento estratégico está atrelado a diversas intervenções educacionais relativas à Educação Permanente (EP), Educação Continuada (EC) e Educação em Saúde (ES). Essas estratégias estão alinhadas às orientações contidas na ARRAPS e mostram-se através de:

- Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate à Endemias (ACE) no território capixaba para o enfrentamento à Pandemia da Covid-19, entre novembro de 2020 e abril de 2021. A proposta coordenada pelo NEAPRI e articulada às SRS, ao ICEPi, ao CONASS e ao CONASEMS; foi organizada regionalmente em dois encontros, com disponibilização de 10 turmas no primeiro encontro e 6 turmas no segundo. O evento qualificou 5.456 profissionais do Espírito Santo, teve repercussão positiva nos

territórios, especialmente no que tange ao retorno das atividades cotidianas da APS, tais como as visitas peridomiciliares dos agentes.

- Capacitação para aplicação do Teste Rápido de Captura de Antígenos aberta aos profissionais atuantes na APS – enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas, fisioterapeutas, entre outros. Através de reuniões periódicas virtuais com os 78 municípios do Espírito Santo, o evento abordou discussões acerca do rastreamento dos contatos; disponibilização e distribuição pelo estado de testes rápidos de captura para a APS dos municípios; elaboração de nota técnica orientativa para rastreamento dos contatos.
- Realização de 07 oficinas regionais - Organização das Portas de Entrada, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Doenças Crônicas, Saúde Bucal, Puericultura e Saúde Mental - com coordenadores municipais de APS e profissionais da assistência com os temas propostos pela ARRAPS, conforme a demanda dos municípios. As oficinas foram virtuais e síncronas, totalizando 28 encontros.
- Produção e publicação de 11 videoaulas sobre as temáticas da ARRAPS aos profissionais da APS, tais como: Agenda de resposta rápida para APS no enfrentamento à Covid-19; Guia orientador para a comunidade - Como manter-se saudável durante a pandemia; Organização do monitoramento domiciliar; Organização das visitas domiciliares; Organização das transferências; Acolhimento e classificação de risco; Organização das portas de entrada; Orientações gerais agenda de resposta rápida - parte 01 e 02; Saúde da Mulher; Doenças Crônicas.
- Elaboração de 23 Notas Técnicas orientativas aos municípios sobre diversos temas, incluindo orientações relativas ao processo de trabalho odontológico, às Instituições de Longa Permanência, à atenção à gestante e puerpera, à APS e seus cuidados com o território, entre outras.
- Apoio aos profissionais da saúde e público geral ao cuidado físico e emocional no enfrentamento à pandemia da Covid-19 - em parceria com o projeto “Cuidar de quem cuida”, proposto pela Superintendência

Regional de Saúde de Vitória (SRSV). O Telessaúde disponibilizou, a partir junho de 2020, webpalestras acerca das Práticas Integrativas e Complementares, com ênfase no autocuidado como ação estratégica de promoção e prevenção à saúde frente a pandemia Covid-19 (<https://telessaude.ifes.edu.br/>).

- Doação de aparelhos oxímetros aos 78 municípios, elaboração de nota técnica orientativa e ampla discussão acerca do assunto nos encontros sistemáticos já mencionados, a fim de instrumentalizar as equipes de APS para identificação precoce e monitoramento dos casos de Síndromes Gripais e Síndromes Respiratórias Agudas Graves, estratificação do risco, manejo adequado dos casos leves e coordenação do cuidado dos casos moderados/graves.
- Elaboração de Instrumento de avaliação para identificação de Boas Práticas no Enfrentamento à Covid-19 realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde do Espírito Santo, tendo como objetivo principal identificar os serviços de saúde que desenvolveram ações para melhoria da qualidade no atendimento à população adscrita.

Como resultado da avaliação realizada através do “*Instrumento de avaliação para identificação de Boas Práticas no Enfrentamento à Covid-19 realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde do Espírito Santo*”, recebemos 393 respostas enviadas por profissionais de saúde de 64 municípios, correspondendo a 82,05% dos municípios do Estado. Os municípios que não preencheram nenhuma resposta no formulário eletrônico foram: Águia Branca, Alto Rio Novo, Divino de São Lourenço, Dorés do Rio Preto, Fundão, Governador Lindenberg, Ibirapu, Jerônimo Monteiro, Mantenópolis, Muqui, Pancas, Pinheiros, São Roque do Canaã e Sooretama.

Entre as questões abordadas no questionário, sobre o acesso dos usuários às Unidades Básicas de Saúde, observamos que as maiores dificuldades apresentadas referem-se à:

- A organização da recepção para entrada distinta dos pacientes sintomáticos respiratórios e de rotina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A pergunta sobre a organização da recepção das UBS nos aponta uma fragilidade, pois quase metade das respostas referem que as unidades de saúde não conseguem separar os pacientes

sintomáticos respiratórios daqueles atendimentos de rotina. Dessa forma, a transmissão do vírus pode ocorrer, inclusive, no âmbito do serviço de saúde.

- A realização de visitas domiciliares para busca ativa dos contatos, a partir da notificação dos casos no e-SUS VS. As falhas no registro dos contatos dos casos confirmados na ficha de notificação, dificulta uma testagem ampliada no território e atrapalha a detecção e monitoramento dos casos;
- O horário de funcionamento e formas de agendamento ao serviço de saúde.

Com relação ao horário de atendimento das UBS, a imensa maioria das respostas (82,9%) apontou que as unidades funcionam em horários entre às 07h às 17 horas, o que dificulta o acesso da população aos serviços de saúde, dessas 61,6% estão abertas somente das 07 às 16 horas. Apenas 4,19% das UBS informaram manter o serviço de saúde aberto pelo período de 12 horas ou mais.

O processo de trabalho aproxima as equipes da APS com a Vigilância em Saúde, proporcionando ações para construir conjuntamente o plano de imunização estadual, bem como a implementação de suas estratégias, com discussão e alinhamento do cronograma de vacinação a ser desenvolvido na APS. Neste sentido, pode-se transpor essa integração para o nível municipal, onde observa-se a atuação conjunta de coordenação de APS e de imunização frente à pandemia.

Emergiu-se a urgência da discussão com a Vigilância Sanitária acerca dos critérios de segurança do paciente na APS, resgatando-se as referências regionais de Segurança do Paciente, intensivando-se o debate do tema em nível central e regional da SESA, tendo como resultado a elaboração de um Projeto para implantação de Núcleos de Segurança do Paciente na APS do Estado, tendo como primeira ação nos territórios a elaboração e planejamento da capacitação para Higienização das Unidades de Saúde, uma demanda dos municípios identificadas nas reuniões periódicas e também por meio do monitoramento sistemático no enfrentamento à pandemia, sendo uma estratégia para iniciar a discussão acerca da segurança do paciente a nível municipal.

A parceria com a Vigilância Epidemiológica ocorreu em todos os processos da implantação e implementação da ARRAPS, seja para a elaboração do documento, das notas técnicas, de capacitações, para o monitoramento das

situações dos cenários, bem como nas discussões e planejamento de ações. Além disso, um ganho substancial para o SUS capixaba refere-se ao desenvolvimento de competências de vigilância pela equipe NEAPRI, fruto desta integração.

Por meio da colaboração do ICEPi foi possível repensar as formas de conduzir e fazer a política, tendo como produto a construção de um percurso formativo da ARRAPS, de forma a ampliar a discussão e o planejamento da educação permanente no enfrentamento à pandemia, buscando-se a utilização dos recursos metodológicos adequados e em consonância com as circunstâncias atuais.

Vale destacar que por meio do ICEPi é executado o programa Qualifica APS, que integra a oferta de um Programa de Provimento, com em torno de 1.000 Profissionais Enfermeiros, Dentistas e Médicos, presentes em mais de 68 municípios do estado, bem como o Programa de Residências, dentre eles Programa de residência Multiprofissional em saúde da Família e Comunidade e Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, presentes em 04 municípios.

Por meio da intensa articulação do NEAPRI com o ICEPi tornou-se viável a aproximação da gestão com a assistência, uma vez que buscou-se integrar os profissionais do Qualifica APS em reuniões sistemáticas, qualificações, considerando a grande capilaridade na APS em todo o território estadual, contribuindo para o monitoramento da situação de enfrentamento à pandemia nos municípios, bem como para o fomento às diretrizes da ARRAPS.

Os processos educativos em Saúde Pública tem sido uma prática transformadora que tem como intuito despertar nos profissionais de saúde uma construção de consciência crítica e raciocínio reflexivo para lidar com a realidade e transformá-la (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017), se corresponsabilizando com o processo de saúde pública.

Nesse processo, o aprender e o ensinar devem se incorporar ao cotidiano tanto das organizações como do trabalho. O objetivo destas práticas de debate e ensino-aprendizagem no trabalho é a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho advindas da problematização do próprio processo de trabalho (BRASIL, 2004).

A aprendizagem no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, a partir de problemas enfrentados na realidade de cada serviço, propicia reflexão coletiva oferecendo instrumentos para sua transformação (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

O instrumento ARRAPS, ancorado sob essa égide, possibilitou ao NEAPRI refletir sobre os processos de trabalho em saúde e reconfigurá-los sob o contexto de pandemia da Covid-19. Além disso, valorizou-se o compromisso com trabalho integrado e articulado entre as diversas instâncias de gestão em saúde, demonstrando que juntos somos mais fortes.

Nesse processo, a comunicação virtual validou-se como um poderoso instrumento de aproximação para potencializar processos de trabalho. Esse recurso aplicado ao processo educativo propiciou uma aproximação da gestão Estadual e municipal, bem como a capilarização das ações.

Por outro lado, a comunicação virtual reduz a atenção e foco no assunto discutido devido a multitarefas, bem como a ocorrência maior de problemas técnicos como equipamentos e internet, mas a possibilidade do momento, devido a pandemia, nos fez desenvolver melhor essas habilidades. Trata-se de um processo contínuo o qual os desafios surgem de forma permanente. Nesse sentido, deve prezar pela EP em consonância com as necessidades enfrentadas.

O papel do nível central é de fomentar a indução das proposições dos instrumentos norteadores a APS, e isso se faz através de ações de educação em saúde. Essas ações foram primordiais para dar agilidade a processos de trabalho que impactam significativamente no cotidiano das Equipes, tais como: utilização dos testes rápidos, o emprego do teleatendimento, o monitoramento dos casos suspeitos, apoio para retomada de atividades da APS suspensas em função do risco de transmissão da doença.

Estas ações favoreceram o exercício da criatividade na gestão para garantir o atendimento à população de maneira rápida e eficiente. Esse cenário desafiador com planejamento estratégico e com capacidade de desenhar vários cenários de risco e de responder rapidamente aos diversos cenários que fomos vivenciando.

Na gestão municipal da APS torna-se notável o fortalecimento do trabalho interprofissional nas ações de enfrentamento à Covid-19, a vincular todos os profissionais da APS. Como exemplo, a inserção do cirurgião dentista na aplicação do teste rápido para Covid-19 e o monitoramento de casos suspeitos e confirmados para Covid-19 por todos os profissionais que compõem a equipe multiprofissional.

Como exemplo, o Estado do Espírito Santo se tornou um Estado em destaque na testagem ampliada, realizando diariamente, em média, três mil

testes RT-PCR, alcançando assim, um reconhecimento universal das etapas da pandemia e conseguindo diminuir significativamente o número de casos na 3ª onda ocorrida entre os meses de março e abril.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante que a Educação Permanente em Saúde oportunize aos profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde programas educativos, de capacitação, atualização e aprimoramento com foco na corresponsabilização destes na saúde pública, despertando no profissional um estímulo para este se capacitar e participar das ações em saúde, e após a formação, compartilhar os conhecimentos adquiridos com a equipe a qual trabalha, multiplicando conhecimentos e sensibilizando assim sobre o processo de transformação.

Finalmente, a nossa experiência no enfrentamento a Covid-19, antes de mais nada, veio consolidar o potencial do Sistema Único de Saúde (SUS), em seus princípios e diretrizes, para atender as necessidades em saúde dos indivíduos, de maneira integral e coordenada, integrando os pontos da RAVS e garantindo a continuidade do cuidado aos pacientes acometidos pela Covid-19.

A construção deste relato nos traz várias memórias das dificuldades desse percurso na busca da excelência do Sistema Único de Saúde, mas ao mesmo tempo, nos engrandece de alegria observar o estreitamento de laços entre Estado e Municípios, bem como com ações intrasetoriais e intersetoriais, que foram bastante exercitadas neste período e possibilitaram o fortalecimento da responsabilidade de gestão compartilhada.

Vale-se mencionar que o êxito das ações desempenhadas pelo NEAPRI atribui como mérito a aproximação e parceria com outros setores, dentro e fora da SESA, ações intrasetoriais e intersetoriais. O cenário desafiador da pandemia favoreceu, portanto, o exercício da criatividade na gestão, e a capacidade articuladora da construção coletiva e o impacto da EP nos processos de trabalho em saúde.

Fica a grande importância dos processos educativos em Saúde Pública pois foram estes que propiciaram a transformação da prática, a consciência crítica e o raciocínio reflexivo, tão essenciais para o processo de trabalho das equipes da Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

BRASIL. E-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. Competência Dez/20. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **PORTARIA Nº 198/GM, 13 fev. 2004**. Brasília, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União, Brasília**, 22 set. 2017, seção 1, edição 183, p. 68.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. Esc Anna Nery, Belo Horizonte, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0317.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Agenda de Resposta Rápida para Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à COVID-19**. Vitória. 2020. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Agenda%20de%20Resposta%20Rápida%20da%20APS_2020.pdf. Acesso em: 08 jul. 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Agenda de Resposta Rápida para Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à Covid-19 (versão complementar)**. Vitória. 2021. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Agenda%20de%20Resposta%20Rápida%20da%20APS_2021.pdf. Acesso em: 08 jul. 2020.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa: atenção primária à saúde**, jan. 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 08 jul. 2021.

SARTI, T.D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, e2020166, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>. Acesso em: 08 jul. 2021.

ZINGRA, K. N. *et al.* Educação permanente para profissionais da área da saúde como estratégia de combate ao enfrentamento da pandemia de Covid-19 na região norte: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 12, e574. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5745.2020>. Acesso em: 08 jul. 2021.

COMO GARANTIR ASSISTÊNCIA A DETERMINADOS SERVIÇOS EM TEMPO DE PANDEMIA?

Luisa Lirio Pela
Karine Melo Ferreira da Silva
Síria Silene Domingos dos Santos

INTRODUÇÃO

O presente relato objetiva refletir sobre um desafio vivido na residência multiprofissional em saúde da família, que entre tantas atividades, tem suas principais funções em trabalhos com os grupos, visto que a promoção a saúde e a prevenção de doenças são medidas com ações voltadas, em grande parte, para momentos coletivos. Sendo assim, a proposta é também pensar em possíveis caminhos para que o sistema de saúde não sofra maiores danos no momento em que o distanciamento social é uma medida primordial para evitar o contágio de Covid-19.

De acordo com Dias e Silveira (2009) os grupos na atenção primária a saúde, facilitam a identificação entre pessoas que compartilham um problema semelhante, possibilitando trocas que estimulam a solidariedade e geram um terapêutico sentimento de pertença. Esse olhar para a questão do outro permite que a percepção da questão de si seja muito mais concreta e suave, visto que a experiência de superação alheia pode ser motivadora para o sujeito sentir-se inspirado a prosseguir (CHIAVERINI, 2011).

Promover interação entre a comunidade é um forte instrumento de cuidado em saúde, pois além de construir vínculos terapêuticos, que por si só são formas de cuidado, os moradores podem ser mais autônomos nas ações que promovem saúde, criando um fluxo de funcionamento social saudável que os torne menos dependentes das instituições formais de saúde (DIAS; SILVEIRA, 2009).

Para as equipes da saúde, trabalhar com proximidade grupal também faz toda diferença, pois contribui para a criação de uma linguagem comum entre a equipe, que serve para refletir sobre as questões práticas, para que as ações não se tornem mecanizadas e alienadas (CHIAVERINI, 2011). A necessidade de distanciamento social e as demais mudanças nos modos de interação entre as equipes exigidos na pandemia, geraram fortes efeitos emocionais nos envolvidos. Agora, muito se pensa

na hora de fazer uma grande reunião multiprofissional com vários profissionais em um auditório, ou ainda há muito receio em estar junto nos intervalos de trabalho, nas áreas comuns da unidade, e até em atendimentos compartilhados. Tais cuidados são essenciais para reduzir os danos do que tem sido vivido, mas há que se considerar os efeitos negativos sofridos por trabalhadores e munícipes, que estão fortemente abalados no senso de equipe, e drasticamente afetados no modo de atendimento ao usuário, podendo se tornar ainda mais fragmentado.

IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE

A ausência do hábito em fazer reunião multiprofissional na unidade Sebastião Gonçalves, justificada pela sobrecarga de trabalho dos profissionais, também impede que muito do que se propõe enquanto atendimento baseado na clínica ampliada. Ampliar a clínica é sinônimo de captar o que há de particular em cada sujeito, grupo ou comunidade, não só com o intuito de abarcar todos os problemas que estão presentes, mas principalmente para identificar os indicadores de saúde que vão auxiliar na promoção à saúde e na prevenção de doenças, portanto exige o olhar dos mais diversos núcleos de saber da saúde, para contemplar as várias potencialidades existentes (BRASIL, 2009).

Na tentativa de tentar driblar este problema, abordamos os casos em horários de almoço, nas áreas comuns da unidade, e até mesmo durante o deslocamento de casa para a unidade e da unidade para casa. Dentro desse contexto, os atendimentos separados tornam os tratamentos fragmentados, portanto, enquanto residentes de saúde da família é primordial que se tente reverter esse problema, para tanto, é por meio de conversas informais que está se dando tal articulação. Apesar de não ser a forma mais adequada de trabalhar, tais conversas fora do expediente em muito tem auxiliado na troca de saberes de cada núcleo profissional, o que permite olhar para os casos dos usuários sob uma lente que contemple melhor a complexidade dos problemas.

Também na tentativa de superar a fragmentação da equipe, os residentes têm se colocado à disposição para estudo e discussão de casos via WhatsApp, no compartilhamento de relatórios e até em áudios com pareceres oriundos de cada campo de saber.

Apesar das reuniões de equipe ainda serem uma prática que está sendo amadurecida no fluxo de funcionamento da unidade, a chegada dos residentes tem propiciado a discussão dessas ferramentas como espaço de fortalecimento da prática interdisciplinar. Até então, a equipe conseguiu realizar duas reuniões para estabelecer fluxos e os planos de atuação entre os profissionais, e foram propostos novos estudos de casos para discussão em equipe.

As tutorias também são fortes espaços de fortalecimento da atenção integral, pois apesar de reunir residentes de diferentes unidades, saber sobre os casos que acontecem em outras instituições e como os profissionais têm se portado diante deles, é de grande relevância para que a atuação não seja alienada, e sim pautada em reflexão. Além disso, na tutoria as experiências trocadas também partem de profissionais de diversas áreas, agregando conhecimentos que auxiliam no olhar holístico tão necessário em todo campo da saúde.

Em muitos momentos dos encontros das tutorias, os relatos de experiências das residentes de Bela Aurora foram significativamente úteis aos residentes de Nova Rosa da Penha II, por tratar-se de territórios geograficamente próximos, as realidades são, em todos os sentidos, muito parecidas, portanto, escutar sobre a conduta e o trato das residentes, em muito nos serviu para inspirar novos modos de atuação com nossos munícipes.

Nas visitas domiciliares as trocas também se constroem de forma muito produtiva. Em determina visita feita a um jovem paciente vítima de um AVC, os residentes de enfermagem, serviço social e psicologia, juntamente com o médico, atuaram em conjunto na assistência à família, ao ofertarem cuidados e instruções específicos de cada área, e, não obstante, acolhendo todas as queixas apresentadas pela família, ainda que não se enquadrassem especificamente em nossa alçada. Nota-se que além das demandas de saúde trazidas pelo paciente, a família trouxe questões relacionadas ao desgaste mental por conta das atribuições como cuidadores, questões relacionadas a renda e benefícios, que necessitaram de intervenções das outras especialidades que ali estavam, como as profissionais de psicologia e serviço social.

Nos atendimentos realizados de forma compartilhada é possível vivenciar o olhar interdisciplinar na atuação dos profissionais envolvidos. Podemos exemplificar com o caso de uma gestante de 32 anos, que além de ter questões

sociais e familiares que interferem no processo saúde-doença, descobriu ser soro positiva nos exames prescritos na consulta de pré-natal da UBS e precisou iniciar o acompanhamento no Centro de Referência IST/AIDS do município. O atendimento compartilhado entre residentes de psicologia, serviço social e enfermagem, ofertado a essa munícipe, possibilitou a percepção e o esclarecimento quanto aos diferentes direcionamentos dados durante o atendimento realizado, onde cada profissional complementou a atuação do outro, além dos encaminhamentos que partiram do cruzamento de indicações oriundas de cada núcleo de saber.

Outro exemplo sobre o trabalho em equipe é o caso da gestante de 30 anos que é soropositiva e está na 4ª gestação. A paciente em questão possui a infecção há 13 anos e não realiza acompanhamento (desde a 1ª gestação, quando descobriu a infecção) por conta do estigma que envolve as pessoas portadoras de HIV, por isso sempre teve receio em buscar o tratamento adequado, conforme o relato da gestante.

A trabalho desenvolvido de modo interdisciplinar levou essa gestante a possibilidade de reflexão sobre a importância do retorno e continuidade ao tratamento da IST, pontuando a necessidade nos cuidados com a sua saúde e reforçando os direitos e deveres da munícipe quanto às questões de saúde. Foi exposto ainda como a ausência de cuidado com a sua saúde pode impactar e trazer consequências nos cuidados com os filhos, em uma situação de agravamento da IST. O resultado dessa atuação foi a busca e continuidade da paciente pelo tratamento no Centro de Referência IST/AIDS.

GRUPOS COMO MÉTODO DE CUIDADO

Trabalhar com grupos também é a via principal para conhecer melhor o perfil do território atendido, bem como suas necessidades, potencialidades e modos de funcionamento. Vale ressaltar ainda que prevenção e promoção são fenômenos que pedem ações muito direcionadas ao acompanhamento pedagógico e práticas instrucionais, por isso os grupos são formas de economizar recursos, otimizar o tempo e alcançar mais pessoas (CHIAVERINI, 2011). É nesse contexto que se dá o desafio de separar as pessoas fisicamente, mas tentar preservar o senso de coletivo, ainda mais urgente e necessário no momento atual.

Segundo Martins (2003), a estrutura de um grupo não pode ser definida apenas como a união de pessoas, mas sim como a interação entre membros vinculados por interesses coletivos ou necessidade particulares, o que cria uma relação de interdependência. Martins (2003, p. 205) ressalta ainda que “o grupo passa a ser para o indivíduo uma referência para sua própria identidade ou vida”, o que permite entender que o sujeito se reconhece no contato com o outro, pois é na sensação de pertencer ao grupo que se dá tal referência.

A inserção no processo grupal tem potencial de despertar a consciência da própria identidade, além estimular o senso de coletivo através da identificação de diferenças e semelhanças vividas nas experiências individuais, permitindo a reflexão e valorização do outro e de si. Para Martins (2003, p. 209), o grupo é o “espaço para a problematização do cotidiano, para o desencadeamento de novas relações e vínculos afetivos, para a expressão de opiniões e sentimentos”.

Tendo em vista a função dos processos grupais para a vida individual e social, a importância do vínculo entre pessoas que compartilham uma mesma questão e/ou objetivo, o distanciamento social deve ser encarado como medida primordial para salvar vidas, mas não imune de graves consequências para os diversos campos da saúde humana. Pensar e elaborar formas de ofertar cuidado que suavizem esse mal necessário é a provocação imposta para o momento.

Em um episódio que expressa bem a eficácia do trabalho com os grupos, as residentes de psicologia e serviço social convidaram para comparecer na unidade quatro adolescentes, filhas de uma gestante que já se está sendo acompanhada pela referida equipe psicossocial. As irmãs, em aceite ao convite, vieram para um momento de conversa sobre o período da adolescência, autoconhecimento, sexualidade, direitos reprodutivos, higiene pessoal, perspectiva de vida e outros assuntos que elas trouxeram como demanda. Na ocasião, o diálogo fluiu de forma dinâmica e harmoniosa, onde elas falaram sobre suas questões pessoais, conheceram melhor a percepção das irmãs, e tiveram a oportunidade de compartilhar, mesmo entre família, ideias, vivências e experiências ainda desconhecidas pelas demais.

Foi notória o quanto o ambiente conjunto, de troca e compartilhamento, potencializou o desenvolvimento de um contato horizontal, diverso e esclarecedor. Em vários momentos as dúvidas e queixas de uma eram reconhecidas como dúvidas

e queixas da outra, o que gerou identificação e ainda mais vinculação entre elas. Além disso, o aspecto grupal da conversa, permitiu a economia de recursos, pois foi feito em um único local e hora, e alcançou a todas, além de facilitar para as profissionais, que muito precisam atuar em atendimentos de caráter informativo e instrucional.

O PROBLEMA DA GESTAÇÃO PRECOCE

Na Unidade de Saúde de Nova Rosa da Penha II é notável a gritante demanda de acesso ao planejamento familiar. Em todas as especialidades atende-se muitas mulheres que, diferente do que desejam, vivem uma gestação. Meninas adolescentes, ou ainda mulheres adultas que já tem muitos filhos mostram-se insatisfeitas com suas realidades, pois muitas renúncias são necessárias na condição de maternidade. O despreparo para maternar e as demais demandas de saúde dessas mulheres deve-se, em grande parte, ao déficit de ações de promoção à saúde, que visem informar e instruir sobre métodos contraceptivos, direitos sexuais e reprodutivos, além viabilizar o acesso ao planejamento familiar.

O fenômeno da gestação indesejada é uma questão que rompe as barreiras da saúde, portanto é multissetorial e envolve principalmente informação, autoestima, esperança e perspectiva de futuro. Vale ressaltar ainda a interferência do machismo no problema em questão, visto que a necessidade de aprovação masculina e o medo de desagradar, são fenômenos que resultam de uma cultura patriarcal que diminui as mulheres enquanto pessoas, e afeta à entrega para relações amorosas e sexuais (FERREIRA; PIAZZA; SOUZA, 2019).

Frente a esse cenário, tem sido um grande desafio trabalhar essa questão tão cara a saúde das mulheres sem poder pôr em prática as ações que atinjam principalmente as crianças e adolescentes, que se encontram em período da vida crucial para o sucesso do futuro. Ações que visem a educação em saúde e o real desenvolvimento desses sujeitos exige uma equipe interdisciplinar que desenvolva um trabalho ético, pautado no respeito à privacidade, ao sigilo e à autonomia. Para tanto, os trabalhos em grupo visam:

Assegurar a integração, nas ações de atendimento, de todos os atores, que possam dar maior resolutividade ao processo da atenção integral, incluindo principalmente os e as adolescentes, que precisam ser

percebidos(as) como participantes ativos(as) dessas ações na produção de saúde (BRASIL, 2015, p. 15).

No capítulo “Pré-Natal: Atenção complementar para adolescentes” o material sugere ainda que é uma das ações a serem executadas:

Organizar grupos educativos, rodas de gestantes adolescentes ou outras formas de educação em saúde para adolescentes grávidas (especialmente 10-16 anos), abordando questões de SS e SR e outras questões de interesse comum, dúvidas e informações relevantes sobre sinais de alerta na gestação e no parto (BRASIL, 2015, p. 31).

É nesse sentido que nos encontramos em um momento especialmente desafiador, pois o grupo populacional em questão tem seus determinantes em saúde muito voltados para os hábitos e comportamentos, que, a depender de como são vividos, podem ser fatores altamente fragilizantes, portanto esse momento da vida exige modos de produzir saúde ainda mais criativos, que priorizem o investimento no contexto social e nos processos de exclusão e discriminação que determinam os direitos e oportunidades acessados. Como dito, a interação grupal e a vivência em comunidade tem inúmeras funções primordiais para o bom desenvolvimento humano, e a ausência disso é potencialmente geradora de efeitos negativos que agravam os problemas vividos pela juventude.

Acessar ao planejamento reprodutivo e familiar tem se mostrado extremamente importante (e falho) para as munícipes assistidas pela Unidade de Saúde de Nova da Penha II, pois é através da possibilidade de planejar a chegada dos filhos que essas jovens podem ter perspectiva de futuro, o que cria a viabilidade de estabelecer prioridades com base no acesso à informação e assistência em saúde por parte dos profissionais, gerando autonomia sobre o próprio corpo e a própria vida. Estabelecer prioridades, escolher se a maternidade se encaixa naquele momento da vida e se o que se deseja é de fato constituir uma família são fatores muito relevantes no processo de promoção à saúde.

Nesse sentido, é necessário orientar e acompanhar as muitas mudanças no período da adolescência e juventude.

A educação em saúde destinada a esse público deve abordar temáticas relevantes para os mesmo no sentido de proporcionar a construção coletiva do conhecimento de medidas preventivas e de proteção em relação às situações de risco e a adoção de um estilo de vida saudável (VILLA, 2014, p. 18).

Casos como o da Luana e da Jamile (nomes fictícios), atendidos pelos residentes em saúde da família, ilustram bem o problema aqui relatado.

Caso Luana:

Na data de 31/05/21, realizamos atendimento psicossocial à munícipe Luana, 18 anos, depois do encaminhamento do enfermeiro da UBS, que realizou o atendimento de pré-natal. A jovem está grávida de 6 meses, reside com o filho de 3 anos e o companheiro. Luana mora em casa alugada, sobrevive com a renda do companheiro, que trabalha de carteira assinada.

Luana relatou a situação de violência doméstica sofrida até março deste ano pelo ex-companheiro (de 22 anos), quando morava no município de Linhares. Relata ter sofrido violência psicológica e que foi impedida de voltar a Cariacica, quando a situação de violência iniciou (final de dezembro 2020). Em março/2021 retornou ao município de Cariacica, quando o auxílio de familiares e passou a morar com seu atual companheiro (pai do seu primeiro filho), com quem havia terminado e posteriormente reatou o relacionamento.

A jovem fez um relato da infância e adolescência com os genitores e os irmãos. Elencou a relação com a genitora perpassada por violência física e maus tratos. De acordo com Luana, as violências eram praticadas pela genitora e seus companheiros. A jovem e os irmãos chegaram a residir com a avó, no município de Nova Venécia, quando as violações aconteceram. Posteriormente voltou a residir com a mãe, que em certo momento da vida chegou a expulsá-la de casa. O irmão de 16 anos ainda mora com avó no município citado, e a irmã casou-se com 11 anos e hoje mora em Minas Gerais. Atualmente Luana mantém contato com a genitora que reside no mesmo bairro, porém percebe-se que os vínculos estão fragilizados.

Vale destacar que ao longo do atendimento, a munícipe chorou quando citou as violências vividas na infância e adolescência no seio do ambiente familiar, o que demonstrou muito rancor pela mãe, angústia e sensação de desamparo.

Sugere-se que os relacionamentos amorosos de Luana sejam analisados com base na jornada por ela descrita na sessão aqui relatada, visto que o histórico familiar pouco favorece a possibilidade de estabelecer vínculos saudáveis.

A jovem relata também situações de abuso sexual que sofreu pelo genitor quando tinha 10 anos e morava com a avó. Quanto às situações de violência doméstica sofrida pelo ex-companheiro, disse que continua recebendo ligações de ameaças. Segundo ela, o ex-companheiro diz “que pegará o filho após o nascimento”. Luana manifestou descrédito e desesperança quando perguntada pela equipe sobre o interesse em denunciar tais violências.

ENCAMINHAMENTOS

- A jovem foi informada sobre seus direitos e orientada a fazer o boletim de ocorrência na Delegacia da Mulher - Cariacica.
- Foi encaminhada ao CREAS de Itacibá para acolhimento quanto às questões de violação de direitos.
- Será acompanhada pela Equipe de Saúde da Família, de acordo com interesse/disponibilidade da paciente.
- Orientada a prosseguir com o pré-natal.

Caso Jamile:

Jamile veio a unidade para acompanhamento de pré-natal no dia 16/06/2021, sendo encaminhada pela enfermeira ao atendimento psicossocial, onde relatou, carregada de muita emoção, vários pontos críticos de sua vida. A paciente iniciou o relato contando que desde os 13 anos faz uso de crack, entre idas e vindas com o vício, bem como nos tratamentos, incluindo internações, acompanhamento no CAPS da Serra, de Vitória e no Centro POP. Segundo Jamile, crack é a única substância que usa e depende, e a entrada da droga se deu ainda na infância, quando a mesma foi estuprada pelo padrasto e foi morar na rua. Relatou também fazer uso de cigarro com frequência.

Atualmente Jamile reside com o parceiro e familiares dele, sendo esse o ambiente onde ela encontra minimamente condições de viver, pois segundo ela, sem esta rede de afeto teria que voltar a morar na rua. Frisou que são eles

os vínculos que a permite comer, morar, vestir-se e etc. Dentro desse contexto a paciente vive em extrema e drástica condição de violência psicológica, onde o parceiro frequentemente a ameaça de morte, a acusa de ter se relacionado sexualmente com outras pessoas, a priva de ir à escola, trabalhar e, portanto, viver dignamente. Na consulta, Jamile contou que tinha uma máquina de fazer unhas de gel, mas esse companheiro quebrou, bem como seu celular.

A paciente mostrou muito carinho pela sogra Marina, mãe desse companheiro, a qual chama de “mãe” e tem o nome tatuado no braço. Ela relatou que quando morava na rua era muito ajudada por Marina, a qual mantém relação de proximidade e afeto, por isso a enxerga como referência de acolhimento. Quanto aos vínculos afetivos com sua família, Jamile falou sobre a mãe, frisando que é adotiva e reside na Serra. Contou que visita a mãe semanalmente, mas é um ambiente de muito preconceito, onde, segundo ela, “colocam pano para eu sentar, por conta da sífilis” por isso não sente-se confortável. Jamile não possui informações sobre sua mãe biológica.

A munícipe relatou ainda sobre um episódio em que foi violentada sexualmente, e disse que o ocorrido gerou muitos danos físicos e emocionais, e ressoam graves consequências até hoje.

Quanto à possibilidade de denúncia do companheiro agressor, a paciente evita por medo do que ele pode fazer, visto que muitas já foram as ameaças de morte, além de angustiar-se ao pensar que terá que desfazer qualquer tipo de laço com os familiares dele. É nítido o ciclo de dependência desse agressor, portanto se faz necessário um olhar intersetorial para o caso, que demanda cuidados dos múltiplos órgãos da rede.

A paciente foi encaminhada ao Promad por questões de saúde relacionadas ao uso abusivo de substâncias psicoativas, além de seguir com o atendimento com a equipe psicossocial na Unidade de Saúde nos dias que vier para o acompanhamento pré-natal.

Jamile mostrou-se muito vinculada aos profissionais da unidade, apesar do pouco tempo de acompanhamento em saúde. Segue em acompanhamento pré-natal, recebeu atendimento odontológico e está sendo atendida também pela equipe psicossocial. Quanto ao uso abusivo de drogas, demonstrou o desejo de parar de fazer uso e já passou pelo 1º atendimento na Unidade de Jardim América, referência para tratamento – Promad, no dia 22/06/2021.

Jamile está sem documentação pessoal, tendo apenas a certidão de nascimento original, que segundo ela perdeu no tempo em que viveu nas ruas. Foi realizado encaminhamento ao Faça-Fácil para emissão do RG, porém a munícipe não conseguiu fazer o documento por ter inconsistências na certidão apresentada. Foi encaminhada pelo Faça-Fácil à Defensoria pública do município para regularizar a certidão de nascimento. Realizado contato com a defensoria e agendado atendimento para o dia 08/07/2021, às 9:40h. O último atendimento na UBS de Nova Rosa da Penha II ocorreu no dia 05/07/2021, às 9h, com a equipe psicossocial de Saúde da Família. A munícipe relatou que passou pelo atendimento no Promad e foi encaminhada à Rede Abraço, em Vitória, onde está participando dos atendimentos de grupo, às sextas-feiras, 14 horas, além de estar tomando as medicações prescritas pelo Promad. Foi entregue encaminhamento feito a Defensoria pública. Relatou que continua sofrendo violência doméstica pelo companheiro.

ENCAMINHAMENTOS

- A jovem foi orientada quanto aos seus direitos, e instruída sobre a possibilidade de fazer o boletim de ocorrência na Delegacia da Mulher – Cariacica.
- Encaminhada ao FAÇA FÁCIL para emitir a 2ª via dos documentos.
- Encaminhada ao PROMAD para iniciar acompanhamento quanto ao uso abusivo de psicoativos.
- Foi encaminhada ao Creas Itacibá para acolhimento quanto às questões de violação de direitos.
- Está sendo acompanhada pela Equipe de Saúde da Família, de acordo com interesse/disponibilidade da paciente.
- Orientada a prosseguir com o pré-natal.
- Está sendo acompanhada pela equipe de odontologia.

Nota-se que as orientações dadas e o conteúdo dos casos têm muito em comum, e a possibilidade de unir essas munícipes contribuiria para despertar todas as vantagens promovidas pela união dos grupos. Em ambos os atendimentos estiveram presentes a exclusão e a solidão como sensações muito angustiantes,

e por vezes até paralisantes. Nesse contexto é notável o quão funcional poderia ser cruzar as histórias dessas moças, que além de compartilharem uma realidade tristemente comum, poderiam se inspirar no relato uma da outra, ou só – mas não menos importante – se sentirem menos deslocadas no mundo.

O atendimento profissional prestado tem inúmeras funções de cuidado, mas a união e a integração entre pessoas que se identificam em seus problemas, aparecem como insubstituíveis métodos de cuidado e superação.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, apesar do distanciamento social ser tão necessário no atual momento, o profissional de saúde precisa ser criativo e inovador, pois o ser humano se constitui no contato com outro, portanto, mesmo que este contato necessite ser distante, reduzido, ou até virtual, ele precisa de algum modo existir.

Os grandes desafios levantados no campo da atenção primária à saúde, onde muita do que se realiza é pensado em grupo e para os grupos, tem sido gradualmente superados nas vivências dos profissionais, que tentam dentro do possível, seguir com as ações voltadas à promoção de saúde e prevenção de doenças. Nesse contexto, a dinâmica de trabalho colaborou para a necessidade em elaborar estratégias que atendessem ao problema aqui descrito.

Dentro de tal realidade, surgiram eficientes discussões de casos por grupos de whatsapp e potentes trocas em reuniões informais em áreas comuns da unidade, que permitiram ofertar tratamentos ricos em informações e encaminhamentos, abarcando as mais variadas questões da vida, e sem deixar de contemplar as queixas e potenciais presentes em cada situação de (ausência de) saúde. Desta forma, cumpriu-se minimamente com o preceito do atendimento integral na clínica ampliada.

A partir das trocas de experiências nas tutorias e visitas domiciliares conjuntas, foi possível reduzir os danos da fragmentação dos atendimentos, pois nesses casos os olhares de diversos núcleos puderam ser agraciados, mesmo sem a união presencial de todos os profissionais envolvidos nos casos. O virtual tem sido um método muito útil para unir ideias e decisões, ainda que deficiente em relação aos resultados gerados pelo encontro dos corpos.

O desafio de encontrar as vantagens da composição de grupos, especialmente na APS, em outros métodos, exige atenção e dedicação dos profissionais, que não podem abrir mão da ética e da responsabilidade ao atender os usuários. A identificação a partir da escuta do problema do outro e o sentimento de pertença precisam ser fenômenos presentes em outros meios, pois são formas terapêuticas extremamente funcionais.

O problema da falta de acesso ao planejamento familiar é um exemplo que simboliza um âmbito onde as estratégias de superação descritas podem ser executadas, a fim de não abandonar as importantes funções de informar e orientar essas gestantes.

Dito isto, seguir pensando e elaborando formas de ofertar cuidados que suavizem as consequências do distanciamento social é a provocação imposta para o momento. Especialmente no caso dos residentes do programa de saúde da família o objetivo é continuar adaptando os métodos, a fim de contornar os desafios colocados, sem afetar o tão necessário cuidado exigido para conter a pandemia da Covid-19.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Cuidando de Adolescentes**: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF, 2009. 64 p. CHIAVERINI, D. H. *et al.* Guia prático de matriciamento em saúde mental. 2011.
- DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: protocolo para o trabalho de grupos em Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, 2009.
- FERREIRA, I. G.; PIAZZA, M.; SOUZA, D. Oficina de saúde e sexualidade: Residentes de saúde promovendo educação sexual entre adolescentes de escola pública. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1788-1788, 2019.
- MARTINS, S. T. F. Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baró. **Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 201-217, 2003.
- VILLA, E. A. *et al.* **Educação em saúde na promoção de um comportamento sexual saudável em adolescentes da ESF**: uma proposta de intervenção. 2014.

COLETA EXTERNA DE SANGUE: CRIANDO NOVAS ESTRATÉGIAS NA PANDEMIA

Breno Pereira Pinto Costa Santos
Daniella Forza Gagno Correa
Janaína Trindade Damasceno Bruno Oliveira
Luciana Barbosa Firmes Marinato
Makerly Aguiar Boroto Goltara
Vanilda Pagcheon Borges

INTRODUÇÃO

O Hemocentro Regional de São Mateus é uma unidade da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), integrante da Hemorrede Estadual/ES, que desenvolve atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue e componentes que compreendem o processo sistemático destinado a produção de hemocomponentes que abrange captação e seleção de doador, triagem clínico-epidemiológica, coleta de sangue, triagem laboratorial das amostras de sangue, processamento, armazenamento, transporte e distribuição, conforme define o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

A transfusão de sangue e hemocomponentes é uma tecnologia relevante na terapêutica moderna que salva vidas e melhora a saúde dos pacientes (BRASIL, 2015a). Por isso, a reposição frequente dos estoques de sangue é necessária para garantir o tratamento de anemias crônicas, transfusões em cirurgias de urgência, acidentes que causam hemorragias, complicações da dengue, febre amarela, tratamento de câncer e também complicações da Covid-19, dentre outros.

Os hospitais abastecidos pelos hemocomponentes produzidos nesta unidade estão distribuídos na região norte do estado, que abrange 14 municípios, segundo o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (2011). Além disso, o Hemocentro também abastece o Hospital Estadual Roberto A. Silveiras que atende a população da região norte do estado, além de alguns municípios da Bahia e Minas Gerais. Porém a distância do Hemocentro até esses municípios dificulta o acesso espontâneo dos doadores da região para realizarem suas doações de sangue (**Quadro 1**) e, conseqüentemente, colaborarem com a manutenção dos estoques.

Somado a esse fator, as estatísticas mundiais mostram que as doações de sangue não acompanham o aumento das transfusões realizadas. Outra importante consideração é que enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o percentual ideal de doadores para um país esteja entre 3,5% e 5% de sua população, no Brasil esse índice está em torno de 1,6%. Esses fatos reforçam a necessidade de estratégias a fim de sensibilizar, conscientizar e educar a população para a doação voluntária, responsável e habitual em nosso país.

As coletas externas de sangue são aquelas realizadas em ambiente não habitual, para onde se desloca uma equipe de profissionais com equipamentos e instrumental necessário ao atendimento aos candidatos e doadores de sangue (BRASIL, 2015a). Ela pode ser realizada, dessa forma, em outros municípios, que não possuem banco de sangue, levando o tão necessário acesso à parcela da população que deseja doar sangue.

A coleta externa já é realizada pelo Hemocentro Regional de São Mateus desde 2009. O projeto iniciou a partir de algumas capacitações realizadas com os agentes comunitários de saúde dos municípios, visando multiplicação de captadores de doadores voluntários de sangue. No mesmo ano, foi promovido um seminário de capacitação, integração e sensibilização dos segmentos organizados públicos e sociedade civil com foco na doação voluntária de sangue. Este seminário resultou em um compromisso de todos os participantes em incentivar a doação em suas instâncias organizativas. Para a formalização do projeto foi pactuada junto aos municípios atendidos pelo Hemocentro uma agenda de compromissos de aumento do número de doadores de seus municípios.

Dados dos últimos anos demonstram que o projeto traz um significativo incremento do número total de doações de sangue na região de São Mateus (**Quadro 2**). No entanto, com a chegada da Pandemia da Covid-19, houve queda no número de doações no país de aproximadamente 20% no ano de 2020, segundo dados da Agência Brasil (2021). No município de São Mateus o cenário foi semelhante, o que sugere a necessidade de se investir em estratégias que incentivem a doação de sangue mesmo num período em que a orientação é evitar a circulação de pessoas.

Esse trabalho traz o relato da realização da coleta externa no município de Nova Venécia no período da Pandemia por Covid-19. Novas medidas,

especialmente as que dizem respeito aos cuidados com a transmissão da virose, foram inseridas na produção do evento e os resultados são descritos à seguir.

OBJETIVOS

Objetivos Gerais

O presente trabalho visa destacar a realização de coletas externas como estratégia de manutenção dos estoques de sangue no Estado num período de pandemia, quando os estoques estaduais e nacionais apresentaram significativa redução.

Objetivos Específicos

- Relatar a possibilidade da realização de coletas externas favorecendo o acesso da população à doação de sangue, mesmo na pandemia;
- Destacar o projeto como recurso na melhoria dos números de doações de sangue;
- Evidenciar mecanismos de cuidados para se evitar a transmissão do Covid-19 na coleta de sangue.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Embora as atividades de sangue já existam no Brasil há quase um século, somente nas últimas três décadas a política e a regulação de sangue evoluíram significativamente. Dentre as ações implantadas constam a garantia de segurança e qualidade do sangue ofertado à população e também de fornecimento suficiente à sua necessidade (BRASIL, 2013). O sangue, importante produto utilizado no tratamento de pacientes submetidos à transplantes de órgãos, grandes cirurgias, vítima de acidentes diversos, portadores de doenças hematológicas e, num contexto mais atual, vítima de complicações da Covid-19, não pode ser sintetizado sendo sua única fonte a doação. Dessa forma, a doação de sangue é o processo pelo qual um doador voluntário tem seu sangue coletado e armazenado em um banco de sangue ou hemocentro, para uso subsequente em transfusões de sangue (BVS, 2021).

Para que o estoque de sangue seja mantido de forma adequada é importante a realização de doações regulares e voluntárias. No entanto a realidade ainda é muito diferente da desejável. Segundo Tessaro (2016):

Os serviços hemoterápicos enfrentam muitas dificuldades na manutenção dos estoques. Apesar de a população responder significativamente em momentos emergenciais para reposição de estoques, a cultura da doação regular de sangue não está incorporada ao cotidiano do brasileiro (p. 87).

Ademais, as estatísticas mundiais mostram que as doações de sangue não acompanham o aumento das demandas por transfusões sanguíneas (BRASIL, 2013). A OMS recomenda que o percentual ideal de doadores para um país esteja entre 3,5% e 5% de sua população, no Brasil esse índice não chega a 2% (FIOCRUZ [FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ], 2020). Dessa forma é evidente a necessidade de mecanismos a fim captar doadores e fidelizá-los para a doação voluntária, responsável e habitual em nosso país.

Muitos são os esforços do governo federal e estadual do Espírito Santo em envolver a sociedade no hábito de realizar a doação de sangue. Frequentemente são veiculados chamados nas redes de rádio e televisão com reportagens que visam sensibilizar a população à necessidade de contribuir. Os veículos de informação da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) também divulgam informes e eventos associados à atividade frequentemente.

O ato de doar sangue regular e voluntariamente é tão importante, que também está presente na legislação brasileira. Segundo a Portaria nº 158 (BRASIL, 2016), em seu Art. 30, a doação de sangue deve ser voluntária, anônima e altruísta, não devendo o doador, de forma direta ou indireta, receber qualquer remuneração ou benefício em virtude da sua realização. Todavia, também existem leis com a finalidade de estimular a doação de sangue. Assim, a doação de sangue dá direito a um dia de folga sem desconto na folha de pagamento. O dia abonado está previsto no artigo 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), bem como na Lei 1.075/1950, que incluem militares e servidores públicos. Ainda há que se ressaltar que existem leis que isentam da taxa de inscrição os doadores de sangue que quiserem prestar concursos públicos.

O Hemocentro Regional de São Mateus (HEMOES-SM) é uma das unidades da rede estadual HEMOES. Desde sua fundação, em 2002, sempre buscou a qualidade nos seus processos e serviços, padronizando procedimentos realizados na rotina e capacitando colaboradores junto ao HEMOES Coordenador (Vitória/ES).

Assim como todos os bancos de sangue, é responsável por processos hemoterápicos, incluídas aí as ações para sensibilizar a população para a importância da doação de sangue. Nesse contexto várias estratégias são utilizadas no desenvolvimento do trabalho da captação, entre elas a realização de coletas externas, que, são aquelas realizadas em ambiente não habitual, para onde se desloca uma equipe de profissionais com equipamentos e instrumental necessário ao atendimento aos candidatos e doadores de sangue (BRASIL, 2015). Assim, com a realização dessa atividade é possível facilitar o acesso à doação, mobilizando indivíduos de outros municípios que, de outra forma, não teriam condições de doar.

O programa das coletas externas é uma importante ação que compõe a atividade de captação de doadores de sangue. Segundo o Manual de Orientações para Promoção da Doação Voluntária de Sangue publicado pelo Ministério da Saúde em 2015:

A tarefa de captar doadores de sangue na realidade brasileira não é algo fácil, simples, estático. Requer técnicas que venham proporcionar conhecimento, entendimento dos aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos que envolvem e influenciam a doação espontânea de sangue e como esta poderá ser concebida como uma questão de participação, compromisso e responsabilidade social. Captar é conquistar, compreender, apreender. O propósito de captar é tornar esse hábito da doação parte dos costumes, da agenda diária de vida dos brasileiros e transmitido de geração em geração, tal como ocorre nos países considerados de “primeiro mundo”.

Dessa forma a realização de coletas externas no HEMOES-SM visa descentralizar o atendimento, facilitando o acesso da comunidade à doação, promovendo a aproximação com cidadãos de diferentes municípios, divulgando a imagem da instituição, aumentando o número de doações e multiplicando captadores, bem como manter os estoques de hemocomponentes em níveis regulares. Adicionalmente, configura-se numa estratégia de grande relevância em termos de impacto social a partir das parcerias estabelecidas com os municípios sedes da realização dos eventos, entidades filantrópicas, comunidades religiosas e empresas, além de ser de grande importância para a veiculação de informações educativas referentes à doação de sangue.

É importante salientar que o evento também desonera o estado uma vez que não gera remuneração de horas-extras e pagamento de diárias, com estabelecimento de escalas de trabalho sem prejuízo para o serviço.

Contudo, no ano de 2020, em razão da pandemia da Covid-19, foi observada uma queda no número nacional de doações de aproximadamente 20%, devido, entre outras razões, à diminuição da circulação de pessoas e ao próprio adoecimento de uma parcela da população (MS, 2021). A doença, causada pelo novo vírus SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2), surgiu em Wuhan na China em dezembro de 2019 e vem se espalhando desde o início do ano 2020 e por isso, em 30 de janeiro do mesmo ano foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma emergência de saúde pública de preocupação internacional. Como a Covid-19 se destaca, especialmente, pela sua facilidade de transmissão, o distanciamento social consta nas principais recomendações da OMS para redução do avanço da doença. O receio de se contaminar, os prazos de inaptidão após as vacinas, que se iniciaram no ano de 2021, e o contato com pessoas infectadas ou com suspeita de Covid-19 também colaboram para a redução dos números de doações. Segundo a Agência Brasil (2021):

Todas as medidas de segurança em relação à covid-19 estão sendo adotadas pelos hemocentros do país desde o início da pandemia, como condições de higiene e antissepsia adequadas na recepção dos candidatos, coleta do sangue sem exposição a aglomerações por meio de agendamentos e distanciamento entre as cadeiras de coleta. Enquanto dá sequência à campanha de vacinação contra a Covid-19, o Ministério da Saúde orienta para que os brasileiros doem sangue no hemocentro mais próximo antes de serem vacinados contra a doença (p. 1).

Para casos de pessoas que foram consideradas suspeitas ou confirmadas com a doença, o prazo de inaptidão é de 30 dias após a remissão dos sintomas, segundo divulgado pelo Ministério da Saúde.

Esses dados enfatizam a necessidade de ações que sustentem os estoques de sangue mesmo em período de dificuldades como o vivenciado nos últimos meses, caracterizando as coletas externas como alternativa a ser mantida no período pandêmico.

PERCURSO METODOLÓGICO

No HEMOES-SM, há mais de 10 anos, as coletas externas são realizadas mediante agendamento pelo assistente social da unidade e de acordo com a disponibilidade do município a ser atendido pelo projeto. Já participaram da atividade os municípios de Nova Venécia, Pinheiros, Montanha, Ponto Belo, Boa Esperança, Barra de São Francisco, Ecoporanga, Vila Pavão, Pedro Canário, Conceição da Barra, Águia Branca e Mucurici, todos municípios da região norte do estado, segundo o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (2011).

Cerca de quinze (15) dias antes do evento, é realizada uma visita técnica com o objetivo de avaliar se as condições do local indicado atendem às exigências legais para a coleta. A visita é compartilhada com a Vigilância Sanitária local e segue orientações da Portaria 158 (BRASIL, 2016):

Art. 80. Para a realização de coletas externas, serão observados os seguintes critérios:

- I - o procedimento para avaliar a adequação do local e da estrutura;
 - II - a compatibilidade entre a equipe e o número de doadores esperado; e
 - III - a presença de, pelo menos, um médico e um enfermeiro para a constituição da equipe de coleta externa.
- § 1º No procedimento para avaliar a adequação do local e da estrutura para a realização das coletas externas, verificar-se-á:
- I - a compatibilidade da infraestrutura com o processo de coleta, a fim de permitir o fluxo adequado;
 - II - a iluminação e ventilação da área física para coleta de sangue;
 - III - a privacidade para a triagem clínica;
 - IV - as condições adequadas para o atendimento de intercorrências clínicas dos doadores; e
 - V - as condições para oferta de hidratação oral e descanso após a doação.
- § 2º O serviço de hemoterapia informará regularmente a programação de coletas externas à Vigilância Sanitária competente.
- § 3º É obrigatória a informação à Vigilância Sanitária competente dos

locais para coleta externa, para eventual avaliação da adequação e operacionalidade.

§ 4º Para as coletas externas, o serviço de hemoterapia terá referência para atendimento de urgência ou emergência que porventura ocorra ao doador, observadas as determinações do art. 78.

Para cada ação é designado um responsável do respectivo município parceiro, visando fazer a divulgação e organização interna do evento. Geralmente estão envolvidos os profissionais de saúde da rede de atenção básica com o apoio de sua Secretaria de Saúde.

Por todos esses anos o evento foi caracterizado por grande adesão da população, muitas vezes com datas disputadas pelos municípios. Seus representantes viam na coleta externa uma ação de celebração, com a presença do Estado em seu município. A população chegava cedo ao local designado e lá permanecia muitas vezes por horas até finalizar o atendimento. Por isso era comum a presença de muitos candidatos no local escolhido para a atividade. A vontade de doar, muitas vezes pela primeira vez, causava certa aglomeração no momento do cadastro, algumas vezes com mais de 100 pessoas desejando uma senha para doar sangue, no momento da reposição hídrica e na fase de saída do recinto, etapas importantes do processo conforme orientação da Portaria Nº 158, Art. 47 (BRASIL, 2016):

§ 2º Após a doação, é obrigatória a oferta de hidratação oral adequada ao doador, objetivando a reposição de líquidos.

§ 3º É recomendável que o doador permaneça por 15 (quinze) minutos no serviço de hemoterapia após a doação (p. 11).

Estes também eram momentos importantes para a fidelização do doador, onde havia troca de experiências entre os mesmos e demais orientações da equipe em relação aos cuidados pré e pós-doação.

No entanto, a pandemia do Covid-19 trouxe novas necessidades, essenciais à garantia da segurança do doador e, dessa forma, da qualidade dos hemocomponentes obtidos. Era necessário buscar formas de incrementar as doações e oportunizar a ação à comunidade tão sensibilizada pela pandemia.

Por isso, em julho de 2021 foi retomada a ação das coletas externas do HEMOES-SM, sendo realizada no município de Nova Venécia, norte do Espírito Santo, grande colaborador no número de doadores fidelizados à unidade. Para tal, seguindo todas as orientações correntes para se evitar a disseminação do coronavírus, foi necessária a aplicação dos seguintes cuidados:

- Disponibilização de contato telefônico para agendamento prévio dos doadores;
- Criação de uma planilha de agendamento compartilhada entre as instituições HEMOES-SM e parceiros responsáveis pela organização do evento;
- Estabelecimento de normas de biossegurança, dentre elas: uso obrigatório de máscara; aferição da temperatura e higienização das mãos dos candidatos a doação de sangue na entrada do local; número limitado de candidatos a doação por hora, evitando assim aglomerações e mantendo o distanciamento social adequado;
- Garantia de manutenção do ciclo do sangue, não havendo fluxo de retorno do doador para a recepção.

Para realização da ação foi firmado um contrato entre as instituições participantes (HEMOES-SM e Secretaria Municipal de Saúde de Nova Venécia) detalhando os pré-requisitos e responsabilidades de cada parte dos envolvidos. Esse documento já era adotado pela instituição com o intuito de regulamentar os interesses e relações entre os envolvidos. De maneira geral o que ficou acordado é relatado a seguir.

Ao Hemocentro Regional de São Mateus coube disponibilizar a equipe técnica para a realização da coleta, materiais de consumo e alguns equipamentos assim como acontecia antes da pandemia.

Para tal evento foram recrutados da equipe da unidade:

- 01 Técnico de Enfermagem (pré-triagem);
- 01 Médico (triagem clínica);
- 02 Enfermeiros (sala de coleta e triagem clínica);
- 05 Técnicos de enfermagem (sala de coleta);
- 01 Bioquímico (processamento de amostras e armazenamento das bolsas de sangue);

- 01 Técnica de laboratório (processamento de amostras e armazenamento das bolsas de sangue);
- 02 auxiliares administrativos (cadastro de doador);
- 01 Técnico em nutrição (oferta de lanche pré e pós-doação);
- 01 Assistente Social (abordagem ao doador e captadores);

Os materiais de consumo e equipamentos utilizados no evento e fornecidos pelo HEMOES-SM foram:

- Todo material gráfico necessário para atender o doador desde o cadastro até a coleta;
- Material médico hospitalar para realização de todos os procedimentos da pré-triagem, coleta, centrifugação das amostras e atendimento as intercorrências;
- Equipamentos para triagem hematológica;
- Equipamentos para coleta de sangue;
- Equipamento para centrifugação de tubos;
- Equipamentos para atendimento de intercorrências (desfibrilador, bala de oxigênio e medicamentos de emergência).

A Secretaria de Saúde do município parceiro foi responsável por disponibilizar a equipe de apoio, composta por:

- 01 servidor para apoio no cadastro de doadores;
- 01 técnico de enfermagem para auxílio nas possíveis intercorrências;
- 01 médico para apoio na sala de intercorrência;
- 01 enfermeiro para apoio na sala de intercorrência;
- 01 auxiliar de serviços gerais para manutenção da higiene do ambiente.

Também ficou sobre sua incumbência o transporte da equipe e dos equipamentos até a cidade de Nova Venécia, fornecimento de lanche, mobília e estrutura física (Unidade de Saúde Ângelo Piassaroli) de acordo com os critérios pré-estabelecidos para a coleta:

- Lanche para o doador (pré-lanche e lanche pós-doação com suco à disposição, frutas e sanduíches);
- 06 cadeiras reclináveis, tipo do papai;
- 06 mesas de mayo;
- 03 suportes com braçadeira para coleta de sangue para cadastro

exclusivo de medula óssea;

- 06 banquetas ou cadeira para suporte dos homogeneizadores de bolsa de sangue na coleta;
- 01 geladeira doméstica para armazenamento das bolsas de sangue;
- 08 mesas: sendo 02 para cadastro dos doadores, 02 para triagem clínica, 02 para rotulagem e registro das bolsas, 02 para realização do lanche do doador pós-doação;
- Cadeiras para acomodação dos doadores nas diferentes etapas do ciclo do sangue: cadastro dos doadores, triagem hematológica, triagem clínica, lanche do doador;
- 01 ambulância disponibilizada durante todo tempo que houver doação;

Foi estabelecido no acordo um número máximo de 90 agendamentos, sendo os mesmos distribuídos numa média de 10 doadores por hora com início às 8 (oito) e final às 15 (quinze) horas.

Ao final de todo processo, nos dias seguintes ao evento, foram realizadas ações complementares de avaliação da coleta externa.

- Reunião e avaliação da equipe do Hemocentro, destacando os pontos positivos e oportunidades de melhorias;
- Relatório de avaliação enviado ao município parceiro;
- Relatório interno de atividades de coleta externa;
- Avaliação do nível de satisfação do doador.

AVALIAÇÃO DA AÇÃO

A avaliação final indicou que a realização do evento foi satisfatória. Durante a reunião da equipe foi confirmado que, de acordo a observação dos servidores em seus diferentes setores de atuação, não houve aglomeração de pessoas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. O tempo de espera para efetivação da doação de sangue foi curto, e os doadores não permaneceram por longos períodos de tempo na unidade de saúde onde foi realizada a coleta externa. Cenário bem diferente das experiências anteriores, quando a preocupação com a presença de muitas pessoas no mesmo ambiente ainda não era realidade.

A percepção sobre a satisfação do doador também foi positiva. A equipe pôde presenciar relatos de elogios à organização do evento e manifestações de sentimento de segurança com a forma com a qual o evento foi conduzido. Houve adesão ao uso de máscara e higienização das mãos, reforçados pela equipe técnica e voluntários atuantes na ação.

A ONG (Voluntários do Bem), parceira na atividade de cadastro de medula óssea, também se manifestou satisfeita, no entanto o número de cadastros não atingiu as expectativas. Acredita-se que, em parte, por uma alteração recente da legislação que reduziu a idade limite para cadastro de candidatos à doação de medula óssea para 35 anos (BRASIL, 2021).

A Secretaria de Saúde do município relatou alegria com o retorno da ação e manifestou desejo de estar brevemente presente na agenda de realização das coletas externas novamente. Os servidores voluntários distribuíram relatos de admiração pela a atividade e se disponibilizaram a estarem presentes nas próximas oportunidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No ano de 2019, último que precede a pandemia, foram coletadas 3940 bolsas de sangue sendo que 782 foram provenientes de coletas externas perfazendo um total de 20% da produção de sangue do Hemocentro Regional de São Mateus, corroborando a importância de manutenção do projeto como forma de garantir o estoque de hemocomponentes bem como levar um serviço do Estado para dentro dos Municípios que não dispõe desse serviço.

Os hemocomponentes resultantes da ação atendem a região norte e, por ventura, são compartilhados na Hemorrede, de acordo a necessidade de cada localidade do estado.

No Brasil o índice da população doadora de sangue atingiu 1,6% em 2019 (AGÊNCIA BRASIL, 2021) demonstrando tendência de elevação, apesar de ainda distante do índice desejável (3%). Esse fato se deve à maior conscientização da população sobre a importância da doação de sangue, aumento da participação da sociedade em ações práticas de mobilização em prol da doação de sangue, estabelecimento de uma agenda de coletas externas e consequente aumento do número de doadores voluntários em relação aos doadores de reposição.

O projeto coleta externa realizado pelo HEMOES-SM promove a inclusão dos municípios, servidores, sociedade organizada, levando o acolhimento ao cidadão e aumentando o número de doadores voluntários de sangue, podendo assim, suprir melhor as necessidades hospitalares locais ou da Hemorrede do ES.

Tem um caráter inovador por levar o atendimento ao local mais próximo da residência do cidadão, além de ser uma iniciativa pioneira nos Hemocentros Regionais e vem cumprir claramente o princípio constitucional da regionalização e descentralização de serviços de saúde, além de facilitar o acesso do cidadão a uma atividade voluntária, o que, sem dúvidas contribui para o exercício da cidadania e da participação social dos indivíduos.

Paralelamente, a realização do evento também promove aumento significativo do número de cadastro de medula óssea, devido à parceria com ONGs que atuam simultaneamente à doação de sangue. No ano de 2017 o Hemocentro de São Mateus realizou 1200 de cadastros de medula óssea. Já no primeiro trimestre de 2018 foram realizados 759 cadastros de medula óssea, de um total de 1520 em todo estado do Espírito Santo.

A relação custo-benefício da coleta externa é positiva no desenvolvimento do projeto, uma vez que há um aumento apenas dos custos variáveis em função do volume de bolsas coletadas, além do benefício social. O projeto não proporciona ônus para o estado, uma vez que não há pagamento de horas extras ou diárias dos servidores e, sim, apoio do município parceiro nos gastos adicionais.

A pandemia trouxe momentos de redução nos números de doações locais e nacionais, e demandou o uso de estratégias para se evitar o desabastecimento de sangue nos hospitais. A retomada da ação, mesmo nesse período, resultou num saldo favorável, com instituições participantes e doadores de sangue satisfeitos e dispostos a repetir o evento. Foi possível demonstrar que as dificuldades frente à pandemia do Covid-19, doença que tem vitimado centenas de milhares de brasileiros, podem ser superadas e o benefício da coleta externa em acesso da população e incremento das doações pode ser mantido.

Sendo assim, percebeu-se, que mesmo no atual cenário do país, é possível seguir com a realização de coletas externas de forma segura e com adesão da população, utilizando mecanismos de cuidados condizentes com o momento.

Pretende-se aderir de forma definitiva os esquemas adotados nessa coleta externa, como o agendamento e cuidados com a não aglomeração, aprimorando o fluxo do doador e o menor tempo de espera do mesmo para efetivação da doação de sangue.

Quadro 1. Distância entre os municípios

MUNICÍPIO	DISTÂNCIA DE SÃO MATEUS (KM)	DISTÂNCIA DE VITÓRIA (KM)
ÁGUA DOCE DO NORTE	164	285
BARRA DE S. FRANCISCO	145	257
BOA ESPERANÇA	60	279
CONCEIÇÃO DA BARRA	36	255
ECOPORANGA	147	305
JAGUARÉ	40	206
MONTANHA	116	340
MUCURICI	136	359
NOVA VENÉCIA	60	246
PEDRO CANÁRIO	51	271
PINHEIROS	70	293
PONTO BELO	140	363
VILA PAVÃO	95	286

Quadro 2. Bolsas coletadas em coletas externas realizadas pelo HEMOES-SM

MUNICÍPIO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
JAGUARÉ	----	100	----	-----	----	-----	----	-----	-----	-----	----
MUCURICI	-----	-----	54	70	59	-----	49	-----	-----	-----	-----
NOVA VENECIA	67	269	274	279	----	-----	213	164	183	186	147
PINHEIROS	98	110	77	92	67	230	95	----	77	-----	142
PONTO BELO	-----	-----	-----	-----	68	----	55	-----	-----	-----	-----
SÃO MATEUS	-----	44	-----	-----	-----	-----	-----	94	-----	-----	-----
VILA PAVAO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
PEDRO CANARIO	-----	162	81	-----	-----	-----	-----	51	71	77	66
BOA ESPERANÇA	-----	43	54	-----	72	78	-----	89	113	171	131
MONTANHA	-----	-----	40	-----	-----	-----	-----	-----	55	90	-----
CONC. DA BARRA	-----	-----	-----	-----	-----	-----	20	-----	26	79	52
ECOPORANGA	-----	-----	-----	89	-----	131	-----	-----	-----	-----	81
SÃO GABRIEL DA PALHA	-----	-----	-----	-----	-----	85	-----	-----	-----	-----	163
AGUIA BRANCA	-----	-----	-----	-----	-----	114	-----	-----	-----	-----	-----
TOTAL	165	728	580	530	266	638	432	398	525	603	782

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **COVID-19, houve queda no número de doações de aproximadamente 20%**. Agência Brasil, Brasília, 23 mar.2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.abc.com.br/saude/noticia/2021-03/covid-19-doacoes-de-sangue-caem-20-e-governo-lanca-campanha>. Acesso em: 12 jun. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 34, de 11 de junho de 2014** - Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Diário Oficial da União - Seção 1 – 16 jun. 2014. p. 50

BRASIL. **Consolidação das leis do trabalho** – CLT e normas correlatas. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017. 189 p.

BRASIL. Lei nº 1.075, de 27 de março de 1950. Dispõe sobre a doação voluntária de sangue. **Diário Oficial da União**. Seção 1, 12 abr. 1950. 5425 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dia Mundial do Doador de Sangue**. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/14-6-dia-mundial-do-doador-de-sangue-2/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL Ministério da Saúde, **Guia para uso de hemocomponentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 136p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orientações para promoção da doação voluntária de sangue**. 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 158, de 4 de fevereiro de 2016**. Brasília: 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 685, de 16 de junho de 2021**. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Meu Sangue Brasileiro**: Ministério da Saúde lança campanha para incentivar doação de sangue. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/11656>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Técnico em hemoterapia: livro texto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 292 p.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **25 de novembro**: dia internacional do doador de sangue. Fiocruz. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/index.php/8-noticias/413-25denovembro>> Acesso em: 19 jul. 2021.

SESA – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde – 2011**. Espírito Santo: Secretaria da Saúde, 2011. 65 p.

IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL BASEADO EM MEDICINA HOSPITALAR NOS HOSPITAIS DA REDE PRÓPRIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Emília de Lourdes Marchette
Luciene dos Santos Rocha
Sabrina Lamas Costa
Simone Freitas Coelho Tosi

INTRODUÇÃO

Em 2013 foi instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que dita as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dentre essas recomendações, figura a criação de Núcleos Internos de Regulação (NIR) nos hospitais: ferramenta de gerenciamento da capacidade instalada, com o objetivo de regular o acesso à estrutura diagnóstica e terapêutica hospitalar, com foco no uso eficiente dos leitos de internação. Em 2017, foi lançado, pelo Ministério da Saúde, o Manual de Implementação do NIR, com recomendações visando padronizar a constituição e rotinas dos núcleos em hospitais do SUS.

Entender o processo de mudança para implementação do NIR é fundamental, gerando capacidade e eliminando atrasos no final da hospitalização. Para isso, há necessidade de dedicação e planejamento, apresentando conceitos, definições e ferramentas necessárias para as tomadas de decisões. O envolvimento das equipes dos setores, lideranças e alta gestão Hospitalar é de extrema importância para o desenvolvimento e manutenção do projeto. O campo da saúde, particularmente, é marcado por incertezas e por demandas e expectativas crescentes.

JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos observa-se uma redução considerável no número de leitos na rede pública – são praticamente 12 mil leitos a menos, por exemplo, no período 2008-2013. O aumento da expectativa de vida e por consequência

a inversão da pirâmide demográfica (FIOCRUZ [FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ], 2017) em nosso país projeta um aumento da prevalência de doenças crônicas em idosos, mais recentemente a pandemia por COVID, o que impõe um cenário desafiador no uso dos recursos, financeiros e humano. Por isso o projeto tem como premissa a busca pela otimização da ocupação dos leitos na rede pública. Essa estratégia procura ampliar a oferta e atendimento à população – incorporando à rede de atenção o Médico e Enfermeiro Hospitalistas realizando uma otimizada Gestão Assistencial de Pacientes nos Hospitais Públicos do Espírito Santo (ES). O projeto vem implementando protocolos e processos na rede pública que trazem melhorias nos indicadores assistenciais e de utilização dos recursos, levando não apenas conceitos, mas soluções práticas aos hospitais e corpo de profissionais participantes.

Essa proposta, além de trazer benefícios à população assistida, também terá impacto sobre as finanças do Estado uma vez que a necessidade de compra de leitos junto à rede privada provavelmente será reduzida. Mesmo mediante o contexto adverso da pandemia por Covid-19.

OBJETIVOS

- GERAL

Realizar a implementação do modelo assistencial baseado em medicina hospitalar nos hospitais mediante a formação de médicos e enfermeiros hospitalistas, através da mudança da cultura assistencial e desempenho institucional na RAS.

- ESPECÍFICOS

- Criar um ambiente de troca de experiências entre os hospitais e aplicação de melhores práticas, buscando a excelência no atendimento e melhoria dos indicadores assistenciais e de satisfação dos pacientes em toda rede;
- Avaliar perfil epidemiológico e assistencial dos pacientes atendidos nos hospitais incluídos no projeto, definindo processos personalizados;

- Desenvolver ferramentas de aplicação prática para utilização dentro dos Hospitais;
- Realizar formação de profissionais para serem futuros disseminadores dos conceitos de Medicina Hospitalar para o restante da rede pública;
- Implementar a rotina de desenvolvimento de monitoramento de indicadores;
- Dar subsídios técnicos para realização de ações que qualifiquem o cuidado;
- Fornecer assistência adequada aos pacientes com Covid-19, assim como aumentar oferta de leitos de retaguarda, mediante pandemia.
- Implantar gestão da clínica através de uma estratégia institucional de intervenção nos processos relacionados à assistência ao paciente internado.

METODOLOGIA

O projeto tem como premissa o atendimento às necessidades dos pacientes e profissionais, ajustando os conceitos essenciais da Medicina Hospitalar para a solução de problemas reais dos locais de implementação do projeto.

O ICEPi em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina Hospitalar – SOBRAMH que é responsável pela preceptoria do projeto, utiliza a metodologia Problem Based Learning, abrindo espaço para discutir casos práticos, onde os alunos são também geradores de conteúdo.

O projeto atua em 4 hospitais da rede própria com 39 profissionais bolsistas, sendo 03 coordenadores (1 médico e 2 enfermeiros), 04 supervisores médicos, 19 médicos hospitalistas e 13 enfermeiros hospitalistas. Há previsão de expansão para mais 3 hospitais da rede própria em setembro de 2021, onde serão incorporados mais 3 médicos supervisores, 26 médicos e 10 enfermeiros, hospitalistas, totalizando até dezembro de 2021, 78 profissionais em formação para incorporação da metodologia junto à SOBRAMH.

ETAPAS DO PROJETO

Figura 1. Etapas do Projeto da Medicina Hospitalista



Consultoria/Diagnóstico (Consultoria e Mapeamento de Processos Assistenciais)

- Relação com os diferentes setores da emergência e a transição de cuidados para a unidade de internação;
- Interface com a unidade de tratamento intensivo;
- Forma de atendimento a intercorrências médicas e o atendimento em casos de PCR (parada cardiorrespiratória);
- Realização de consultorias clínicas aos pacientes cirúrgicos, avaliações perioperatórias, gineco-obstétricas e de pacientes com doenças psiquiátricas;
- Fluxo de informações com o laboratório de análises clínicas: tempo para realização de exames comuns e para realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Realização de exames laboratoriais de urgência;
- Adequação do preenchimento do prontuário do paciente;
- Interface com o setor de diagnóstico por imagem e fluxos para realização de exames terceirizados;
- Rol de especialidades clínicas e cirúrgicas hospitalares, ambulatoriais e interface com a equipe clínica;
- Avaliação das perspectivas para desenvolvimento de protocolos assistenciais e atividades educacionais.

Implementação do Modelo de Medicina Hospitalista

- Criação de Perfil do Hospitalista;
- Definição de Tarefas não assistenciais/metadados/deveres e direitos do Hospitalista;
- Dimensionamento de equipe/distribuição durante dia e noite;
- Dimensionamento do Trabalho finais de semana/feriados;
- Estratégia de Transição do cuidado dentro da equipe de medicina hospitalar (Dia-> noite, Dia de semana-> final de semana);
- Definição de Indicadores Assistenciais (registro, coleta, mensuração, análise);
- Definição de Processos de seleção de pacientes;
- Registro Médico e Documentos obrigatórios.

Consolidação do Serviço de Medicina Hospitalista para Pacientes Clínicos

- Fluxo de Intercorrências Clínicas;
- Round Multidisciplinar;
- Transição de Cuidados;
- Fluxo de Consultorias envolvendo o Serviço de Medicina Hospitalar;
- Linha do Paciente Clínico.

Etapa Complementar

- Trabalho a distância realizado permanentemente
 - Indicadores
 - Videoconferências
 - Análise de Dados
 - Elaboração de Relatórios

O Treinamento e formação de Especialistas e Supervisores em Medicina Hospitalar vem na esteira da mudança de melhoria do sistema assistencial – ter um quadro qualificado para implementação das melhorias de processos, de controles, de recursos e por consequência nos indicadores de segurança do paciente são essenciais para o sucesso do projeto. A formação desses especialistas e supervisores gera um efeito multiplicador dentro dos hospitais, sendo multiplicadores de

conceitos, mas principalmente de práticas mais eficientes da gestão hospitalar junto a todo corpo de profissionais das instituições.

Metas E Resultados Esperados

OBJETIVO 1: Capacitar médicos e enfermeiros nos 5 hospitais escolhidos, conforme modelo de Medicina Hospitalar					
META: Implementar ferramentas e processos nos hospitais elencados até dezembro de 2021					
ETAPAS	ESTRATÉGIAS DE AÇÃO (Atividades para o cumprimento da ação)	TIPO DE ATIVIDADE*	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS E COLABORADORES
1	Realizar capacitação supervisores	E	Equipes capacitadas conforme demanda	Preceptoria SOBRAMH	Coordenações médicas e de enfermagem do Projeto
2	Estabelecer ferramentas conforme tecnologia disponível no hospital	E	Institucionalização de indicadores de performance	Preceptoria SOBRAMH	Coordenações médicas e de enfermagem do Projeto
3	Estabelecer reuniões gerenciais de indicadores assistenciais nos hospitais	E	Equipes capacitadas	Supervisores médicos	Coordenações médicas e de enfermagem do Projeto
4	Implementar comissões obrigatórias nos hospitais	A	CCIH, Comissão de óbito, prontuário e Núcleo de Segurança do Paciente implantadas com evidência das ações executadas	Supervisores médicos	Coordenações médicas e de enfermagem do Projeto

Legenda: En: Ensino, P: Pesquisa, Ex: Extensão; A: Atenção à Saúde.

OBJETIVO 3: Diminuir TMP em todos os hospitais nos 5 hospitais envolvidos					
META: Diminuir em 15% a TMP até março de 2021, em 30% TMP até maio de 2022					
ETAPAS	ESTRATÉGIAS DE AÇÃO (Atividades para o cumprimento da ação)	TIPO DE ATIVIDADE*	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS E COLABORADORES
1	Implementar huddle para alinhamento das demandas diárias	A	Implementação de huddle diário até março de 2021	Supervisores médicos	Coordenações médicas e de enfermagem do Projeto
2	Implementar round multidisciplinar em todas as unidades assistenciais do hospital	A	Rounds sistematizados até março 2021	Supervisores médicos	Coordenações médicas e de enfermagem do Projeto
3	Implementar ferramenta KAMBAM em todas as unidades assistenciais do hospital	A	Gestão do KAMBAM até março de 2021	Supervisores Médicos	Coordenações médicas e de enfermagem do Projeto

OBJETIVO 4: Garantir assistência adequada na RAS mediante a pandemia COVID					
META: Aumentar acesso aos pacientes com COVID nos hospitais envolvidos					
ETAPAS	ESTRATÉGIAS DE AÇÃO (Atividades para o cumprimento da ação)	TIPO DE ATIVIDADE*	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS E COLABORADORES
1	Elaborar e implementar linha do Paciente Clínico com COVID 19	A	Criação de Sistemática de Atendimento de Pacientes Clínicos em Enfermarias COVID 19;	Preceptoria SOBRAMH	Supervisores hospitalares

3	Implementar Transição de Cuidados	A	Regulamentação e organização de todos os processos envolvendo a transição de cuidado das enfermarias de medicina hospitalar com pacientes com COVID para UTI, Emergência e demais especialidades médicas;	Preceptoria SOBRAMH	Supervisores hospitalares
4	Implantar e/ou desenvolver Round Multidisciplinar	A	Criação e implementação de check-list para troca de informações entre os membros da equipe, capacitação na execução do round com diversos integrantes da equipe de saúde nas enfermarias COVID 19;	Preceptoria SOBRAMH	Supervisores hospitalares
5	Criar protocolo de atendimento a pacientes COVID 19 de acordo com as boas práticas médicas e atualização da literatura científica	A	Protocolos Assistenciais para pacientes COVID 19 em enfermarias;	Preceptoria SOBRAMH	Supervisores hospitalares

Legenda: En: Ensino, P: Pesquisa, Ex: Extensão; A: Atenção à Saúde.

Cronograma De Execução

O planejamento, desenvolvimento e finalização das ações relacionadas à Medicina Hospitalar, assim como a mudança do Modelo Assistencial, faz-

se necessária mediante cenário atual de enfrentamento à pandemia Covid-19, com um conjunto de ações e atitudes sustentado por um Termo de Cooperação Técnica que tem vistas ao desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, difusão de tecnologia, pesquisa científica e inovação tecnológica, planejamento e desenvolvimento institucional, integração, liderança e uniformização de informações através de canais pré estabelecidos, sendo fundamentais para o sucesso desse projeto.

As atividades são acompanhadas por um cronograma de execução de acompanhamento mensal, onde existe o descritivo de início da atividade (data) e o final.

Este acompanhamento atualmente é realizado pelo status da atividade junto a cada médico e enfermeiro bolsista, que se reporta ao supervisor, que dispõe da interação direta com os coordenadores do projeto.

O prazo de intervalo dessa avaliação de acompanhamento é mensal, através do relatório individual, que considera premissas da redação do projeto, preceptoria SOBRAMH e reuniões virtuais e presenciais com os coordenadores do projeto. O desfecho de avaliação ocorre mediante a evidência da execução.

Nº	ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1	Realizar capacitação supervisores e bolsistas do projeto	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
2	Estabelecer ferramentas conforme tecnologia disponível no hospital	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3	Estabelecer e executar reuniões gerenciais de indicadores assistenciais nos hospitais	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
4	Implementar huddle para alinhamento das demandas diárias	x	x	x	x	x	x	x	x	x																
	Implementar round multidisciplinar em todas as unidades assistenciais do hospital	x	x	x	x	x	x	x	x	x																

[illegible]

CONCLUSÃO

A formação em Medicina Hospitalar, hoje em implantação no Hospital Estadual Dório Silva, Hospital Estadual de Vila Velha, Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória e Hospital e Maternidade Silvio Avidos, agrega de maneira significativa à Rede de Atenção Hospitalar, à despeito do cenário adverso da pandemia Covid-19.

Há indicadores que evidenciam mediante à mudança do perfil epidemiológico causada pela pandemia, uma diminuição à menos da metade do tempo de permanência nos pacientes avaliados pela equipe de Medicina Hospitalista.

A expectativa com a ampliação deste modelo assistencial para o restante dos leitos dos hospitais, assim como a expansão para 3 outros hospitais da rede (sendo dois destes serviços de referência na região centro-norte e sul do estado), assim como a consolidação do modelo junto aos hospitais pioneiros, decorrerá em um aumento do acesso e qualidade assistenciais nunca antes evidenciados na rede hospitalar no estado do Espírito Santo.

REFERÊNCIAS

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico, 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html>. Acesso em: 15 jul. 2021.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Relatório aponta redução no número de leitos no Brasil**. 2017. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-aponta-reducao-no-numero-de-leitos-no-brasil>. Acesso: 15 jul. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA HOSPITALAR. **Panorama da Medicina Hospitalista no Brasil**. Disponível em: <https://sobramh.com.br/panorama-da-medicina-hospitalista-no-brasil/>. Acesso em: 30 ago. 2021.

MONITORAMENTO DE LEITOS PARA COVID-19 NA REDE DE ATENÇÃO HOSPITALAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Amanda Rocha Vieira de Mello
Jordana Cristina Santos da Silva
Barbara de Moura Nunes Rezende

INTRODUÇÃO

Entre o elenco dos principais indicadores de monitoramento da gestão hospitalar estão: taxa de ocupação; taxa de ociosidade hospitalar; tempo médio de permanência; giro de leito e taxa de óbito. Estes indicadores devem ser provenientes de sistemas confiáveis e gerenciáveis em tempo real, a partir da produção médico-hospitalar realizada (BRASIL, 2002).

Neste aspecto, relatórios gerenciais sistemáticos são importantes para a consolidação de dados e podem ser extraídos do uso de sistema informatizado hospitalar, empregado nas operações da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Tais dados, em tempo real, são um importante mensurador da operação para a qualidade do faturamento da Unidade, uma vez que os processos relacionados aos dados de uma internação hospitalar nos sistemas de informações oficiais demoram até cerca de 60 dias para se tornar plenamente disponíveis, após ajustes e devidas auditorias sistematizadas (BÁO *et al.*, 2019).

É pressuposto que a remessa de dados em um sistema ou formulário sejam uniformizados e consistentes com a realidade hospitalar, estabelecendo a premissa de que os relatórios extraídos de sistemas devam atender plenamente a previsão legal a Portaria Ministerial nº 312/2002, que trata do Censo Hospitalar. Neste sentido, o Censo Hospitalar é a contagem e o registro, a cada dia hospitalar, do número de leitos ocupados e vagos nas unidades de internação e serviços do hospital, sendo esta apuração pontual das 24 horas que se antecede a avaliação deste consolidado de informações.

Neste contexto, Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único

de Saúde (SUS), estabeleceu as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde e definiu o Núcleo Interno de Regulação (NIR) como gerenciador de dados referente à operação dos serviços hospitalares:

[...] constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar [...] leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário; (BRASIL, 2013).

Em abril de 2020, o Ministério da Saúde iniciou o Censo Hospitalar em todos os estados com o registro obrigatório de internações hospitalares dos casos suspeitos e confirmados de coronavírus, nos estabelecimentos de saúde públicos e privados. O objetivo foi monitorar a taxa de ocupação dos leitos SUS disponíveis para pacientes com Covid-19, avaliar o consumo dos leitos da rede assistencial e a média de permanência dos usuários para auxiliar nas medidas de apoio às gestões locais no enfrentamento da doença (BRASIL, 2020b)

O registro no Censo Hospitalar estabeleceu-se como responsabilidade do gestor dos estabelecimentos de saúde e deve ser monitorado pelo gestor de saúde local. O não cumprimento com as obrigações é considerado infração sanitária grave ou gravíssima e sujeita o infrator às penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Dentre as penalidades por infrações à legislação sanitária federal constam: advertência, multa, interdição parcial ou total do estabelecimento e cancelamento do alvará de licenciamento, conforme Portaria nº 758, de 9 de abril de 2020 (BRASIL, 2020b).

O acompanhamento do desempenho assistencial dos serviços de saúde próprios, contratualizados e contratados da rede suplementar para a rede pública da Secretaria de Estado do Espírito Santo mostra-se de extrema necessidade no contexto pandêmico. Os principais indicadores para esse acompanhamento são: taxa de ocupação; tempo médio de permanência; giro de leito; taxa de óbito. Relatórios Gerenciais sistemáticos são importantes para a consolidação destes dados e são extraídos do sistema informatizado próprio da gestão do hospital. Considera-se que esses indicadores pressupõem dados uniformizados

e consistentes com a realidade hospitalar conforme previsto pela Portaria Ministerial nº 312/2002.

O presente artigo trata-se, portanto, da descrição da metodologia adotada pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo para o Monitoramento de Leitos para Covid-19 na Rede de Atenção Hospitalar do Sistema Único de Saúde do Estado do Espírito como estratégia de educação em saúde em serviço na implantação do Censo de Leitos.

CONCEITOS NA GESTÃO DE LEITOS PARA UM PAINEL DE MONITORAMENTO DE LEITOS SUS PARA COVID-19

É de conhecimento técnico, operacional e científico que um Censo Hospitalar Diário setorial e geral do hospital desatualizado implica em incoerências estatísticas que refletem diretamente na consistência do planejamento e avaliação de desempenho de curto e médio prazo. Diante desta necessidade organizacional, é imperativo ao gestor de uma unidade hospitalar a tomada de medidas gerenciais cabíveis, de maneira a propiciar uma análise técnica e operacional fidedigna para atualização diária do Censo Hospitalar (BÁO *et al.*, 2019).

A gestão eficiente do leito operacional, analisada a partir da taxa de ocupação operacional geral, aumenta a oferta de leitos para o Sistema de Saúde. Compete ao Diretor de uma Unidade hospitalar realizar a gestão dos indicadores relacionados à ocupação de leitos, como giro de leito, tempo médio de permanência, índice de renovação, dentre outros de melhoria da eficiência do hospital. Para isto, os diretores das Unidades Hospitalares da Rede de Atenção Hospitalar do Estado do Espírito Santo foram orientados pela Secretaria de Estado de Saúde - SESA durante a pandemia por Covid-19 com as seguintes informações:

1. O leito hospitalar deve ser gerenciado pelo gestor da unidade como um recurso caro e complexo, que deverá ser utilizado de forma racional e com indicação mais apropriada, de forma a estar disponível para os usuários do SUS que necessitem deste recurso para a recuperação do seu estado de saúde.
2. O cálculo da Taxa de Ocupação Diária é realizado pela razão entre o número de leitos ocupados e o número de leitos totais (disponíveis), sendo realizado para a Unidade Hospitalar, para a Região de Saúde e

para o Estado do Espírito Santo, em dados percentuais (%).

3. Considera-se como unidade do dia para o período avaliado de paciente-dia, para fins do Painel de Monitoramento de Leitos Hospitalares SUS Covid-19 o paciente internado no dia avaliado (01 paciente em 01 leito no dia corrente).
4. O Painel de Monitoramento de Leitos Hospitalares SUS Covid-19 apresenta os dados diários referentes a ocupação de leitos operacionais destinados a casos de pacientes suspeitos, confirmados, descartados ou inconclusivos Covid-19, bem como a ocupação total dos leitos disponíveis.
5. Para fins de Monitoramento de Leitos para Covid-19, consideram-se os leitos Covid-19 ocupados por pacientes SUS internados por Covid-19 classificados em SRAG/suspeitos, confirmados, inconclusivos e descartados nestes leitos, sejam esses de coorte (enfermaria ou UTI coletivas) ou leito de isolamento.
6. Pacientes que realizaram o teste na Unidade Hospitalar e não estão mais internados em leito Covid-19 (Enfermaria ou UTI exclusiva SUS) não devem fazer parte dos dados hospitalares (classificação de casos) para fins de Monitoramento de Leitos Hospitalares para Covid-19 (altas, óbitos, transferências para leitos não Covid-19, transferências externas ou evasões).
7. Considera-se para fins de preenchimento do formulário eletrônico o total de leitos SUS disponíveis para Covid-19 (capacidade máxima planejada instalada ou contratada) e leitos ocupados para Covid-19. Para tanto, utiliza-se o conceito de Ocupação Operacional.

METODOLOGIA ADOTADA PARA O PAINEL DE MONITORAMENTO DE LEITOS SUS PARA COVID-19

A Gerência de Gestão Hospitalar da Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde - SSAS da SESA iniciou uma estratégia de monitoramento através da organização de um grupo pelo aplicativo “Telegram” denominado “Monitoramento de Leitos Covid-19”. O grupo contava com 80 membros das instituições públicas, filantrópicas e privadas com leitos para o novo coronavírus disponíveis para pacientes SUS no

Espírito Santo, e contava também com servidores da alta gestão da SESA (Gerentes, Subsecretários e Secretário de Estado) e Diretores de Unidades Hospitalares, com seus representantes técnicos responsáveis pela gestão de leitos em suas instituições.

A rotina de troca de informação pactuada informalmente com os participantes grupo foi de duas atualizações diárias, uma durante a manhã e uma no final da tarde, para análise dos dados relacionados ao Censo Hospital. Os dados foram diariamente contabilizados pela Gerência de Regulação do Acesso à Saúde, da Subsecretaria de Estado Subsecretário de Estado de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde – SSERCAS. No caso de dúvidas ou inconsistências, realizava-se contato telefônico individual às 27 instituições hospitalares com leitos Covid-19, que apresentavam recurso para internação hospitalar sob gestão Central Estadual de Regulação de Leitos do Espírito Santo.

Após esta conferência sistematizada, os dados eram diariamente disponibilizados à Secretaria de Comunicação do Governo de Estado para publicação no Painel de Monitoramento de Leitos Hospitalares SUS (Covid-19), com acesso ao dado referente ao dia no período noturno no sítio eletrônico *coronavirus.es.gov.br*. Cada hospital apresentava a informação em um horário, dentro de 24 horas, de forma que as realidades eram diversas em cada momento de divulgação no grupo do aplicativo.

No dia 15 de junho de 2020 foi proposto ao grupo a partir de duas webreuniões (uma no período da manhã e outra no período da tarde) o uso de um formulário padronizado pelo Google Forms, que geraria Relatórios Gerenciais automatizados e gráficos a partir dos dados informados. O formulário foi apresentado, esclareceram-se as dúvidas e se realizaram ajustes necessários apontados pelas unidades hospitalares. Foi pactuado a partir destas reuniões o preenchimento diário até as 11h00, com possibilidade de correção até 12h00 de cada dia, sob responsabilidade administrativa do Diretor da Unidade. Pactuou-se que as informações apresentadas pelo grupo de Telegram seriam mantidas até a sexta-feira do dia 19/06/2020. No sábado, dia 20/06/2020, somente o Formulário seria utilizado, com a desativação do grupo para todos os usuários. As seguintes orientações foram enviadas aos gestores das Unidades Hospitalares para seus endereços eletrônicos:

1. É obrigatório o preenchimento dos campos referentes aos demais leitos totais não Covid-19 disponíveis e ocupados para pacientes SUS (clínicos,

cirúrgicos, obstétricos e pediátricos clínicos e cirúrgicos). Esse dado também é considerado para determinar a Capacidade Operacional da Unidade Hospitalar (capacidade máxima planejada instalada).

2. O cumprimento imediato da remessa de informações também no Sistema *notifica.saude.gov.br* - Módulo de Gestão de Leitos do e-SUS Notifica por todas Unidades pertencentes à Rede de Atenção Hospitalar para enfrentamento à Covid-19, é também obrigatório, conforme orientações técnicas disponíveis na Nota Informativa N.º 135/2020-CGAHD/DAHU/SAES/MS, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, tal como se realiza a remessa diária ao Censo de Leitos do Estado do Espírito Santo nos prazos e na realidade hospitalar existente.
3. Serão utilizados somente os dados oriundos do preenchimento do formulário eletrônico para fins de “Censo de Leitos” ser disponibilizado no Painel de Monitoramento de Leitos Hospitalares SUS Covid-19.
4. O Cadastro dos Leitos existentes Covid-19 e não Covid-19 deve ser permanentemente e de imediato, a cada mudança, atualizado pelo Gestor da Unidade para o SCNES, sendo remetido por instrumentos e processos próprios do Núcleo Especial de Cadastramento, Habilitação e Controle Pró-Assistencial da Gerência de Regulação de Atenção à Saúde/GERAS/SSERCAS.
5. Até às 15h00, para fins de transparência e controle a equipe de Gestão e Monitoramento de Leitos da SSAS enviará relatório para publicação oficial pela equipe da SECOM – Superintendência Estadual de Comunicação Social no “Painel de Monitoramento de Leitos Hospitalares”, disponibilizado diariamente no módulo: PAINEL OCUPAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES.
6. O Painel Ocupação de Leitos Hospitalares é considerado atualizado às 17h00. O dado remetido corresponde ao status de ocupação de leitos do Hospital no exato horário em que foi informado pela Unidade Hospitalar. Salienta-se que o acesso aos serviços hospitalares é constante, sendo frequente alteração da ocupação de leitos após remessa de dados, devido a altas, admissões, transferências e internações.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

No dia 16 de junho de 2020 iniciou-se a orientação na forma de educação permanente em serviço para o uso em tempo real. Verificou-se a dificuldade de preenchimento pelas instituições, seja no cumprimento do horário pactuado ou na consistência das informações, do próprio formulário e das apresentadas no Telegram. Em dois momentos do dia foram sinalizados os respondentes, uma hora antes do encerramento do prazo e uma hora após, para os pendentes de apresentação. Durante o período da tarde desta semana, foi solicitado o ajuste das informações individualmente, demonstrando pontualmente as inconsistências apresentadas em cada hospital. No dia 18/06/2020 foram sintetizadas todas as recomendações realizadas ao longo da semana e o lembrete da desativação do grupo, que ocorreria no dia 19/06/2020.

No dia 19 de junho de 2020, em uma sexta-feira, foi publicada no Diário Oficial a Portaria nº 110-R, de 18 de junho de 2020. A portaria foi disponibilizada ao grupo e informado às consequências no âmbito da Administração Pública do seu não cumprimento, e as responsabilidades funcionais no dado apresentado. Apresentou-se a metodologia construída às 14h00 para a Secretaria de Estado de Controle e Transparência - SECONT, a qual validou previamente a proposta de uniformização dos dados em tempo real. Às 17h00 apresentou-se o seguinte resultado da adesão à nova proposta: 96,30% das 27 Unidades responderam ao formulário, 59,26% enviaram dados ao grupo do Telegram e somente 66,67% das unidades estavam com dados validados para publicação, pelas informações disponibilizadas pelo novo formulário. Às 19h51 os dados ainda não haviam sido consolidados pela gerência de regulação responsável para a publicação no Painel de Monitoramento de Leitos Hospitalares SUS Covid-19.

Diante deste cenário, foi proposta a manutenção do grupo do Telegram e a manutenção do incentivo à adesão ao formulário, à qualificação das informações apresentadas para o uso do formulário. Foi realizado plantão administrativo no sábado e no domingo para tal atividade. No sábado, dia 20 de junho de 2020, às 15h00 havia 100% de adesão ao formulário com consistência nas informações apresentadas. Foram realizados 03 alertas para consolidação do prazo e da proposta: 1) para o envio no prazo, 2) os atrasos existentes e 3) as correções que seriam necessárias.

Enviou-se uma mensagem com o relatório gerado e se solicitou a análise das informações finais consolidadas. Para o sucesso do trabalho proposto, foi realizada abertura de chats por mensagem instantânea por *Whatsapp* (10), por *Telegram* (10) e houve interação através de 15 ligações telefônicas diretas para melhor detalhamento do preenchimento e qualificação da informação. O produto das remessas de informações disponibilizadas por formulário autopreenchido pelo gestor da unidade ou seu designado foi gerado. Às 16h54, estas informações já estavam disponíveis no Painel Coronavírus do Governo do Espírito Santo. Às 17h19 foi apresentado ao grupo o consolidado do trabalho realizado no dia através de dois relatórios em formato .pdf. Houve adesão ao cumprimento do prazo em 70,37% das instituições hospitalares (n=19/27).

No domingo, dia 21 de junho de 2020, mantiveram-se os alertas e agradecimentos. Houve uma diminuição em 31,43% (n=11) nas interações totais para o cumprimento da portaria publicada e envio de dados qualificados: foram 16 interações pelo *Whatsapp*, 05 pelo *Telegram* e 03 telefonemas, com um aumento na adesão em 22,22% (n=6) ao prazo de envio do formulário (92,59%; n=25/27 unidades respondentes no prazo). Às 13h53 disponibilizou-se o resultado dos trabalhos no grupo para todos os envolvidos no processo de remessa oficial de dados. Neste sentido, houve uma redução de 1h15min comparativamente ao dia anterior e cerca de 07 horas em relação ao resultado de sexta-feira na consolidação dos resultados, com atualização oficial do Painel de Monitoramento de Leitos Hospitalares SUS Covid às 15h21.

A partir deste final de semana, o Painel foi considerado implementado e passou a ser acompanhado diariamente pelo grupo técnico de gestão e monitoramento de leitos da Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde, composto por 02 enfermeiras, que organizou todo o processo de implantação técnica e operacional do Painel de Monitoramento de Leitos SUS para Covid-19. A construção da plataforma, apoio tecnológico e interface com a alta gestão foi organizada pela assessoria desta Subsecretaria. O grupo de trabalho focado foi primordial para que se consolidasse em uma solução de corresponsabilização dos prazos e da necessidade da transparência das informações da gestão dos leitos hospitalares disponibilizados para o enfrentamento da pandemia pelo Governo de Estado do Espírito Santo.

Além disso, foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo a Portaria Nº 217-R, de 10 de novembro de 2020 que dispõe sobre o Núcleo Interno de Regulação. Entre suas atribuições estão o controle diário da disponibilidade de leitos e à oferta ambulatorial da unidade, com base no censo hospitalar e na oferta dos recursos humanos, diagnóstico e terapêutica, oferecendo subsídios às Direções Assistenciais para que o gerenciamento de recursos possa ocorrer, sinalizando contingências locais que possam comprometer a regulação do acesso.

Em 06 de abril de 2021, a partir da publicação da Nota Técnica Conjunta Covid-19 Nº 05/2021 SESA/SSAS/ SSERCAS, sintetizaram-se as orientações para o preenchimento do formulário eletrônico denominado “Censo de Leitos” referentes à coleta diária de informações sobre a ocupação de leitos na Rede Hospitalar Privada e Rede Hospitalar Pública e Contratualizada do Estado do Espírito Santo.

Assim sendo, as principais dificuldades enfrentadas pelas Unidades Hospitalares durante a implantação do processo de remessa e coleta de dados para o Censo de Leitos foram:

1. Classificar pacientes em leitos SUS Covid-19 de acordo com a sua ocupação de leitos exclusivos para Covid-19;
2. Utilização do conceito de Ocupação Operacional para o preenchimento dos dados de ocupação de seus leitos SUS Covid-19;
3. Cumprimento dos horários estabelecidos, uma vez que o formulário demandava tempo para ser preenchido e, em caso de erro ou inconsistência, era necessário que fosse complementado refeito para correção.

Como um dos resultados do monitoramento da ferramenta web implantada e sua estratégia de publicação de dados confiáveis, o Estado do Espírito Santo foi avaliado em 2020 pelo Índice de Transparência da Covid-19 (<https://transparenciacovid19.ok.org.br/>), em comparação a todas as federações do país de forma semanal. Trata-se de um instrumento baseado em um conjunto de dados que já estão sendo coletados e processados pelas administrações públicas, conforme orientações das autoridades de saúde e órgãos internacionais. O formato de apresentação de dados do Painel atende a esta avaliação, com dados sobre a população atingida e a infraestrutura das redes de saúde.

Com o Painel de Monitoramento de Leitos SUS para Covid-19 foi possível permanecer consolidado durante todo ano de 2020 em 1º Lugar no ranking da

transparência em todo Brasil, comparado com os demais estados da federação. O Estado se destacou por disponibilizar informações detalhadas e de fácil acesso nos dois quesitos, por meio do site oficial sobre o novo Coronavírus: www.coronavirus.es.gov.br. O método de coleta de dados via Google Forms perdurou até o dia 13 de julho de 2021, mediante a necessidade da utilização de uma plataforma que garantisse maior celeridade de envio das remessas de informações para geração dos dashboards disponibilizados no sítio eletrônico oficial do Estado, sendo organizado pelo grupo técnico uma segunda versão da coleta de dados para o Painel de Monitoramento de Leitos SUS para Covid-19.

Segunda versão do Painel de Monitoramento de Leitos SUS para Covid-19

Em janeiro de 2020, a equipe técnica de gestão e monitoramento de leitos e a assessoria da Subsecretaria de Atenção à Saúde encomendaram à Gerência de Tecnologia de Informação da SESA uma solução para que houvesse celeridade no preenchimento de dados a serem enviados para o Painel, bem como garantia do armazenamento de dados que não interferisse no carregamento das informações contidas no Censo de Leitos.

A primeira reunião com a equipe de tecnologia de informação designada realizou-se no dia 07 de maio de 2021 e contou com a participação do grupo técnico de monitoramento de leitos e da assessoria da SSAS. Como pauta, foram elencadas as necessidades a serem solucionadas:

1. Garantir a celeridade e segurança no envio e análise dos dados remetidos ao Painel de Monitoramento de Leitos Hospitalares SUS Covid-19;
2. Garantir armazenamento seguro das informações remetidas para uso da gestão;
3. Utilização de uma plataforma que garantisse que as informações obtidas no antigo painel permanecessem disponíveis para consulta em painel publicizado e painel interno, assegurando transparência das informações para população e possibilidade de extração de dados que embasem as tomadas de decisão pela gestão.

Assim sendo, propuseram-se as seguintes estratégias de melhoria:

1. Criar usuários individuais para as Unidades Hospitalares que utilizariam e alimentariam o painel via o formulário, com ganhos como não ser mais necessário preencher campos como “identificação”, quantidade de leitos SUS contratualizados, sendo estes dados preenchidos automaticamente ou alterados conforme solicitação da Unidade Hospitalar à equipe de gestão e monitoramento de leitos.
2. Criar um portal alocado na página da SESA com acesso ao formulário, autenticado, para identificação e segurança das Unidades Hospitalares e da equipe de gestão;
3. Importar os Dados legados das planilhas geradas pelo Google Forms, gerando possibilidade de outros relatórios, *dashboards*, para serem publicizados ou utilizados em outros processos pela gestão;

A partir do dia 14 de julho, a segunda versão de coleta de dados para o Painel de Monitoramento de leitos SUS Covid-19 entrou em vigência, gerando os dados que atualmente compõem o Painel publicizado para a população no sítio eletrônico COVID-19 - Painel Ocupação de Leitos Hospitalares (coronavirus.es.gov.br)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo tratou-se de descrever a metodologia adotada para o Monitoramento de Leitos para Covid-19 na Rede de Atenção Hospitalar do Sistema Único de Saúde do Estado do Espírito como estratégia de educação em saúde em serviço na implantação do Censo de Leitos nos hospitais da rede própria e contratualizada da Secretaria de Estado de Saúde.

A partir do mês do segundo semestre de 2020, implantou-se o Painel de Monitoramento de Leitos SUS para Covid-19, pelo método de coleta de dados via Google Forms e passou ser acompanhado diariamente pelo grupo técnico de gestão e monitoramento de leitos da Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde, composto por 02 enfermeiras, que organizou todo o processo de implantação técnica e operacional da ferramenta proposta e metodologia de ensino em serviço pelo uso. A construção da plataforma, apoio tecnológico e interface com a alta gestão foi organizada pela assessoria desta Subsecretaria. O grupo de trabalho focado foi primordial para que se consolidasse uma solução de corresponsabilização dos

prazos e da necessidade da transparência das informações da gestão dos leitos hospitalares disponibilizados para o enfrentamento da pandemia pelo Governo de Estado do Espírito Santo, apoiado por estratégias educacionais e de controle para implantação da metodologia Censo de Leitos.

Houve uma adesão ao cumprimento do prazo no período de implantação em 92,59% das instituições hospitalares com leitos exclusivos para a Covid-19, com uma diminuição em 31,43% (n=11) nas interações totais para o cumprimento da portaria publicada e envio de dados qualificados comparada ao início da proposta da implantação: foram 16 interações por *Whatsapp*, 05 por *Telegram* e 03 telefonemas, com um aumento na adesão em 22,22% (n=6) ao prazo de envio do formulário (92,59%; n=25/27 unidades respondentes no prazo). Com o método anterior, não havia horário para consolidação do dado oficial e com a nova ferramenta adotada, até as 15h00 o dado era publicizado diariamente nas fontes oficiais do Governo de Estado.

Com a implantação do monitoramento e da ferramenta do Painel de Monitoramento de Leitos SUS para Covid-19 foi possível ao Governo do Estado do Espírito Santo permanecer em consolidado durante todo ano de 2020 como 1º Lugar no ranking da transparência em todo Brasil, comparado com os demais estados da federação. O Estado destacou-se por disponibilizar informações detalhadas e de fácil acesso sobre a população atingida e a infraestrutura das redes de saúde, por meio do site oficial sobre o novo Coronavírus: www.coronavirus.es.gov.br.

O método de coleta de dados via *Google Forms* perdurou até o dia 13 de julho de 2021, sendo organizado pelo grupo técnico uma segunda versão da coleta de dados para o Painel de Monitoramento de Leitos SUS para Covid-19, de maneira que houvesse celeridade na obtenção de informações.

Sugere-se que a ferramenta seja permanentemente aperfeiçoada, como estratégia de governo para garantia de transparência, educação e controle dos seus dados de produção da saúde.

REFERÊNCIAS

BÁO, A. C. P. et al. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. *Rev Bras Enferm*, v. 72, n. 2, p. 360-6, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/T89wNCjgBwCKCYS9whxjSsm/?lang=en>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hospital Sírio Libanês**. Plano de Resposta Hospitalar a COVID – 19. Projeto Lean nas Emergências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação**: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 135/2020-CGAHD/DAHU/SAES/MS**. Censo Hospitalar de Internações por Covid -19 - Versão 06 de maio de 2020. 2020a. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/SEI_MS-0014713378-Nota-Informativa-ESUS-Interna%C3%A7%C3%B5es.pdf. Acesso em: 29 ago. 2021.

BRASIL. Portaria de Consolidação n.º 1 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 001-R, de 2 de janeiro de 2020**. Institui o Sistema de Informação em Saúde. E-SUS Vigilância em Saúde (E-SUS VS) como único Sistema Oficial para Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território do Espírito Santo.

BRASIL. **Portaria nº 1.802, de 20 de julho de 2020**. Autoriza a habilitação de novos leitos de unidade de terapia intensiva - UTI adulto Covid-19 para atendimento exclusivo dos pacientes SRAG/Covid-19.

BRASIL. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 29 ago. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 758, de 9 de abril de 2020**. Define o procedimento para o registro obrigatório de internações hospitalares dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19, nos estabelecimentos de saúde públicos e privados que prestam serviços no SUS.

BRASIL. **Portaria SAS/MS Nº 312, de 30 de abril de 2002**. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde.

RODRIGUESFILHO, J. et al. A tecnologia da informação na área hospitalar: um caso de implementação de um sistema de registro de pacientes. **Revista de Administração Contemporânea** [online], v. 5, n. 1, p. 105-120, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-6552001000100007>. Acesso em: 23 jul. 2021.

SESA - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Paineis Ocupação de Leitos Hospitalares. Paineis Covid. Disponível em <https://coronavirus.es.gov.br/painel-ocupacao-de-leitos-hospitalares>. Acesso em: 05 ago. 2020.

TABELAS

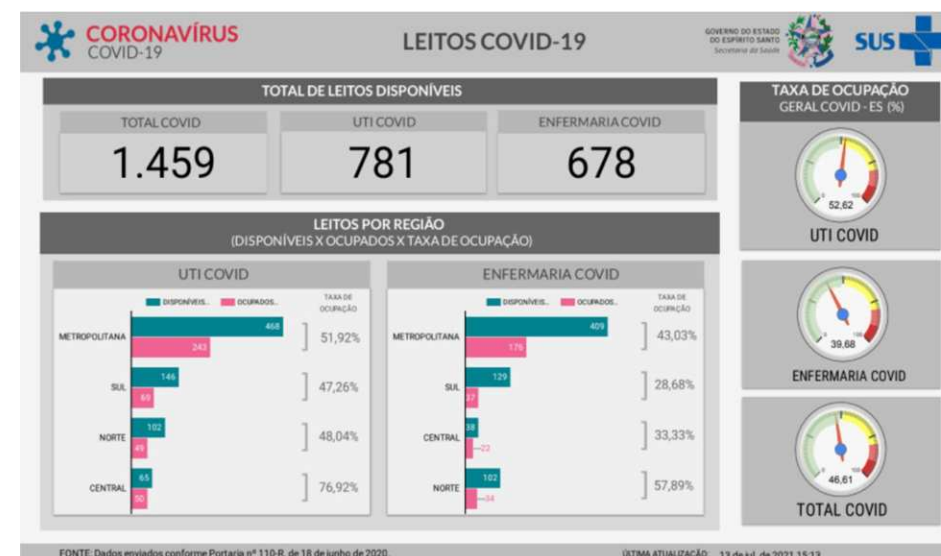
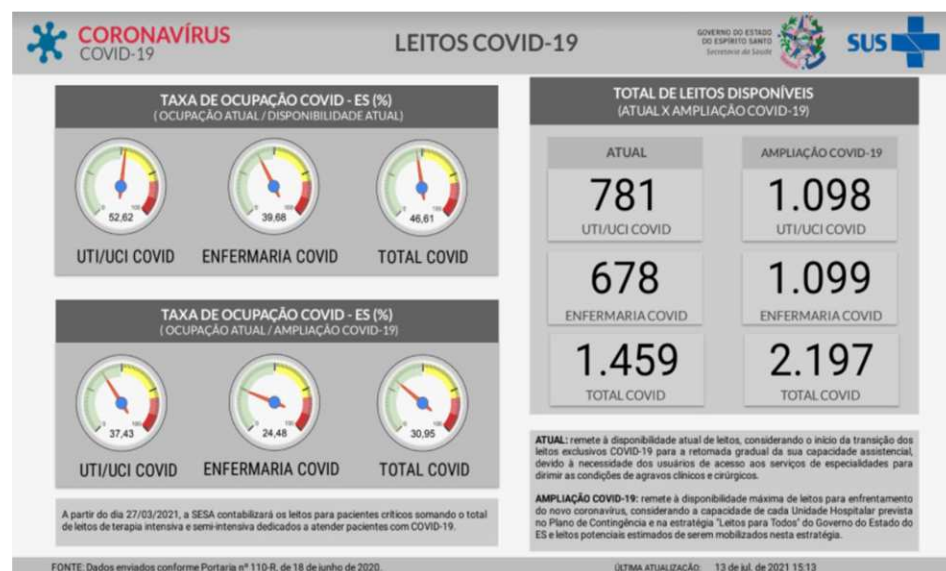
Tabela 01. Conceitos na gestão de leitos hospitalares conforme Portaria 312/2002.

CONCEITOS NA GESTÃO DE LEITOS	DESCRIÇÃO	BASE LEGAL (PORTARIA 312/2002)
CENSO HOSPITALAR DIÁRIO	É a contagem e o registro, a cada dia hospitalar, do número de leitos ocupados e vagos nas unidades de internação e serviços do hospital. Considerando-se a realidade de muitos hospitais brasileiros, em que muitos pacientes iniciam o período de internação na unidade de emergência, às vezes lá permanecendo internados por vários dias, as unidades de emergência também devem realizar censos hospitalares.	2.1.3
HOSPITAL DIA	Unidade hospitalar onde os pacientes recebem cuidados de saúde de forma programada, permanecendo durante o dia sob cuidados médicos e não requerendo estadia durante a noite.	2.1.13
LEITO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO	É a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço. Não devem ser considerados leitos hospitalares de internação os leitos de observação, incluindo os leitos de pré-parto e os leitos de recuperação pós-anestésica, os berços de alojamento conjunto, os leitos de berçário para recém-nascidos saudáveis, as camas destinadas a acompanhantes e funcionários do hospital e os leitos de serviços diagnósticos. Em situações excepcionais, um leito hospitalar de observação ou uma maca podem corresponder a um leito hospitalar de internação.	2.2.1
LEITO HOSPITALAR DE OBSERVAÇÃO	É o leito destinado a paciente sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas. Os leitos de observação ou auxiliares não devem ser considerados leitos hospitalares de internação, exceto quando eles estiverem sendo utilizados como leitos extras para internação ou quando os pacientes permanecerem nesses leitos por mais de 24 horas por qualquer razão.	2.2.2
LEITOS INSTALADOS	Leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por certo período, por qualquer razão. Os leitos instalados devem corresponder aos leitos informados no cadastro do hospital junto ao Ministério da Saúde.	2.2.5
LEITOS BLOQUEADOS	Os leitos bloqueados por motivos transitórios (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal) não devem ser considerados leitos desativados e sim leitos bloqueados, porque voltarão a ser leitos disponíveis tão logo se resolva o problema que deu origem ao bloqueio.	2.2.5

CONCEITOS NA GESTÃO DE LEITOS	DESCRIÇÃO	BASE LEGAL (PORTARIA 312/2002)
LEITOS DESATIVADOS	Se o hospital não tem condição de manter certo número de leitos em funcionamento, esses leitos devem ser desativados, e essa informação deve ser atualizada no cadastro do hospital junto ao Ministério da Saúde.	2.2.5
LEITOS OPERACIONAIS	São os leitos em utilização e os leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados. Termos equivalentes: leitos disponíveis. Inclui os leitos extras que estiverem sendo utilizados.	2.2.7
LEITOS EXTRAS	Camas ou macas que não são habitualmente utilizados para internação, mas que por qualquer razão são ativados, seja em áreas que habitualmente não seriam destinadas à internação, seja em áreas que passam a comportar mais leitos do que normalmente comportam, mesmo que esses leitos sejam disponibilizados em condições diferentes dos habituais.	2.2.11

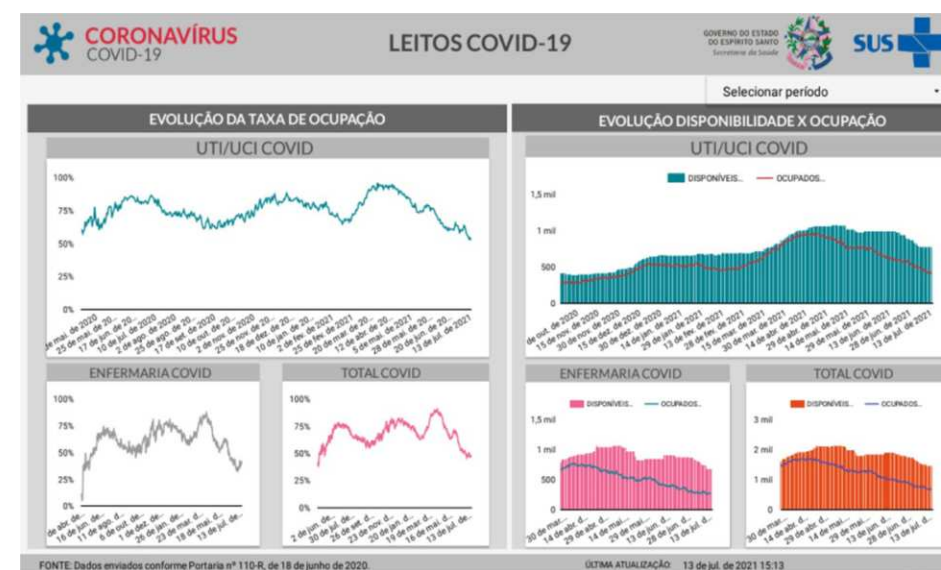
FIGURAS

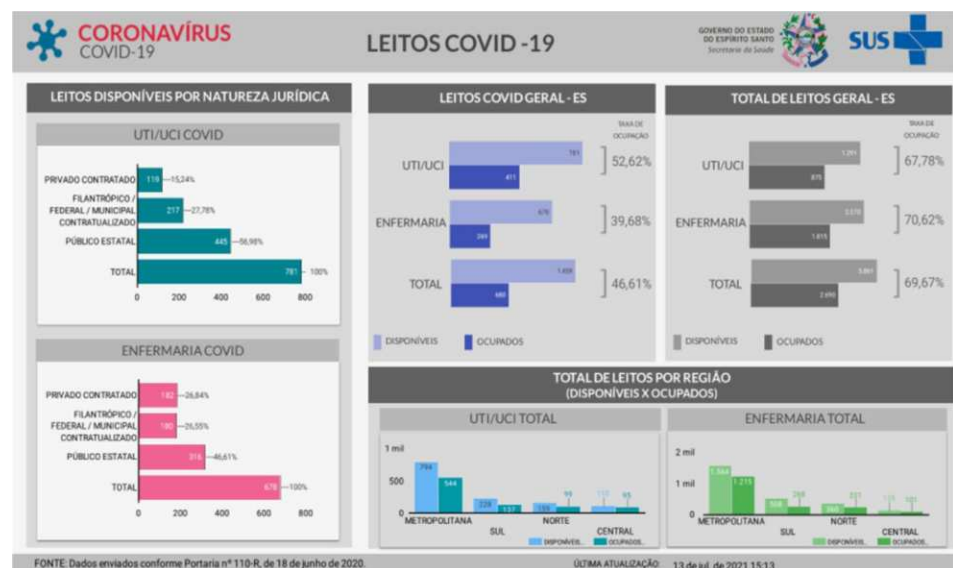
Figura 1. Painel de Monitoramento de Leitos SUS Covid-19 gerado a partir da obtenção de informações via formulário eletrônico (Google Forms)



Fonte: <https://coronavirus.es.gov.br/painel-ocupacao-de-leitos-hospitalares>, 2020.

Figura 1. Painel de Monitoramento de Leitos SUS Covid-19 gerado a partir da obtenção de informações via formulário eletrônico (Google Forms)





Fonte: <https://coronavirus.es.gov.br/painel-ocupacao-de-leitos-hospitalares>, 2020.

DIMENSIONAMENTO DE LEITOS COVID-19 E CAPACIDADE PLENA HOSPITALAR: A ESTRATÉGIA DE GESTÃO DE LEITOS PARA GARANTIA DO ACESSO NO ESPÍRITO SANTO

Jordana Cristina Santos da Silva
Quelen Tanize Alves da Silva

INTRODUÇÃO

O atual perfil epidemiológico brasileiro traz a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, às condições agudas. Este perfil é caracterizado por uma tripla carga de doença que envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, características de países subdesenvolvidos. Além disso, é importante destacar os problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis e o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito. Este cenário é desafiador para gestores e técnicos responsáveis pela organização das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2012).

No contexto da pandemia do novo coronavírus, o cuidado nas Redes de Atenção à Saúde no Estado do Espírito Santo foi centrado na padronização das ações para detectar precocemente pessoas caracterizadas como casos suspeitos da infecção, realizar manejo inicial, isolamento das cadeias epidemiológicas de transmissão, e na necessidade de leitos críticos, acionando transporte e encaminhamentos destes para unidades de referência de forma oportuna e segura. Em 24 de janeiro, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES) ativou o Centro de Operações de Emergência (COE), coordenado pela Gerência de Vigilância em Saúde (GEVS), para gerenciar as ações no âmbito de Estado de prevenção e controle da pandemia reconhecida em âmbito mundial para o novo coronavírus, a Covid-19 (ESPÍRITO SANTO, 2020).

Os coronavírus causam infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais, são altamente patogênicos e foram os causadores da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) e Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS). Em 2020, em relação à doença causada pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2), a clínica ainda não estava completamente estabelecida, nos padrões de letalidade, mortalidade, infectividade e transmissibilidade. A vacina neste ano não estava disponível no território brasileiro e os medicamentos existentes são para tratamento de suporte e inespecífico, estimando-se como período de incubação para este vírus entre 2 e 14 dias. Em todo mundo, a principal estratégia adotada foi o isolamento social e a interrupção, em todos os âmbitos de vida social e econômica, de atividades e serviços consideradas não essenciais (BRASIL, 2020).

Em dados monitorados pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde do Governo capixaba, considerando as notificações no Sistema Oficial do Estado, o e-SUS VS (Portaria 001-R, de 02 de janeiro de 2020) observa-se a evolução dos casos de Covid-19 por classificação operacional e destes é possível verificar quantos ficaram internados. Desta informação compulsória, cujos dados foram extraídos em 26 de março de 2021, analisou-se que no acumulado entre os anos de 2020 e 2021 foram realizadas mais de 1 milhão e 117 mil notificações, e aproximadamente 1 milhão e 63 mil testes, entre RT-PCR, Teste Rápido, IGG e IGM; dessa forma 95,4% dos notificados foram testados para SARS-CoV-2. Para este recorte, haviam 385.498 casos confirmados no Estado do Espírito Santo.

Para reorganização dos atendimentos de casos de Covid-19 que possam demandar de hospitalização, o Ministério da Saúde estimou que 13,8% dos casos de atendimento demandado pelas suas portas de acesso são para enfermarias e 4,7% para leitos de UTI em períodos pandêmicos, sem medidas qualificadas de mitigação para o enfrentamento do novo coronavírus. Estima-se que se interne até 18% dos pacientes que procurem atendimentos de emergência por Covid-19 (BRASIL, 2020).

Através uma pesquisa realizada pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib), foram analisados dados de 16 mil pacientes de 323 unidades de saúde privadas e 129 públicas de março a maio de 2020. Segundo a entidade, o tempo médio de internação hospitalar pela Covid-19 (para os casos confirmados) foi de dez dias, e 34% dos pacientes permaneceram por mais de uma semana na unidade de terapia intensiva (AMIB, 2020).

Ademais, segundo artigo publicado pela Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAPH), para a reabertura serviços para atendimento de pacientes não-Covid-19, os hospitais têm focado suas estratégias no uso inteligente de: tele saúde, filtrando e posteriormente descartando casos em que não se aplica; na comunicação efetiva com os pacientes cadastrados sobre o retorno ao pleno funcionamento e segurança dos hospitais; na priorização de atendimento em função de critérios clínicos; na higienização dos espaços e apoio ao distanciamento social nas instalações; no gerenciamento adequado de materiais, suprimentos e medicamentos; no monitoramento da agenda dos pacientes, com mensagens programadas em datas e horários flexíveis; e na comunicação prévia com pacientes e corpo clínico, sobre medidas de higiene e distanciamento social para garantir a segurança individual e coletiva na fase pós-pandêmica (ANAPH, 2020).

Neste mesmo artigo são abordados dados da Fundação Kaiser. No mês de maio de 2020, foi observado que 48% das famílias americanas que tinham intenção de realizar internações ou atendimentos ambulatoriais para algum de seus membros, adiaram esta decisão por até três meses e 26% estavam dispostas a esperar quatro ou mais meses para evitar problemas de contaminação pelo coronavírus (ANAPH, 2020).

Adicionalmente, as restrições das atividades não essenciais em relação ao funcionamento dos hospitais permanecem como a obrigatoriedade em manter uma proporção de leitos desocupados para atender o crescimento da demanda pandêmica quando necessário. Muitos estados têm imposto políticas para reservar entre 20% e 30% dos leitos de UTI de forma exclusiva para atender à demanda potencial por pacientes graves de Covid-19. Esta exigência de que hospitais e estabelecimentos de saúde mantenham em estoque equipamentos de proteção individual (EPI) para o uso de profissionais de saúde e pacientes entre 15-30 dias, determinam uma política agressiva de reposição de estoques num momento em que os preços desses itens estão disparando em relação às tendências normais de mercado. Com isso, o número de cirurgias e procedimentos eletivos passa a ter que se ajustar aos estoques disponíveis de EPI, além da determinação aos hospitais a realizarem testes e triagem para pacientes e todo o corpo de funcionários, antes de qualquer cirurgia.

Além disso, conforme estudos do Núcleo Interinstitucional de Estudos Epidemiológicos do Governo de Estado do Espírito Santo, instituído pelo

Decreto Nº 4679-R, de 18 de junho de 2020, foi construída uma ferramenta de monitoramento tendo em vista as necessidades de acompanhamento na instância do Centro de Comando e Controle (CCC) da Covid-19, para se alcançar de forma clara e rápida um diagnóstico da situação vigente, no que tange aos casos ativos presumidos. Neste sentido, a Nota Técnica NIEE - nº 06/2020, relatou que por conta do padrão de disseminação da Covid-19, na data de referência 23 de junho de 2020, estava se iniciando uma trajetória descendente, indicando uma proporção de casos ativos no valor de 0,84 [R(t) na Região Metropolitana]. Este indicador precisa estar abaixo de 1,0 por pelo menos duas semanas, fato que se confirmou no período de julho de 2020 no Estado do Espírito Santo.

A Nota Técnica NIEE - nº 04/2020 descreve que a Organização Mundial da Saúde (OMS) sistematizou os parâmetros para orientar o processo de saída do isolamento social e afrouxamento de medidas de distanciamento. Os critérios estão agrupados em três dimensões, que devem ser avaliadas para responder três perguntas centrais:

1) a pandemia está ou não controlada? 2) o sistema de saúde tem ou não capacidades para enfrentar um eventual surto de casos Covid-19; 3) o sistema de vigilância em saúde tem ou não capacidade para detectar os casos novos (incluindo assintomáticos) e membros da comunidade não-infectados, e realizar o manejo por meio das medidas de distanciamento social e quarentena, bem como prevenir novos surtos de casos? (NIEE/IJSN, 2020).

Todas estas questões foram e são acompanhadas de maneira sistematizadas por meio de transparência e controle dos dados disponibilizados diariamente no site <https://coronavirus.es.gov.br/>.

Este estudo trata-se, portanto, da análise da estratégia de reversão de leitos expandidos da Atenção Hospitalar para enfrentamento à pandemia por Covid-19 adotada pelo Estado do Espírito Santo. O indicador chave neste contexto é o número de casos que demanda hospitalização ser menor do que a capacidade máxima de leitos hospitalares e de UTI do Sistema Único de Saúde, propiciando que a Rede de Atenção à Saúde possa enfrentar novas hospitalizações sem sobrecarga, mantendo a prestação perene e segura de serviços essenciais.

A PANDEMIA POR COVID-19 NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

É importante analisar que a pandemia por Covid-19 no Estado do Espírito Santo evoluiu em “fases epidemiológicas”, sendo estas consideradas em três períodos crescentes de gravidade. Diferentes municípios e estados podem apresentar fases distintas da epidemia, ponderando a extensão territorial do Brasil. Destacam-se estes períodos a seguir:

- A. PRIMEIRA FASE.** A primeira fase da Covid-19 foi a de “casos importados”, em que houve poucas pessoas acometidas e todas regressaram de países onde havia epidemia. Esta fase compreendeu no Espírito Santo (ES) o período de 06 de março de 2020 a 13 de março de 2020, correspondendo 08 (oito) dias de preparação nesta fase epidemiológica.
- B. SEGUNDA FASE.** A segunda fase epidemiológica foi a de transmissão local, quando pessoas que não viajaram para o exterior ficavam doentes, mas ainda era possível identificar o paciente que transmitiu o vírus, geralmente parentes ou pessoas de convívio social próximo. No dia 14 de março de 2020, passou-se a vigorar o estado de emergência em saúde pública em todo território capixaba, reconhecido pelo Decreto nº 4593-R, de 13 de março de 2020.

A Portaria Nº 071-R, de 26 de abril de 2020, instituiu no âmbito do Plano de Atenção Hospitalar para a Covid-19, o “Programa Leitos Para Todos”, considerando a confirmação de disponibilidade de expansão e contratualização de leitos na rede própria, filantrópica e privada no ES.

No dia 29 de março de 2020, redefiniu-se o perfil de atuação dos serviços hospitalares, durante o estado de emergência, através da Portaria nº 053-R, de 30 de março de 2020, com 07 (sete) hospitais pertencentes à rede de atendimento para enfrentamento da Covid-19. Logo, entre os dias 14 de março de 2020 a 29 de março de 2020 perdurou-se a segunda fase epidemiológica no estado. Foram 15 (quinze) dias de contenção neste período, com o propósito de limitar a transmissão do vírus e possibilitar a necessidade de expansão momentânea do serviço, porém com os recursos já existentes.

C. TERCEIRA FASE. Finalmente ocorreu a terceira fase epidemiológica ou de transmissão comunitária, quando o número de casos aumentou exponencialmente e perdeu-se a capacidade de identificar a fonte ou pessoa transmissora. No dia 30 de março de 2020 confirmou-se os primeiros casos de transmissão comunitária. Iniciou-se a fase de mitigação, que perdurou até 31 de julho de 2020, na qual verificou-se redução sustentada de novos casos por período maior de 14 (quatorze) dias. O objetivo foi evitar agravamento dos casos e óbitos com a necessidade de expansão momentânea do serviço, com recursos externos, terceiros e/ou adicionais.

Adicionalmente, caso fosse evidenciada a possibilidade de superação da capacidade de resposta hospitalar para atendimento dos casos graves, adaptação e ampliação de leitos e áreas hospitalares e a contratação emergencial de leitos de UTI foi considerada estratégia necessária, com o objetivo de prevenir óbitos evitáveis.

Neste aspecto, em 02 de abril de 2020 ocorreu o primeiro óbito decorrente no novo coronavírus no estado do Espírito Santo e se instituiu a “vaga zero”, que é a garantia nos atendimentos das urgências, não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível para as transferências de pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG, durante o Estado de Emergência Pública pela Covid-19, através da Portaria Nº 055-R.

Nesta fase foi consolidada no mês de julho de 2020 o alcance da disponibilidade máxima de leitos de UTI e Enfermaria para enfrentamento do novo coronavírus, considerando a capacidade de cada Unidade Hospitalar prevista no Plano de Contingência e na estratégia “Leitos para Todos” do Governo do Estado do ES. Foram 715 leitos de UTI exclusivos para tratamento de casos graves do novo coronavírus e 817 leitos de enfermaria para tratamento clínico específico de Covid-19.

Foram 04 (quatro) meses de mitigação para evitar o colapso do sistema de saúde capixaba no primeiro ano de pandemia, minimizando ao máximo possível os casos gravidade e óbito pelas medidas qualificadas de seu enfrentamento, com a estratégia de Mapa de Gestão de Risco, instituídos pela Portaria Nº 068-R, de 19 de abril de 2020, mantida atualizada de maneira técnica-gestora por decretos e instrumentos correlacionados.

MATRIZ DE GESTÃO DE RISCO DA COVID-19 DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Em um cenário em que são necessárias medidas que preconizem a busca de equilíbrio entre a prioridade à vida e à retomada da atividade econômica, o Governo do Estado do Espírito Santo adotou uma estratégia pioneira para o mapeamento de riscos e medidas qualificadas no enfrentamento à Covid-19, tendo como premissa a avaliação de ameaças de forma equilibrada com relação a cada região e a cada município do Estado. Como variável intrínseca à metodologia adotada relacionada ao impacto de risco, considerou-se a taxa de ocupação de leitos de UTI para Covid-19.

Assim sendo, de acordo com o Portaria Nº 171-R, de 29 de agosto de 2020 que estabeleceu a Matriz de Gestão de Risco para o Estado do Espírito Santo, observou-se a seguinte classificação da taxa de ocupação de leitos potenciais (máximos expandidos) de UTI para Covid-19, em caráter crescente de gravidade:

- I. ADEQUADO: até 50% de taxa de ocupação potencial;
- II. ALERTA: acima de 50% até 80% de taxa de ocupação potencial;
- III. CRÍTICO: acima de 80% até 90% de taxa de ocupação potencial; e
- IV. PLANO DE CRISE: acima de 90% de taxa de ocupação potencial.

Nos hospitais da Rede de Atenção Hospitalar do Estado do Espírito Santo ressaltou-se que entre 20 de junho e 31 julho de 2020 a tendência de redução sustentada do número de pacientes internados com Covid-19, mantendo perfil médio de ocupação de UTI em 78,56% e de Enfermaria em 65,67%. Neste contexto, enquanto Governo de Estado, tornou-se necessário realizar o planejamento da retomada plena e de forma responsável, segura e paulatina das atividades hospitalares, principalmente quanto às cirurgias eletivas e programadas, antes temporariamente suspensas, fortalecendo a essencial segurança de profissionais e pacientes e garantindo o acesso (SESA, 2020).

O PLANO DE RETOMADA SEGURA PARA GARANTIA DO ACESSO HOSPITALAR NO CONTEXTO DA COVID-19

O Plano de Retomada Segura para Garantia do Acesso Hospitalar no Contexto da Covid-19 tratou-se de estratégia proposta em 2020 pela Secretaria

de Estado de Saúde do Governo do Espírito Santo, através de suas Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde e Subsecretaria de Estado de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde em conjunto com as suas Unidades Hospitalares da rede própria e complementar contratualizada. Teve como tática principal preparar estas instituições para a retomada gradual, plena e segura da sua capacidade assistencial, em um contexto de pós pandemia por SARS-CoV-2.

Seu objetivo foi organizar a retomada gradual e plena de serviços das Unidades Hospitalares para garantir acesso seguro de pacientes, familiares e profissionais de saúde no contexto da Covid-19 no terceiro quadrimestre do primeiro ano de pandemia (2020). Como resultados esperados, estabeleceu-se a:

1. Organização do retorno gradual, pleno e seguro do acesso hospitalar, no contexto da Covid-19, como estratégia de convivência de risco, de acordo com demandas programadas e espontâneas;
2. Adoção de medidas de proteção individual (profissional) e coletiva no atendimento a casos não relacionados à Covid-19, porém ainda no contexto da pandemia;
3. Realização da referência e receber a contrarreferência adequada, com todas as informações pertinentes e completas na Rede de Atenção à Saúde;
4. Adoção pelos gestores das Unidades de Saúde de medidas efetivas que evitem barreiras de acesso de usuários, acolhendo e atendendo de forma humanizada e consciente às suas necessidades de saúde na Atenção Hospitalar.

Além disso, estabeleceram-se as premissas pela Gestão Estadual para o pleno alcance deste plano, deliberadas por todas as partes interessadas na sua execução:

1. As ações de enfrentamento, incluindo o período pós pandemia nas Unidades Hospitalares são coerentes e seguem as diretrizes definidas pela Secretaria de Estado de Saúde, alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde (ANVISA);
2. O Plano de Contingência da Unidade Hospitalar é atualizado e alinhado a estas diretrizes;
3. Todos da Rede de Atenção Hospitalar possuem adequada compreensão para não subestimar a epidemia e definir as ações de enfrentamento considerando seu papel resolutivo de rede;

4. O gestor da unidade hospitalar conhece o cenário local/ regional da pandemia e as necessidades do território no qual sua unidade está inserida, no tocante aos cuidados em saúde organizados em Redes de Atenção;
5. A Unidade Hospitalar articula-se com a vigilância local e estadual de saúde para garantir a notificação, a prevenção comunitária e o monitoramento ativo;
6. A Unidade Hospitalar articula-se às necessidades da Política Estadual de Regulação;
7. A unidade hospitalar é resolutiva, com competência de gerenciar seus leitos, profissionais de saúde, insumos, materiais, equipamentos e EPI;
8. A unidade hospitalar faz a gestão da clínica, sendo eficiente para casos de maior complexidade de necessidade de saúde, realizando manejo terapêutico e encaminhamento de altas no tempo oportuno e seguro;
9. A porta de entrada das Unidades Hospitalares é capaz de promover a estabilização dos pacientes e em continuidade, regular ao serviço de referência da condição de saúde / linha de cuidado;
10. Os serviços de apoio diagnóstico e logístico na Rede de Atenção Hospitalar são resolutivos e eficientes para garantir o acesso adequado aos seus usuários.

ESTRATÉGIA E MÉTODO

A proposta do “Plano de Retomada Segura para Garantia do Acesso Hospitalar no Contexto da Covid-19” consistiu na transição de leitos Covid-19 para não-Covid-19 e foi desenvolvida em etapas, a partir de estudo por metodologia empírica do perfil do cálculo da mediana de ocupação em toda rede a cada 40 dias anteriores a data de proposição de migração, para primeira e segunda etapa; e quinze dias anteriores, para a terceira e quarta etapa, considerando as seguintes variáveis: mediana da taxa de ocupação, mediana de pacientes internados, número de leitos disponibilizados. Estes dados foram analisados por unidade hospitalar, por região e por toda rede de leitos Covid-19 para estimativas mais próximas de cada variável avaliada.

Foi considerado estratégico e funcional na avaliação analítica da determinação da transição de leitos em uma Unidade Hospitalar:

1. Capacidade de desmobilização e mobilização de recursos próprios;
2. Demanda reprimida da rede estadual de regulação para demais especialidades;
3. Conclusão de obras de modernização hospitalar;
4. Leitos de UTI Covid-19 não habilitados;
5. Hospitais Estratégicos para a Rede de Atenção Hospitalar;
6. Período de renovação ou suspensão de contratos ou congêneres;
7. Reorganização dos leitos cirúrgicos e clínicos para demandas eletivas;
8. Priorização dos leitos de coorte no período de transição de leitos.

Estas etapas ocorreram em quatro Fases, sendo composta pela previsão inicial proposta em cronograma específico. Fases iniciais preparatórias e posteriores poderiam ser inseridas no processo de transição de leitos específicos para o novo coronavírus, de acordo com a avaliação da curva epidemiológica apresentada nos estudos do NIEE. A transição e as fases propostas poderiam ser interrompidas e retornarem à capacidade instalada inicial antes da transição, na rede própria e contratualizada (filantrópica) de acordo com as restrições previamente estabelecidas para o plano proposto.

ESTRATÉGIA DE REVERSÃO DA TRANSIÇÃO

Para a reorganização dos leitos, em uma possível “nova onda”, foram o priorizadas as seguintes estratégias de reversão da transição:

1. Mobilização de recursos próprios, com organização plena dos Hospitais Estratégicos para a Rede de Atenção Hospitalar em cada Região de Saúde;
2. Análise estratégica para reorganização em Rede de Atenção às demandas Rede Estadual de Regulação para demais especialidades não-Covid-19, que poderão, momentaneamente ser direcionada para outras Unidades Hospitalares sem leitos exclusivos para enfrentamento à Covid-19;
3. Suspensão dos procedimentos e internações eletivos, conforme estratégia de enfrentamento adotada no pico da pandemia;

4. Priorização dos hospitais próprios que concluíram obras de modernização hospitalar;
5. Reversão dos Leitos de UTI Covid-19 não habilitados da rede que foram desmobilizados;
6. Reorganização dos leitos cirúrgicos e clínicos para demandas eletivas;
7. Priorização de reversão de leitos de isolamento, caso tenham realizado transição.
8. Análise de renovação de novos contratos da rede complementar que haviam sido encerrados.

Hospitais que necessitem atender um aumento de demanda conseguem expandir em até 20% da sua capacidade, incluindo o número de leitos em Pronto Socorro e Pronto Atendimento (pacientes com indicação de internação, aguardando vagas hospitalares). Assim sendo, o gestor da Unidade deveria atualizar de maneira permanente seu Plano de Resposta Hospitalar ou de Contingência para Covid-19. Este é um documento escrito, elaborado pela instituição executora na etapa de contenção e preparação para mitigação da pandemia e que apresenta como objetivo preparar a ampliação da capacidade do hospital de forma organizada, integrada e escalonada para fazer frente a uma crise. Ou seja, quando ocorre uma desproporção entre a necessidade de recursos e os recursos existentes, toda unidade está previamente preparada com intuito de preservar desfechos desfavoráveis, minimizando complicações e óbitos (BRASIL, 2020).

RESTRIÇÕES DO PLANO PROPOSTO

As restrições para o “Plano de Retomada Segura para Garantia do Acesso Hospitalar no Contexto da Covid-19” podem ser definidas como limitações que comprometeriam a execução do cronograma proposto. São listadas as situações impostas no contexto de enfrentamento da Covid-19 que poderia afetar o desempenho e até o resultado da proposta.

1. Aumento da ocupação dos leitos Covid-19 para acima da faixa de Alerta da Conforme Portaria Nº 119-R, de 27 de junho de 2020 (parâmetro ideal 70% a 80%)
2. Aumento do R(t) por coronavírus para acima de 1,0 sustentado por

14 (quatorze) dias.

3. Crescimento sustentado casos regulados de Covid-19 por período maior que sete dias na porta de acesso (UPA/PA/Hospitais de Referência).
4. Configuração de surtos pelo registro de pelo menos três confirmações, por teste do RT-PCR, no mesmo ambiente, em um período de 14 dias entre os casos com vínculo epidemiológico e em populações específicas: indústrias, instituições de longa permanência de idosos (ILPI), penitenciárias, profissionais embarcados (navios e plataformas).

Foi estabelecida que caso fosse necessária, uma nova ativação de leitos e uma nova proposição para expansão em um plano de capacidade plena poderia ser organizada com programação em fases de acionamento e suas etapas de resposta, demandadas pelas necessidades de acesso hospitalar e curva epidemiológica da pandemia.

Logo, para a consecução do Plano de Contingência para Capacidade Plena da Rede Estadual de Atenção Hospitalar a ativação das fases subsequentes de expansão de leitos-Covid-19 em possíveis cenários de recrudescimento foi estabelecida como estratégia principal contingenciar a Rede de Urgência e Emergência às necessidades de acesso hospitalar para dirimir as condições de saúde agudas, crônicas e relacionadas ao novo coronavírus que demandassem internação. Esta abordagem foi a proposta para atenção plena e segura dentro da capacidade assistencial da rede, em um contexto da pandemia por SARS-CoV-2, a necessidade de otimização da rede na transição de leitos e possível novo aumento dos casos que requeiram internação por Covid-19 no Estado do Espírito Santo.

Esta proposta considerou sobretudo estudos e variáveis previstos pela Portaria Nº 171-R, de 29 de agosto de 2020, para os critérios de vulnerabilidade de impacto na operação plena e busca de garantias de acesso na Rede de Atenção Hospitalar Estadual pertencente ao Sistema Único de Saúde – SUS, com estimativas do alcance de mediana de ocupação dos leitos exclusivos para Covid, sobretudo de UTI. Assim sendo, as fases e os novos leitos foram programados de acordo com a ocupação em leitos potenciais de UTI da Matriz de Convivência de Risco do Governo do Estado do ES, de modo que se alcançasse o indicador conservador de “alerta”, parametrizado como 75% de ocupação como índice de segurança técnica.

Esta estimativa final ressalta o esforço que foi desenvolvido pelo Estado para a aquisição de equipamentos, a preparação de leitos e a mobilização de recursos humanos, na execução do Plano Estadual de Atenção Hospitalar Covid-19 (“Programa Leito para Todos” - Portaria SESA nº 071-R, de 26 de abril de 2020), na particularidade de cada município nos níveis de risco organizado pelo COE-GEVS-SESA, a partir do cruzamento dos dois indicadores coeficiente de incidência (ameaça) e taxa de ocupação de leitos de UTI para Covid-19 (vulnerabilidade). Este planejamento pretendeu e alcançou a manutenção da plena operabilidade do Sistema de Saúde Público capixaba, ainda que com o aumento da quantidade de casos confirmados (coeficiente de incidência). Logo, foi possível de preparar a rede para transição de leitos Covid-19 para não-Covid-19 a partir de sucessivas análises de tendências de longo prazo emitida pelos especialistas locais e nacionais.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foi consolidada no mês de julho de 2020 o alcance da disponibilidade máxima de leitos de UTI e Enfermaria para enfrentamento do novo coronavírus, considerando a capacidade de cada Unidade Hospitalar prevista no Plano de Contingência e na estratégia “Leitos para Todos” do Governo do Estado do Espírito Santo programado para este ano. Foram disponibilizados 715 leitos de UTI exclusivos para tratamento de casos graves do novo coronavírus e 817 leitos de enfermaria para tratamento clínico específico de Covid-19 no período de mitigação do primeiro ano da pandemia.

Com o objetivo de organizar a retomada de serviços das Unidades Hospitalares e para preparar as instituições da rede hospitalar estadual para a retomada segura e gradual da sua capacidade assistência, iniciou-se em 01 de agosto de 2020 a 1ª Fase de Transição de Leitos, advinda da pactuação entre os Gestores Hospitalares, equipe da Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde - SSAS e equipe Subsecretaria de Estado de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde – SSERCAS. Esta foi uma estratégia para a transição dos leitos de enfermaria Covid-19 para leitos não-Covid-19 organizada inicialmente somente na rede própria de gestão direta estadual.

Entre os dias 16 e 31 de agosto de 2020 e 01 a 15 de setembro de 2020, concluiu-se a 2ª fase e 3ª fase respectivamente, com a inclusão de hospitais da rede privada, rede própria e filantrópica, incluindo leitos de UTI Covid-19 não habilitados pelo Ministério da Saúde. Durante o período de 16 a 30 de setembro de 2020, concluiu-se a 4ª fase prevista de planejamento de transição de leitos.

Logo, todo quantitativo alcançado por Unidade Hospitalar envolveu a transição ou desmobilização de 260 leitos de UTI Covid-19 e 411 leitos de enfermaria exclusivas para o novo coronavírus, com alcance de 36,36% e 50,31%, respectivamente. Destaca-se que se não houvesse este planejamento, organizado e consecutivo, haveria uma ociosidade em 57,48% nos leitos de UTI e 75,15% na Rede Estadual de Atenção Hospitalar. Assim sendo, é demonstrado que a decisão durante os 60 (sessenta) dias estimados para esta reversão de leitos foi assertiva sucedida pela gestão técnica desta SESA.

Conforme destaques dos documentos técnicos propostos pela SESA, foi priorizado também a instituição da “vaga zero”, nos termos da Portaria Nº 055-R, de 02 de abril de 2020 e a Portaria 155-R, de 06 de agosto de 2020, que determina a continuidade do planejamento da retomada plena e de forma responsável, segura e paulatina das atividades hospitalares, principalmente as cirurgias eletivas e programadas, antes temporariamente suspensas, fortalecendo a essencial segurança dos profissionais e dos pacientes envolvidos na garantia deste acesso.

Ademais, destaca-se que a transição de leitos ocorreu em 04 Fases, sendo composta pela previsão inicial proposta em cronograma específico. Fases posteriores, como que ocorreu no mês de outubro de 2020 poderiam ser inseridas no processo de transição de leitos específicos para o novo coronavírus, de acordo com a avaliação da curva epidemiológica apresentada nos estudos do NIEE, instituído pelo Decreto Nº 4679-R, de 18 de junho de 2020. Logo, a transição final proposta poderia também ser interrompida e retornar à capacidade instalada inicial antes da transição, na rede própria e contratualizada (filantrópica) de acordo com restrições previstas de consecução.

Assim sendo, estabeleceu-se que os métodos e estratégias constantes no Plano seriam atualizados à medida que novas informações e conhecimentos forem adquiridos e reportados ao Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, em razão da complexidade e abrangência do tema, bem como incertezas e dinâmica

das ações necessárias ao enfrentamento à pandemia. Logo, os casos omissos ou excepcionais foram resolvidos em um comando único no âmbito da Secretaria de Estado, com base nos documentos e análises técnicas apresentadas. Portanto, todo plano tratou-se de previsões técnicas possíveis e para o período final planejado para 2020, previa-se a desmobilização dos leitos dedicados como exclusivos para a pandemia.

Cumprir destacar que para o último trimestre de 2020 foi estabelecido como estratégia de restrição, levando a sua interrupção imediata, o reconhecimento da fase epidemiológica de “nova onda” por parte da Subsecretaria de Estado de Vigilância em Saúde, caracterizada por nova fase de aceleração e de casos de coronavírus no Estado do Espírito Santo, com aumento de óbitos e internações hospitalares devido à Covid-19. Com aumento de óbitos e internações hospitalares devido à Covid-19, o cenário de reativação dos leitos antes em processo de transição ocorreu em dezembro de 2020, de acordo com os documentos técnicos elaborados. Para 2021, no mês de março, reconheceu-se a 3ª onda da pandemia no território capixaba, com nova estratégia de expansão de leitos dedicados à pandemia, em uma nova fase do “Programa Leitos para Todos”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo analisar e descrever a estratégia adotada pelo Estado do Espírito Santo para a transição de leitos covid para não Covid-19 na organização da Rede Estadual de Atenção Hospitalar na comprovação da queda sustentada de novos casos do novo coronavírus e aquelas que causariam internações hospitalares no 3º quadrimestre de 2020.

A transição de leitos ocorreu em 04 (quatro) Fases, sendo composta pela previsão inicial proposta em cronograma específico acordado em conjunto com as Unidades Hospitalares e as necessidades pactuadas para o processo regulatório. Fases posteriores, como a prevista no mês de outubro de 2020 poderiam ser inseridas no processo de transição de leitos específicos para o novo coronavírus, de acordo com a avaliação da curva epidemiológica apresentada nos estudos do NIEE, instituído pelo Decreto Nº 4679-R, de 18 de junho de 2020. Logo, a transição final proposta poderia ser interrompida e retornar à capacidade instalada inicial

antes da transição, na rede própria e contratualizada (filantrópica) de acordo com restrições previstas de consecução estratégica.

Cumprido destacar que para o último trimestre de 2020 foi estabelecido como estratégia de restrição, levando a sua interrupção imediata, o reconhecimento da fase epidemiológica de “nova onda” por parte da Subsecretaria de Estado de Vigilância em Saúde, caracterizada por nova fase de aceleração e de casos de coronavírus no Estado do Espírito Santo, com aumento de óbitos e internações hospitalares devido à Covid-19, o que ocorreu em dezembro de 2020 de acordo com os documentos técnicos elaborados.

Assim sendo, os métodos e estratégias constantes no Plano poderiam ser atualizados à medida que novas informações e conhecimentos forem adquiridos e reportados ao Secretário de Estado da Saúde, em razão da complexidade e abrangência do tema, bem como incertezas e dinâmica das ações necessárias ao enfrentamento à pandemia. Os casos omissos ou excepcionais foram estabelecidos como resolução pelo Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, em uma estratégia de comando único e decisão com base nas premissas técnicas estabelecidas. Portanto, todo plano tratou-se de previsões técnicas possíveis e para o período final planejado para 2020, a desmobilização de leitos que não retornariam para a rede estadual hospitalar, como os leitos da rede privada com fins lucrativos da rede suplementar de saúde.

Foi instituído que na necessidade, deveria ser priorizado também a instituição da “vaga zero”, nos termos da Portaria N° 055-R, de 02 de abril de 2020 e a garantia do acesso aos procedimentos eletivos pela Portaria 155-R, de 06 de agosto de 2020, que determina a continuidade do planejamento da retomada plena e de forma responsável, segura e paulatina das atividades hospitalares, principalmente as cirurgias eletivas e programadas, antes temporariamente suspensas, fortalecendo a essencial segurança dos profissionais e dos pacientes envolvidos na garantia deste acesso.

Recomenda-se, adicionalmente, a análise quanto a existência de cálculos oficiais para o quantitativo de leitos necessários para a programação de leitos dedicados à Covid-19. Desta forma, é necessário que se preveja tecnicamente a necessidade de expansão da Rede de Urgência e Emergência por Região de Saúde e demais Redes de Atenção e suas linhas de cuidados para o quantitativo

necessário da perfilização da Rede de Atenção Hospitalar, além do parâmetro final para necessidades para Covid-19 dos anos seguintes, conforme cálculos da portaria de “parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS” (Portaria N° 1.631, de 1° de outubro de 2015) ou outras técnicas oficiais correlacionadas.

Logo, conclui-se que a proposição técnica estabelecida para o quantitativo de leitos para serem transformados (rede própria e filantrópica) ou reduzidos (rede privada) do atendimento exclusivo para a Covid-19 para outras especialidades, estabeleceu-se como uma estratégia técnica-gestora de se repensar modelos que diminuam desperdícios e na contraposição do simplismo operacional “redução de custos”. Desta forma garante-se a ampliação do acesso e da qualidade assistencial de forma se agregue valor externo às expectativas do usuário do SUS, evitando assim, de maneira abrangente, o colapso da oferta de recursos hospitalares para a saúde pública. Caso existam novas metodologias, estas devem ser modelos de benchmark para todos os serviços públicos, nos limites das suas legislações pertinentes.

REFERÊNCIAS

AMIB – ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil. Disponível em https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf. Acesso em: 25 jul. 2020.

AMIB – ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do Covid-19 em medicina intensiva. Abril 2020. Atualizado em 10 de junho de 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/junho/10/Recomendacoes_AMIB-3a_atual.-10.06.pdf. Acesso em: 25 jul. 2020.

ANAHP - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. A crise dos hospitais norte-americanos em 2020 e estratégias de superação. Disponível em https://www.anahp.com.br/wp-content/uploads/2020/08/artigo-ADREMEDICI-2_VF.pdf. Acesso em: 26 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital Sírio Libanês. Projeto Lean nas Emergências. **Plano de Resposta Hospitalar a Covid-19**. Abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Brasileiro de Preparação para Enfrentamento de uma Pandemia de Influenza**. IV Versão. Brasília /DF. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus Covid-19**. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública COE-Covid-19. Brasília/DF. Fevereiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de

Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Brasília, 2020.

GOVERNO DE ESTADO DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Legislação. Enfrentamento Novo Coronavírus**. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/legislacao>. Acesso em: 22 ago. 2020.

GOVERNO DE ESTADO DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Mapa de Gestão de Risco**. Disponível em <https://coronavirus.es.gov.br/mapa-de-gestao-de-risco>. Acesso em: 22 ago. 2020.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NIEE - NÚCLEO INTERINSTITUCIONAL DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS. Instituto Jones dos Santos Neves. **Relatórios e Estudos**. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/observatorio-Covid-19/nucleo-interinstitucional-de-estudos-epidemiologicos/notas-tecnicas-niee>. Acesso em: 31 jul. 2020.

SESA - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Painel Covid. Panorama de Testes Disponíveis**. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/panorama-testes>. Acesso em: 22 ago. 2020.

SESA - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Boletins epidemiológicos**. Painel Covid. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 22 ago. 2020.

SESA - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Painel Ocupação de Leitos Hospitalares**. Painel Covid. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/painel-ocupacao-de-leitos-hospitalares>. Acesso em: 05 ago. 2020.

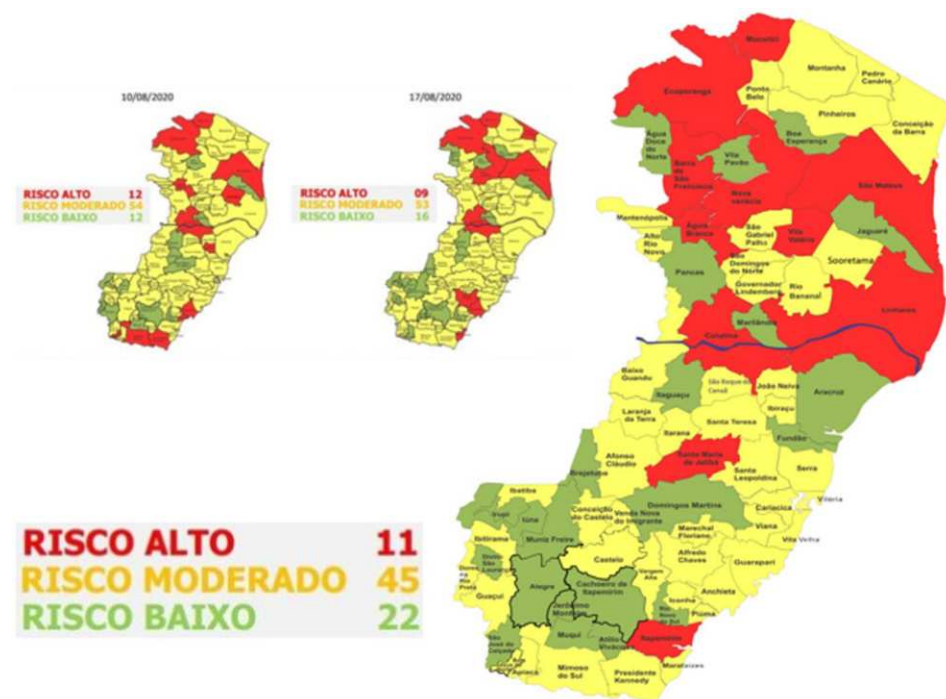
Figuras

Figura 1. Plano Estadual de Atenção Hospitalar Covid-19. PRESTAÇÃO DE CONTAS - 1º quadrimestre 2020 – FINAL



Fonte: <https://saude.es.gov.br/prestacao-de-contas>, 2020.

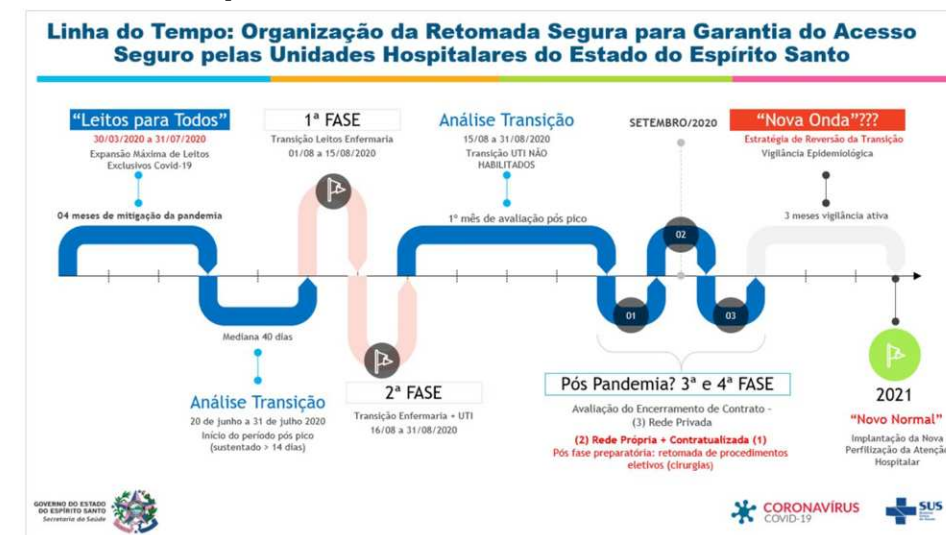
Figura 2. Mapa de Gestão de Risco – Medidas Qualificada Para o Novo Coronavírus. Portaria SESA nº 166-R, de 22/08/2020



AMEAÇA	COEFICIENTE DE ATIVOS DO MUNICÍPIO (CAM) 30% TESTAGEM POR 1000 HABITANTES (TP1000H) 30% MÉDIA MÓVEL ÓBITOS de 14 dias (MMO14d) 40%	EXTREMO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO EXTREMO
		SEVERO	RISCO MODERADO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO
		MODERADO	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO
		LEVE	RISCO BAIXO	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO MODERADO
			ADEQUADO (0 ≤ 50%)	ALERTA (>50% ≤ 80%)	CRÍTICO (>80% ≤ 90%)	PLANO DE CRISE (>90%)
TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS POTENCIAIS DE UTI - ESTADO						

Fonte: <https://coronavirus.es.gov.br/mapa-de-gestao-de-risco>, 2020.

Figura 3. Desenho lógico do Plano e Retomada Segura para Garantia do Acesso no Contexto da Covid-19 [elaborado pela autora]



O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA COVID 19: O CASO DO HOSPITAL ESTADUAL DÓRIO SILVA

Andréa Cardoso Dos Santos
Mayara Souza Serpa
Mirella Souza Alvarenga
Renata Carina Santos Abreu
Selma Tavares Maia Caetano

INTRODUÇÃO

O Hospital Estadual Dório Silva (HEDS) compõe a Rede Estadual de Hospitais do Espírito Santo. É um hospital público, localizado no município de Serra na Região Metropolitana de Vitória. Inaugurado em 1988 com o objetivo de ser uma unidade provisória, em modelo de hospital de campanha, mantém seu funcionamento há 33 anos ininterruptos com gestão direta pelo Estado (ESPÍRITO SANTO, [s. d.]).

O HEDS é considerado um hospital de alta complexidade, teve seus leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ampliados no contexto da pandemia de 40 para 90 e foi referenciado como leitos de retaguarda para casos de Covid-19 por duas vezes. Atualmente dispõe de 280 leitos hospitalares. Ainda oferta atendimento ambulatorial em 05 programas e 23 especialidades médicas.

A dinâmica hospitalar e ambulatorial foi bastante modificada neste cenário de crise sanitária – de referência para neurocirurgia, cirurgia ginecológica, torácica, vascular, proctologia e ortopédica transitou para leitos clínicos e de cirurgia geral, sendo ainda referência nos casos de urgência dialítica e porta aberta para abdômen agudo e hemorragia digestiva. O ambulatório também passou por mudanças e precisou elencar as prioridades dentre os atendimentos que ofertava.

O Serviço Social manteve-se na linha de frente em ambos os espaços participando da construção dos novos protocolos de atendimento com vistas a adequar a rotina e o atendimento contribuindo para a garantia do direito à saúde.

Neste cenário de pandemia e ampliação de leitos pudemos contar com o aumento da equipe de assistentes sociais para prestação de serviço a esta população, passando de 09 para 15, e para implantação do Serviço Social Noturno.

O SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL DÓRIO SILVA

O Serviço Social integra a equipe multidisciplinar na internação e no Ambulatório de Especialidades desde a fundação do hospital. Contribui na identificação dos determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais que interferem no processo de saúde-doença, atuando nas múltiplas expressões da questão social, sob os valores do projeto ético-político, visando à garantia de direitos aos usuários do SUS a partir da mobilização de recursos disponíveis.

No Ambulatório o serviço social conta com 02 assistentes sociais efetivas atuando nos 05 programas e 23 especialidades, integrando as equipes multiprofissionais dos programas e das especialidades, realizando atendimento aos usuários e familiares/rede de apoio, e articulação com as diversas políticas bem como atua nas discussões de novos processos de trabalho e organização dos serviços oferecidos. Os programas atendem pacientes com HIV, doenças reumáticas, doenças inflamatórias intestinais, fibrose cística e osteogênese imperfeita, cujo atendimento não pode paralisar, pois tais pacientes possuem doenças crônicas, e dependem de acompanhamento e medicações de uso contínuo. A interrupção do atendimento agravaria consideravelmente a situação de saúde desses pacientes. As vinte e três especialidades atendem pacientes de diversas/variadas regiões do estado, esses usuários buscam atendimento do serviço social para diversas/variadas demandas que surgem no decorrer do tratamento, as quais podem impedir ou dificultar o acesso e a continuidade do cuidado em saúde.

Na internação hospitalar, o serviço social atua compondo as equipes multiprofissionais das enfermarias (clínica médica (1, 2, 4), clínica cirúrgica, nefrologia), UTI's e UCI (semi-intensivo).

Antes da pandemia, a equipe contava com 09 assistentes sociais – 06 efetivas e 04 contratadas temporariamente, todas com carga horária de 40 h/semanais. A crise sanitária impôs a necessidade de ampliação da equipe a fim de manter a qualidade do atendimento. Foram contratadas mais 05 assistentes sociais

e 02 auxiliares administrativos. Lembramos que 01 assistente social permaneceu em trabalho remoto e outra foi direcionada para atividades que garantissem alguma proteção a ela, visto que faziam parte do grupo de risco – gestante e idosa com comorbidade. No período mais intenso da pandemia foi necessário ainda realocar uma das assistentes sociais do ambulatório para a internação.

Diante da urgência do distanciamento social, os(as) profissionais foram direcionados(as) para o trabalho remoto sem qualquer preparação, utilizando-se, em geral, de recursos próprios para a realização das atividades laborais. Os(as) profissionais acabaram, na maior parte dos casos, por utilizar seus notebooks, telefones celulares, pacotes de dados da internet, rede wi-fi, energia elétrica, entre outros recursos, para atender às requisições institucionais nesse período.

O trabalho remoto, conforme ensina Antunes (2020), tende a ser mantido após a pandemia, pois se mostra vantajoso do ponto de vista das instituições empregadoras. Nesse sentido, o ambiente pandêmico tem possibilitado um verdadeiro “laboratório” de experiências, tanto na esfera pública quanto na privada, resultando em maior exploração da força de trabalho e diminuição dos seus custos.

No que diz respeito aos(as) trabalhadores(as), contudo, os efeitos do trabalho remoto tendem a ser deletérios: diminuição das relações solidárias e coletivas no espaço de trabalho (justamente o espaço que possibilita, segundo o autor, “a consciência das reais condições de trabalho”), distanciamento dos sindicatos, tendência à eliminação de direitos, diluição das fronteiras entre “tempo de trabalho e tempo de vida”, intensificação do trabalho feminino, entre outros aspectos (ANTUNES, 2020). Com jornadas de trabalho extenuantes e enfrentando a diminuição das redes de apoio, visto que a pandemia alterou o funcionamento não só das instituições, mas também dos grupos familiares e comunidades, os(as) trabalhadores(as) vivenciam processos intensos de precarização de suas condições de vida e de trabalho, com repercussões, inclusive, quanto ao adoecimento físico e mental. Os(as) assistentes sociais não são poupados dessa realidade, na medida em que o trabalho remoto se desenrola em meio ao cuidado de filhos e idosos que coabitam, sobrecarregando, em especial, as mulheres (GARCIA; LEAL; OLIVEIRA, 2020).

Diante das mudanças, a equipe do Serviço Social continuou tentando manter a coerência e a coesão. Conforme sugeriu Matos (2020a) precisamos de um

lado retomar o acúmulo ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo da profissão, considerando o contexto de pandemia e, por outro, continuar agindo coletivamente. Isso possibilitou que as intervenções e participações do Serviço Social no processo de adequação do atendimento do HEDS junto à gestão e os demais setores durante o período de urgência em saúde refletisse o posicionamento coletivo mantendo os cuidados de prevenção a covid-19 para estes, para os acompanhantes e também para os profissionais de saúde, sem negligenciar o direito dos usuários nem assumir atribuições incompatíveis com a profissão. “E nesse sentido as ações das Assistentes Sociais devem se sustentar na leitura crítica dessa realidade compreendendo essa epidemia não apenas como um problema de saúde, que exige intervenções biopsicossociais, mas um problema que exige um posicionamento político” (GARCIA; LEAL; OLIVEIRA, 2020, p. 416).

O SERVIÇO SOCIAL NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA

O contexto de Pandemia da Covid-19 impôs ao Hospital Estadual Dório Silva-HEDS alterações em suas rotinas, como exemplo: o uso obrigatório de EPIs adequados para doenças infectocontagiosas para todos os profissionais de saúde; a suspensão de cirurgias eletivas e de consultas ambulatoriais de rotina; o direcionamento e aumento dos leitos para o atendimento aos usuários internados com suspeita/confirmado Covid-19, a suspensão das visitas nos hospitais públicos da rede Estadual e as mudanças nas rotinas aos acompanhantes.

As medidas restritivas de distanciamento e isolamento social e a nova perfilização do hospital como referência para atendimento aos usuários do SUS com Covid-19 apresentou ao Serviço Social novas demandas dos usuários e da instituição. Exemplo disso, é que coube a equipe do Serviço Social, após a publicação do Decreto Estadual de medidas restritivas 4593-R, comunicar aos familiares/responsáveis/ rede de apoio dos usuários internados a suspensão das visitas e dos acompanhantes. Esse distanciamento aumentou a demanda por informações dos usuários internados, o que implicou em novas estratégias para o atendimento a essas demandas, como exemplo, foi instituído o Protocolo de Boletim Médico Fonado, o Protocolo de Visita Assistida e o incentivo ao uso do aparelho de telefone celular nas enfermarias para os usuários que dispunham desse recurso.

Os impactos da pandemia da Covid-19 sobre o exercício profissional implicou na necessidade de um redesenho do processo de trabalho do serviço social no Hospital Estadual Dório Silva. Vinculado à perspectiva da defesa dos direitos sociais a equipe de Serviço Social participou da construção dos novos processos de trabalho da instituição, merecendo destaque a participação na criação dos Protocolos do Boletim Médico Fonado, Protocolo de Visita Assistida e na implementação do Serviço de Guarda – Volume. Além disso, a equipe teve que atualizar as informações da rede de serviços com objetivo de socializá-las aos usuários e reestruturar o Serviço Social com a implementação de um Serviço em período integral.

Após a contratação dos novos profissionais e considerando o aumento das demandas sociais e a importância de garantir espaço, independente do horário, para os usuários expor suas demandas e interesses foi implementado o Serviço Social Noturno, que conta um profissional plantonista. Dentre as considerações para implantação, vale mencionar: a importância do acolhimento familiar dos usuários na admissão, para entrevista social, registro em prontuário e o fornecimento das informações sobre as novas rotinas estabelecidas pela instituição; a organização das práticas articuladas às ações e serviços da instituição hospitalar; identificação dos recursos internos e externos a instituição para orientação aos usuários; participação na avaliação Multidisciplinar para autorização ao acompanhante, para os casos não previsto por lei no período da noite; do contato familiar para acolhimento, orientações relacionadas ao óbito e auxílio-funeral; e da interface com o Serviço Social Diurno a fim de referenciar e contra referenciar para continuidade do acompanhamento.

O plantonista do turno noturno enfrenta dificuldades relacionadas à articulação de rede necessários em algumas situações, porém realiza avaliação preliminar e estudo das expressões da questão social para continuidade do acompanhamento pelos profissionais do turno diurno. Assim, com a presença do (a) assistente social em período integral foi criando uma rotina que assegurou a participação do Serviço Social no processo de admissão, internação e alta hospitalar dos usuários.

O Serviço Social junto a Direção Clínica do HEDS construiu o Protocolo de Boletim Médico Fonado, no qual era de competência do Serviço Social o seu gerenciamento. Por meio das acolhidas sociais e com o consentimento dos

usuários lúcidos e orientados, a equipe do Serviço Social identificava a principal referência de cuidado do usuário internado e alimentava uma planilha com os números de telefone dos responsáveis, que era encaminhada à equipe médica, responsável pela passagem do quadro clínico dos usuários internados por meio do contato telefônico.

O Boletim Médico Fonado foi adotado por muitas instituições hospitalares do Espírito Santo, tendo em vista às medidas de restrição à população capixaba. O serviço social do HEDS apresentou como particularidade, o gerenciamento do Boletim Médico Fonado. Entendendo a urgência, a importância e o direito ao acesso de informações clínicas dos usuários internados aos familiares/responsáveis / rede de apoio, a equipe do serviço social se disponibilizou a gerenciar esse novo formato de Boletim Médico, tendo em vista a participação no processo, com as acolhidas; as requisições equivocadas para o serviço social de passagem do quadro clínico; a importância da contribuição do Serviço Social, com olhar crítico social, num momento de calamidade pública; e o atendimento, por parte da Direção, a solicitação da equipe do Serviço Social com relação ao redimensionamento e contratação de profissionais da área administrativa para auxiliar no Boletim Médico Fonado.

O Serviço Social junto ao Serviço de Psicologia construiu o Protocolo de Visita Assistida, que tinha como base o cumprimento de algumas condicionalidades, consistia na realização de uma visita supervisionada por um profissional de Serviço Social ou Serviço de Psicologia e teve como objetivo a adoção de práticas humanizadas, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização do SUS. A importância da manutenção e/ou fortalecimento de vínculos entre os usuários internados e seus familiares/responsáveis/ rede de apoio e percebendo as angústias e o sofrimento dos envolvidos, trazidas pela impossibilidade da entrada de visitantes, conforme rotina anterior ao período de Pandemia, a possibilidade da visita analisada e supervisionada por uma assistente social e/ou psicólogo (a), trouxe aos envolvidos outro formato de contato e garantia de uma atenção mais integral e humanizada à saúde.

Antes de tecer considerações a respeito da Implantação do Serviço de Guarda Volume no HEDS, faz-se necessário ressaltar que essa era uma demanda requisitada de forma equivocada ao serviço social. A equipe negava o recebimento

dos pertences, mas realizava contato com os familiares/responsáveis/ rede de apoio, conforme pedido da equipe assistencial e se colocava a disposição para construção de uma proposta referente a questão.

Esse cenário demanda dos/das assistentes sociais uma intervenção crítica, que possibilite o acesso à garantia de direitos, não se limitando a práticas impostas pela instituição, exemplo disso é a Guarda de Pertences. A cultura organizacional sempre a colocou como tarefa do serviço social a guarda de pertences, entretanto após anos de tensionamento com a comunidade hospitalar, o serviço social conseguiu demonstrar que essa demanda era institucional e não de competência exclusiva do Serviço Social. Conforme o Conselho Federal da categoria a(o) assistente social deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras (CFESS,2010).

No cenário de Pandemia, com as restrições impostas aos visitantes e acompanhantes, além do aumento de intercorrências clínicas com usuários internados e aumento da demanda aos profissionais de saúde, os pertences dos pacientes ficaram “soltos” no hospital e a dificuldade de encontrá-los, provocou o crescente número de reclamações no setor de Ouvidoria referente a essa questão. A instituição, após proposta do Serviço Social, colocou na agenda a discussão referente ao destino dos pertences dos usuários internados, mas que em algum momento não apresentava condições de se responsabilizar pelos mesmos. Assim, o Serviço Social participou de forma conjunta com alguns setores do processo de construção e implantação do Serviço de Guarda- Volume que se apresenta como uma conquista de respeito e segurança a toda comunidade hospitalar.

No atual cenário brasileiro caracterizada pela desigualdade social associado ao desmonte de políticas públicas, a pandemia da Covid-19 tornou ainda mais latente as contradições vivenciadas pelos trabalhadores e usuários do SUS, colocando inúmeros desafios para os encaminhamentos dados pelo Serviço Social do HEDS. “ [...] São tempos incertos que exigem reinventar processos de trabalho, estabelecer novos fluxos, fortalecer redes, e cada vez mais com recursos reduzidos” (GARCIA; LEAL; OLIVEIRA, 2020, p. 413).

Assim, a equipe percebeu a importância de se apropriar das informações referentes aos novos protocolos de atendimentos dos serviços da rede, como exemplo: da Defensoria Pública, dos serviços essenciais da política de assistência

social, dos abrigos à população em situação de rua e dos Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), com o fornecimento de cestas básicas, com o objetivo de socializá-las com a população usuária do SUS. Assim, criamos informativos que facilitava nos atendimentos e compreensão da população usuária dos novos protocolos desses serviços.

Neste contexto de crise pandêmica o/a assistente social, como todos os profissionais de saúde, também foi convocado a atuar nessa realidade com mais celeridade, porém compreendendo que suas atividades deveriam estar embasadas nas atribuições e competências previstas para o exercício da profissão. Exemplo disso foi a emergência por leitos, que colocou para a nossa categoria melhor organização da alta hospitalar, priorizando essa atividade com agilidade na comunicação aos familiares / responsáveis / rede de apoio, como também na solicitação do transporte sanitário eletivo. Outro exemplo foi a decisão da equipe de priorizar os atendimentos relacionados ao óbito, considerando as fragilidades emocionais da sociedade em decorrência da pandemia. Com o aumento no número de óbitos, a equipe de serviço social do HEDS reiterou seu compromisso, conforme o Protocolo de Óbitos do HEDS, com os atendimentos aos familiares/responsáveis e os encaminhamentos ao auxílio funeral, quando necessário.

O Ambulatório do HEDS que conta com 05 programas e 23 especialidades médicas também teve sua rotina alterada no período de pandemia pela Covid-19. O serviço social priorizou sua prática na garantia da continuidade do atendimento ao paciente, principalmente aos pacientes dos programas, uma vez que estes possuem doenças crônicas, as quais poderiam se agravar consideravelmente com a descontinuidade do tratamento.

Os programas do Ambulatório mantiveram os atendimentos aos usuários com o vírus do HIV, doenças reumatológicas, doenças inflamatórias intestinais, fibrose cística e osteogênese imperfeita. A maioria desses usuários faz uso de medicações que não podem ter seu uso interrompido e para garantir que a interrupção não ocorresse, o serviço social realizou um levantamento de todos os pacientes que dependem de medicação dispensada pela Farmácia Cidadã Estadual, a fim de garantir junto a equipe médica, responsável pelas emissões das receitas, os documentos necessários para que esses pacientes pudessem continuar tendo acesso aos seus medicamentos mesmo com a suspensão dos atendimentos ambulatoriais.

Foram também realizados contatos telefônicos com os pacientes e seus familiares a fim de informá-los que, mesmo em meio à pandemia, estes teriam seus direitos de acesso às medicações garantidos, uma vez que a mídia noticiava o tempo todo que os atendimentos ambulatoriais estavam suspensos.

Através de muito diálogo e parceria com a equipe médica, o serviço social também propiciou para alguns pacientes a teleconsulta entre o paciente e seu médico de referência no Programa, visto que em alguns casos não bastava a emissão da receita médica, mas também se fazia necessária a avaliação do tratamento e, por vezes, a mudança na medicação e na conduta do tratamento.

O serviço social ambulatorial também conseguiu garantir junto a sua coordenação e a gerência do Ambulatório, a continuidade dos atendimentos individuais aos pacientes e seus familiares, sendo estes de sua importância para que, através da escuta qualificada, pudéssemos compreender, as novas demandas advindas com a realidade da pandemia, contribuindo para revermos e direcionarmos nossa prática ao encontro do novo trazido pelas demandas apresentadas pelo paciente e pela instituição.

No novo, trazido pelo usuário, foi possível identificar a necessidade da manutenção dos acolhimentos aos pacientes do Programa de IST, uma vez que pacientes com diagnósticos recentes precisavam iniciar o tratamento e em virtude da pandemia muitos serviços apresentaram alterações em seus atendimentos, dificultando o acesso do paciente. Logo, o serviço social do Ambulatório, com a compreensão e o aval da coordenação do Programa e da Gerência do Ambulatório, deu continuidade aos acolhimentos aos pacientes com diagnóstico recente de HIV ou que estavam em abandono de tratamento e/ou advindos de outros serviços, possibilitando a estes o início e/ou a continuidade do tratamento.

Em relação às especialidades médicas, estas tiveram seus atendimentos interrompidos nos períodos críticos da pandemia, mas a partir dos atendimentos individuais do serviço social foi possível identificar as demandas dos pacientes, como a necessidade de receitas para acesso às medicações de alto custo bem como os laudos médicos para acesso aos serviços da previdência e assistência social. Frente à demanda apresentada, o serviço social fazia contato com a especialidade de referência, que em sua maioria estavam trabalhando na internação hospitalar, nos cuidados com os pacientes vitimados pela Covid-19, e solicitava os

documentos demandados pelos pacientes, garantindo assim que estes tivessem acesso aos benefícios almejados.

É importante ressaltar também, que mesmo em meio à pandemia pela Covid-19, o serviço social no Ambulatório, através das reuniões semanais com os profissionais atuantes nesse espaço, conseguiu manter as discussões para a adequação aos novos processos de trabalho e organização dos serviços oferecidos, permitindo a esses profissionais, tão envolvidos, expostos e fragilizados nesse período peculiar, a participação efetiva nos processos decisórios e nas mudanças ocorridas, expondo suas ideias para a manutenção de uma prestação de serviço de qualidade, e também expondo um pouco de seus sentimentos, permitindo a equipe refletir sobre a importância de revermos nosso processo de trabalho, mas também de estarmos unidos, cuidando uns dos outros, para que o adoecimento emocional não fosse mais um assombro para uma equipe já tão desgastada pela realidade posta.

Outra estratégia para fortalecer o Serviço Social institucional foi recorrer ao Conselho Regional de Serviço Social para solicitar alguma orientação e/ou acessar alguma normativa relacionada ao momento vivido no contexto da Pandemia na qual a categoria precisasse se apoiar. Participar do planejamento de fluxos de informação nos serviços de saúde; com a defesa de direitos, inclusive o direito à informação e sua democratização; propor protocolos de atendimento qualificados no interior dos serviços, inclusive com minuciosos processos de identificação dos(as) usuários(as) e sua realidade social, dando visibilidade às expressões da questão social na saúde; criar fluxos de articulação com a rede de saúde nos diversos territórios, particularmente entre os diversos níveis de atenção (primária, secundária e terciária); realizar articulação com os diversos serviços socioassistenciais a fim de defender a garantia de direitos dos(as) usuários(as) e a intersetorialidade das políticas no contexto da pandemia; elaborar materiais educativos e de informação em saúde e sobre direitos; realizar ações socioeducativas e de orientação sobre direitos e benefícios, entre eles o auxílio emergencial; realizar ações socioeducativas que desvelam o discurso negacionista sobre a pandemia junto aos(as) usuários(as) e familiares

Essas foram algumas das demandas e estratégias encontradas pela equipe do Serviço Social nesse contexto pandêmico. Entretanto faz-se necessário ressaltar os desafios enfrentados pela equipe na atual conjuntura. Dentre as dificuldades

observa-se questões comuns a todos os profissionais da saúde, como a insegurança dos profissionais com sua própria saúde, dada preocupação de serem infectados e da possibilidade de transmissão aos familiares; os afastamentos dos profissionais da equipe em algum momento por apresentarem sintomas da Covid-19; o cansaço e exaustão dos servidores resultante do trabalho direto ao enfrentamento a Pandemia.

Dentre os desafios próprios da categoria destacam-se: a estrutura não adequada para a equipe, com a transferência da sala de atendimento para outro local distante da sala de apoio, que consiste num espaço pequeno e com quantidade insuficientes de computadores para o devido suporte a equipe; a rotatividade dos profissionais em decorrência do encerramento de contratos que implica na cansativa instrumentalização dos novos profissionais em relação às rotinas e práticas institucionais; o desafio de um novo desenho do processo de trabalho, com o redimensionamento de profissionais pertencentes ao grupo de risco do trabalho presencial para o trabalho remoto; e apesar da contratação de novos profissionais, ainda consideramos insuficiente o número de profissionais, tendo em vista o aumento dos leitos e demandas sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observamos que frente às mudanças postas pelo contexto de pandemia e de ameaças ao direito à saúde, a unidade da categoria dentro da instituição foi condição para manter o compromisso ético-político do serviço social com a população usuária e para avançar na qualificação e aprimoramento das ações.

Inegável todas as dificuldades enfrentadas por toda população mundial nos últimos dois anos em decorrência do contexto pandêmico. Entretanto a Pandemia poderá deixar um legado para o SUS, caso mantenha a ampliação dos leitos, da estrutura física, das tecnologias e da contratação de recursos humanos. O Serviço Social do HEDS, inserido nesse contexto, observa que apesar das circunstâncias estabelecidas a política de saúde, teve espaço para discutir com a comunidade hospitalar questões relacionadas aos processos de trabalho da categoria, propor sugestões e participar da construção de protocolos e instruções de trabalho por meio de um olhar social crítico. Apesar do contexto, criou mecanismos e estratégias, que permitiu identificar e trabalhar os aspectos sociais, adotar práticas

humanizadas e democratizar as informações enquanto garantias e ampliação dos direitos dos usuários.

O desafio na SESA é percorrer o caminho da construção coletiva em tempos de pandemia, num cenário caracterizado pela exaustão e cansaço dos profissionais de saúde. As ameaças as políticas públicas e a manutenção de toda estrutura física, tecnológica e de recursos humanos apresenta-se, também, como desafios para sustentação do SUS, conforme preconizado em sua legislação. Dentre as possibilidades está o fortalecimento do SUS durante a Pandemia e a legitimação como política pública universal, que está a serviço das necessidades e interesses da população brasileira.

REFERÊNCIAS

CFESS - CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília CFESS, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 28 jul. 2021.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; OLIVEIRA, E. F. dos A. O trabalho do assistente social nos serviços de saúde em tempos de pandemia: velhos e novos problemas. In: GOMES, T. M. da S.; PASSOS, R. G.; DUARTE, M. J. (org.). 1. ed. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. Pag. 407-429. Disponível em: https://56e818b2-2c0c-44d1-8359cc162f8a5934.filesusr.com/ugd/35e7c6_f7bbaf8def984008baa1e9318e079ab7.pdf. Acesso em: 25 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. **Decreto n 4593-R, de 13 de marco de 2020**. Decreta o estado de emergência em saúde pública no Estado do Espírito Santo e estabelece medidas sanitárias e administrativas para prevenção, controle e contenção de riscos, dados e agravos decorrentes do surto de Corona vírus (Covid-19) e da outras providências.

MATOS, M. C. de. **A pandemia do coronavírus (Covid-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Rio de Janeiro, 2020a. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1JS6fDP8qGl0brTq2vHyxYJwvtwVwRB27/view>. Acesso em: 12 set. 2020.

MATOS, M. C. de. (Des) informação nos serviços de saúde em tempos da pandemia da Covid-19: uma questão ética e uma requisição enviesada ao trabalho de Assistentes Sociais. Rio de Janeiro, 2020b. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1TJPr4svDJJamlocu1SOSvwF1jv5u7eYo/view>. Acesso em: 12 set. 2020.

FONOAUDIOLOGIA: O CUIDADO INTEGRAL E A ÊNFASE NA COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA NO PACIENTE COM COVID-19

Mariela Pitanga Ramos
Willene dos Santos Machado Zorzaneli
Jacqueline Cardoso Ramos Ribeiro
Janaina Maria Maynard Marques

INTRODUÇÃO

Vivemos tempos árduos no Brasil e no mundo em razão da Pandemia da Covid-19, uma doença altamente contagiosa provocada pelo coronavírus (SARS-CoV-2), que é letal para algumas pessoas (em especial para idosos e portadores de algumas doenças), mas assintomático para outras.

A maioria das pessoas (cerca de 80%) se recupera da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Uma em cada seis pessoas infectadas por Covid-19 fica gravemente doente e desenvolve dificuldade de respirar (OPAS [ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA], 2021).

No mundo temos 186.638.285 casos confirmados de Covid-19 e destes 4.035.037 óbitos. No Brasil 19.069.003 casos confirmados e 532.893 óbitos (OMS, 2021). Já no Espírito Santo (ES), o primeiro caso foi confirmado em 05 de março de 2020 e desde então os números não pararam de avançar, conforme mostra a Figura 01 (ESPÍRITO SANTO, 2021).

O Governo do Estado do Espírito Santo, através da Secretaria de Estado da Saúde adotou estratégias e ações para o enfrentamento da Pandemia, com destaque para o investimento na ampliação de leitos da rede própria hospitalar.

No fim de abril de 2020 o número de leitos da Rede de Atenção Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) do ES, destinado ao tratamento da Covid-19 era 467, distribuídos entre 230 de UTI e 237 de enfermaria. Com o aumento de novos casos houve a necessidade de adequação dos espaços físicos dos hospitais próprios com construção de novos leitos e reformas dos existentes, além da

ampliação do número de leitos através da contratualização da rede filantrópica e privada. O número de leitos destinados exclusivamente a pacientes com Covid-19 na rede SUS do ES chegou a ter 1098 leitos de UTI e 1099 leitos de enfermaria (ESPÍRITO SANTO, 2021), o que permitiu que o Estado não entrasse em colapso como aconteceu em outros estados do Brasil.

A despeito da gravidade do problema, esse momento está contribuindo para o aprimoramento e fortalecimento do sistema público de saúde. Em primeiro lugar porque despertou nas autoridades e nos próprios servidores da saúde a necessidade de um maior engajamento de suas partes para a resolução dos problemas da área. O sistema público de saúde, e em especial os agentes estatais que fazem girar as suas engrenagens, estão sendo duramente testados; mas têm reagido à altura das dificuldades, com esforço, desprendimento e competência profissional sem precedentes.

A rede hospitalar própria, sob gestão da Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde - SSAS/SESA, é formada por 13 hospitais e destes 10 possuem o serviço de fonoaudiologia implantado (FIGURA 02). Durante a pandemia, 09 destes hospitais em algum momento tiveram leitos destinados a pacientes com Covid-19.

Em abril de 2020, o Conselho Regional de Fonoaudiologia- 6ª Região (CREFONO 6), reproduziu mais de 3000 kits e pranchas de CSA voltadas aos pacientes em tratamento da Covid-19, as quais foram elaboradas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O material foi distribuído para as instituições hospitalares públicas de seus dois estados de jurisdição, Minas Gerais e Espírito Santo, em parceria com a Secretaria de Saúde dos Estados. Para cada instituição contemplada foram encaminhados kits com 4 pranchas impressas em frente e verso, coloridas e plastificadas, uma carta de orientação e sensibilização para a efetivação da ação, direcionada aos gestores e profissionais das equipes de saúde dos hospitais que possuíam leitos para tratamento de Covid-19 (FIGURAS 03 e 04), cujo objetivo é auxiliar pessoas em situação de vulnerabilidade comunicativa pelo coronavírus. Por meio desse material, o paciente pode comunicar sentimentos, elaborar perguntas simples, responder questionamentos feitos por familiares ou pela equipe de saúde e fazer solicitações (MCRAE *et al.*, 2020; SANTORO, 2018). Frente ao contexto de pandemia e urgência na operacionalização e prática dos recursos, o material foi desenvolvido num único formato, porém,

partes das pranchas podem ser utilizadas de acordo com a demanda e condições comunicativas de cada paciente. O ideal, é que o material seja personalizado para maior adequação ao nível cultural, educacional e funcional de cada paciente.

As pranchas disponibilizadas são plastificadas para garantir um maior tempo de vida útil e facilitar a desinfecção do material, de acordo com as Comissões de Controle e Infecção Hospitalar, órgãos responsáveis pela criação, implantação, normatização e supervisão das medidas de prevenção e controle das infecções hospitalares. Da mesma maneira o cuidado deve ser tomado no uso de recursos de alta tecnologia tais como celulares, *tablets* ou *notebooks*. Sugere-se que os equipamentos sejam de uso individual, desinfetados e se possível, envoltos por plástico filme (SOUZA, 2017; PELOSI; SOUZA, 2015; FERREIRA; BEZERRA, 2010; DONINI *et al.*, 2013).

O PERCURSO DA FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR E O RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATUAL PANDEMIA POR COVID-19

A Fonoaudiologia enquanto ciência teve a sua regulamentação no Brasil em 1981 tendo a sua trajetória marcada pelo enfoque educacional, com o aprimoramento da língua oficial, o Português e, com o passar do tempo outras atribuições foram incorporadas, como adequações das patologias da fala para distúrbios médicos. O envolvimento médico fez com que a atuação fonoaudiológica expandisse a sua linha de atenção para outras necessidades terapêuticas passando também a atuar com sequelas neurológicas de acidentes vasculares cerebrais, outras doenças neurológicas progressivas, afasia, câncer de cabeça e pescoço, alterações da voz e a disfagia (MCRAE *et al.*, 2020).

Esse avanço propiciou o desenvolvimento de ações em cenários cada vez mais especializados como ambientes hospitalares, em especial as unidades de terapia intensiva (UTI) onde os pacientes eram primitivamente sedados e ventilados e, atualmente vem sendo demonstrada a necessidade de criar estratégias para promover maior integração da equipe com o paciente, especialmente na comunicação, para além do trabalho de restauração de funções essenciais como a deglutição, para recuperação mais imediata deste sujeito.

No Brasil, a atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar teve destaque no início da década de 1990, contribuindo com as equipes interdisciplinares no

diagnóstico e na reabilitação da disfagia, propondo e validando protocolos de rastreios, avaliação e controle da eficácia terapêutica (SILVA *et al.*, 2016). Essa atuação ocorre ainda a beira leito, em caráter precoce, preventivo, intensivo, pré e pós-cirúrgico, proporcionando respaldo técnico e prático à equipe interdisciplinar principalmente nas alterações de deglutição, com o objetivo de impedir ou diminuir as sequelas que as patologias de base pudessem causar (SANTORO, 2018).

O percurso da fonoaudiologia no âmbito hospitalar e nas UTIs é especificada por resoluções e pareceres em que estabelecem atribuições e competências aos profissionais quando na atuação nessas unidades (ANVISA, 2010; CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2021) e reconhecida pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Assim o fonoaudiólogo é o profissional que, compondo a equipe multidisciplinar, pode desenvolver intervenções para populações específicas como cardiopatas, neurológicos, quadros clínicos agudos e crônicos (traumas, tumores, lesões raquimedulares, insuficiência renal, infecções gerais, queimaduras e condições respiratórias) em um ambiente crítico de atenção a pacientes graves com necessidade de atenção especializada de forma contínua.

A permanência do paciente em UTI pode contribuir, em graus variáveis, para agravos nas habilidades de linguagem e fala, voz e deglutição tanto pela enfermidade de base quanto pela intervenção médica dispensada aos cuidados intensivos como a intubação endotraqueal, a traqueostomia, a terapêutica medicamentosa e permanência em ventilação mecânica prolongada (BRODSKY *et al.*, 2018).

No Espírito Santo, a atuação da fonoaudiologia no ambiente hospitalar tem sido ainda mais difundida no último ano em virtude da pandemia, tendo o fonoaudiólogo uma participação fundamental na reabilitação dos pacientes infectados, principalmente nos que desenvolveram a fase grave da doença, necessitando de intubação e sedação por longos períodos, evoluindo na maioria das vezes, para traqueostomia (TQT) e maior permanência em ventilação mecânica (VM).

Assim, a ampla inativa no leito adicionada à utilização de medicamentos bloqueadores musculares, sedativos e à exposição aos dispositivos invasivos, contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento de comorbidades como edemas e astenias da musculatura envolvida na dinâmica da deglutição e também para a diminuição na sensibilidade e mobilidade das estruturas orofaciais impactando, dessa forma, na deglutição dos alimentos, na perda do olfato e do paladar, na qualidade

da voz com a presença de rouquidão e, na coordenação das funções de deglutição e de respiração (MEDEIROS *et al.*, 2019; FRAJKOVA *et al.*, 2020).

Desse modo o foco da fonoaudiologia nas UTIs consistiu no restabelecimento da alimentação de forma segura, reduzindo sequelas pulmonares, e essencialmente na restauração das funções cognitivas e de compreensão e expressão do paciente (CELIN, *et al.* 2012; CARVALHO *et al.*, 2020) reduzindo o tempo de internação nesta unidade hospitalar.

Frente às estratégias utilizadas pelo Governo do Estado de ampliação de leitos, os Hospitais Estaduais Dr. Dório Silva, situado no município da Serra – região metropolitana e Silvio Avidos, em Colatina – região central, tiveram grandes mudanças em suas estruturas físicas e organizacionais. Diante dessas mudanças, com o aumento de leitos de UTIs e enfermarias, o trabalho da fonoaudiologia nos hospitais seguiu o desenvolvimento e as mudanças das instituições.

A intervenção fonoaudiológica nos pacientes infectados pelo coronavírus teve início nas enfermarias, os quais apresentaram sintomas como anosmia/hiposmia, ageusia e, fadiga respiratória contribuindo para engasgos e/ou tosse durante a deglutição. A redução da ingesta alimentar e os riscos para as complicações respiratórias, causadas por broncoaspiração, foram incidentes frequentes que demandaram maior atenção e decisões fonoaudiológicas quanto a indicação de via alternativa de alimentação, para garantia do aporte hídrico e alimentar. Posteriormente, os atendimentos terapêuticos nas UTIs foram direcionados aos pacientes pós-extubação, em VM prolongadas, traqueostomizados, apresentando sinais de desconforto respiratório e incoordenação entre respiração/deglutição, e também auxiliando à equipe no estabelecimento de estratégias de comunicação com os pacientes.

Este cenário do trabalho do fonoaudiólogo nas unidades teve uma maior visibilidade por todos os profissionais da equipe multidisciplinar, médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e equipe técnica e ainda, no reconhecimento das diferentes possibilidades de atuação fonoaudiológica dentro da UTI.

A disponibilização das pranchas de CSA, pelo CREFONO 6 em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), possibilitou além de divulgar a atuação fonoaudiológica no âmbito hospitalar, aspectos cognitivos e de

comunicação mas, sobretudo, garantiu o acesso à comunicação entre a equipe assistencial e o paciente, que ainda lúcido, mas impossibilitado de expressar seus sentimentos e necessidades por estar em suporte ventilatório ou em desconforto respiratório significativo que o impedisse de se comunicar verbalmente.

A importância desse instrumento para a mediação da comunicação possibilitou para a melhora do quadro clínico do paciente, favorecendo a expressão de suas angústias diante do isolamento dos seus familiares no período de internação, valorizando a assistência humanizada diante desse momento tão complexo.

As experiências vivenciadas pela equipe de fonoaudiologia diante de um contexto com novas realizações e expectativas trouxe menção a importância da implantação e implementação de tecnologias como a CSA, no Estado do Espírito Santo, possibilitando cada vez mais o restabelecimento da saúde, da qualidade de vida e dos aspectos psicossociais, reduzindo o tempo de permanência no âmbito hospitalar e promovendo a desospitalização de forma efetiva e segura aos pacientes.

IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO DO PACIENTE

A comunicação é um elemento fundamental à vida humana e para a vida em sociedade. É através da comunicação que expomos nossas ideias, sentimentos e necessidades; realizamos comentários e pedidos; interagimos com as outras pessoas, mantemos as relações interpessoais e nos constituímos como sujeitos (MCEWIN; SANTOW, 2018).

A comunicação pode ser verbal ou não verbal e pode se dar por expressões faciais e/ou corporais, gestos, fala, escrita ou qualquer outra forma que transmita um significado. No contexto hospitalar, a possibilidade de se comunicar efetivamente favorece a autonomia e a segurança para o paciente. Por outro lado, a dificuldade ou impossibilidade de se comunicar efetivamente seja pelo comprometimento na expressão ou compreensão, afetará a qualidade da interação entre paciente- equipe de saúde e paciente- família gerando ansiedade, medo, frustração, depressão (CARVALHO *et al.*, 2020).

De acordo com *The Joint Commission* (2010, *apud* FARIAS, 2017), os pacientes estão em vulnerabilidade comunicativa quando há falhas de comunicação com o interlocutor, gerando dificuldade de participação ativa do

indivíduo no seu processo de recuperação, desde o período de admissão até a alta hospitalar. Nesses casos, a introdução do uso da CSA torna-se fundamental.

A CSA é definida como “uma área de prática clínica, de pesquisa e de educação que visa compensar e facilitar, temporária ou permanentemente, padrões de prejuízo e inabilidade de indivíduos com severas desordens expressivas e/ou desordens na compreensão de linguagem. A CSA pode ser necessária para indivíduos que demonstrem prejuízos nos modos de comunicação gestual, oral e/ou escrita” (ASHA, 2005).

É considerada suplementar quando o indivíduo utiliza outro meio de comunicação para complementar ou compensar deficiências que a fala apresenta; e alternativa, quando o indivíduo utiliza outro meio para se comunicar ao invés da fala (MARQUES, 2021).

Além disso compõe uma das áreas da Tecnologia Assistiva pois visa a participação, a autonomia, a independência e a qualidade de vida de pessoas com dificuldades de comunicação (BRASIL, 2007; BERSH; PELOSI, 2006; BERSH, 2017; MARQUES, 2021).

A comunicação vulnerável raramente é reconhecida como fator que afeta diretamente o estado clínico e a recuperação do paciente que, muitas vezes, sofre com a dor física, psíquica, social e espiritual. A família, a equipe e a própria fonte pagadora do serviço de saúde prestado, muitas vezes, entendem como saúde ou bem estar a ausência ou controle da doença, sem considerar muitas vezes, as condições biopsicossociais como um todo (FARIAS, 2017; SANTIAGO; COSTELLO, 2015; FARIAS 2015; MARQUES, 2021).

Considerando a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), ratificada com valor de norma constitucional pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e promulgada pelo Decreto Executivo nº 6.949/2009, reconhece a importância do acesso à informação, comunicação e saúde, entre outros e, se compromete a identificar e eliminar todos os obstáculos e barreiras à acessibilidade e a Lei Federal n.º 13.146/2015 - Lei Brasileira de Inclusão que também se refere às barreiras nas comunicações e na informação como qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação. Torna assim a comunicação um direito garantido por lei.

ESTRATÉGIA CSA - O QUE É E BENEFÍCIOS

Ainda que a CSA seja uma tecnologia de atuação multidisciplinar, o fonoaudiólogo por ser o profissional responsável pela comunicação humana, é o profissional que, imprescindível no manejo do paciente crítico, avalia e cria estratégias que favoreçam a melhor comunicação possível assim como capacitar toda a equipe para esse propósito (CFFa, 1981). Infelizmente, no Brasil, a atuação do fonoaudiólogo no contexto hospitalar, ainda é predominante na área da disfagia (ZAQUEU, 2018; MARQUES, 2021) mas vem se observando, no entanto, uma mudança gradativa deste contexto de atuação.

Com a pandemia da Covid-19, o alto índice de internações de pacientes em vulnerabilidade comunicativa, provocou grande sensibilização de profissionais, familiares e da sociedade como um todo que passou a buscar recursos e outras estratégias para a viabilidade da comunicação, maior facilidade na interação paciente e profissional de saúde e monitoramento dos casos além da maior qualidade do serviço prestado, alta hospitalar mais rápida, redução do risco de outras complicações e disponibilização de leitos. Ao garantir a comunicação ao paciente, facilitando a compreensão e a expressão entre emissor e receptor das mensagens, promoveu conexões sociais, bem-estar pessoal, estabilidade emocional e clínica além do paciente conseguir participar ativamente do seu autocuidado e monitoramento dos sintomas e necessitar de menos sedação (FARIAS, 2021; ESTHER, 2020; MARQUES, 2021).

Os recursos de comunicação suplementar e alternativa podem ser de baixa ou alta tecnologia. Alguns dos recursos de baixa tecnologia são: pranchas impressas de pictogramas, fotos, alfabeto, números, palavras ou outros, papel e caneta ou quadro branco e pincel. Dentre os recursos de alta tecnologia, podem ser incluídos os *tablets* e *smartphones* e seus aplicativos, *notebooks* e seus *softwares*, acionadores, vocalizadores e os dispositivos de controle ocular (MARQUES, 2021).

O uso de imagens ao invés de palavras escritas ou faladas para se comunicar não é novidade pois estão presentes em nosso cotidiano nas placas de sinalização e na comunicação virtual, através dos *emojis* e figuras. É extremamente funcional por oferecer agilidade à comunicação tanto aos pacientes alfabetizados ou não quanto àqueles pacientes de origem de outros países e que não tenham intérpretes

disponíveis. Portanto, a resistência muitas vezes presente ao uso de figuras para facilitar a comunicação de adultos em vulnerabilidade comunicativa não procede (SANTIAGO; COSTELLO, 2015).

De igual importância, há a possibilidade de usar os recursos de comunicação suplementar e alternativa através da janela de vidro, quando for o caso de isolamento do paciente que favorecerá a efetividade da comunicação e a minimização da exposição e o risco de contaminação pelo profissional, mesmo com a limitação da interação social. Afinal, é de fundamental importância a garantia do aparato biopsicossocial dos pacientes e profissionais em vulnerabilidade comunicativa, sendo que, esses últimos, também podem estar em vulnerabilidade comunicativa por não conseguir entender bem o seu paciente, por não conseguir se fazer entendido pelo uso dos equipamentos de proteção individual ou pelo nível de compreensão do paciente além do stress pelo risco da contaminação (PORANGABA; MOURA; MELO, 2020).

Para a garantia do sucesso, é importante contar com uma equipe capacitada e treinada para a realização da avaliação do paciente, indicação, confecção e disponibilização do melhor recurso e no momento mais oportuno, bem como a orientação, sensibilização e treinamento de todos os envolvidos. O uso de prontuários humanizados onde são registrados dados referentes à forma de comunicar do paciente, códigos usados para responder SIM e NÃO são importantes para a padronização e unificação da intervenção, garantindo agilidade e funcionalidade na comunicação, além de informações pessoais como, o que gosta de fazer, nomes de familiares, time para o qual torce, músicas que gosta de ouvir, etc. para favorecer as interações sociais.

PARCERIA SESA-ES E CREFONO 6 - MATERIAL ELABORADO UFRGS

Em março de 2020, logo no início da pandemia no Brasil, um grupo multidisciplinar da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) desenvolveu pranchas de CSA compostas por símbolos gráficos do sistema ARASAAC, além do alfabeto, palavras, números, escala de dor e partes do corpo humano com o objetivo de auxiliar pessoas em situação de vulnerabilidade comunicativa pelo coronavírus. Por meio desse material, o paciente teve a

possibilidade de comunicar sentimentos, elaborar perguntas simples, responder questionamentos feitos por familiares ou pela equipe de saúde e, fazer solicitações (UFRGS, 2021).

A ISAAC Brasil – Associação dos Membros Brasileiros da *International Society of Alternative and Augmentative Communication*, grande parceira da ação, promoveu a tradução das pranchas para seis idiomas: espanhol, inglês, francês, italiano, alemão, chinês, além de ganhar uma versão em português de Portugal.

Uma versão digital, em desenvolvimento pela Universidade Federal de Pernambuco, vem trazer uma inovação que facilitará a comunicação para aqueles que têm necessidade de permanecer com o uso da CSA em casa, além de reduzir o custo por não demandar a impressão.

Após oito meses da distribuição dos kits, uma nova parceria foi criada entre SESA e CREFONO 6 a fim de avaliar a aplicabilidade dos kits de pranchas de CSA e os resultados da ação desenvolvida. Foi elaborado e distribuído um formulário de perguntas fechadas aos hospitais da rede própria e contratualizada que possuem leitos destinados ao tratamento da Covid-19, contemplados na ação. O formulário foi respondido por 28 participantes, de 11 hospitais da rede própria e 02 da rede contratualizada e apresentaram como resultados:

- 96,4% afirmaram terem recebidos os kits;
- 82,1% dos formulários foram respondidos por fonoaudiólogos, 14,3% por gestores e 3,6% por enfermeiros;
- 96,4% afirmaram que a equipe da instituição utilizou o material, categorizados da seguinte forma: 92,9% por fonoaudiólogos, 71,4% por técnicos em enfermagem, 67,9% por enfermeiros, 42,9% por fisioterapeutas, 39,3% por psicólogos, 14,3% por médicos, 10,7% por terapeutas ocupacionais, 10,7% por auxiliares de enfermagem e 14,3% nutricionistas;
- 89,3% afirmaram que não usaram as pranchas apenas com pacientes em tratamento da Covid-19 e 10,7% afirmaram que o material foi utilizado apenas por pacientes com Covid-19. O uso foi expandido para outros serviços especializados. Entende-se, portanto, a importância do uso de recursos de CSA para garantir a comunicação para pacientes em vulnerabilidade comunicativa independente da patologia.

- Quanto ao setor que mais utilizou o material, obtivemos: 50% UTI Covid-19, 21,4% UTI Geral, 17,9% enfermaria geral, 10,7% enfermaria Covid-19.
- 78,6% relataram não terem a política de implantação do serviço de CSA na instituição.
- Foram citados como principais benefícios desse trabalho em 85% melhorar a qualidade de trabalho junto ao paciente; 70% favorecer a expressão mais eficiente do paciente; 65% favorecer uma melhor compreensão e organização do paciente e 55% melhorar a qualidade de trabalho junto à equipe.
- Foram citados como principais dificultadores para o desenvolvimento deste trabalho: 45% considerou a falta de treinamento da equipe; 45% considerou a adesão da equipe; 25% considerou disponibilidade do profissional/ rotina; 15% considerou falta de treinamento do paciente; 10% considerou a adesão do paciente e 5% considerou a disponibilização do material. Destaca-se a importância da capacitação da equipe para garantir a adesão da equipe e do paciente bem como a disponibilização dos mesmos para a efetiva interação. Aquela que considerou a disponibilização do material como um dificultador trata-se da instituição que relatou ter quantidade insuficiente.

A partir desses dados, identificamos a necessidade da capacitação das equipes além da disponibilização do material para a maior funcionalidade do recurso e a possibilidade da implantação do serviço de CSA para além do serviço de atendimento aos pacientes com Covid-19, e para isso, sugerimos a criação de uma política de implantação do serviço de forma institucionalizada nos hospitais da rede estadual de modo a capacitar e instrumentalizar as equipes, favorecer o serviço de saúde cada vez mais humanizado, garantindo o trabalho multiprofissional e o direito à comunicação a todos os pacientes (MARQUES, 2021; SOUZA, 2017; FARIAS, 2017; PELOSI; SOUZA, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CSA se apresentou como uma importante estratégia comunicativa para pacientes críticos internados em razão de infecção por Covid-19 e isto foi perceptível tanto no aspecto biopsicossocial do paciente quanto para os profissionais que atuam de forma direta com o paciente proporcionando uma comunicação efetiva.

As experiências vivenciadas pela equipe de fonoaudiologia diante de um contexto com novas realizações e expectativas traz menção a importância da implantação e implementação de tecnologias como a CSA, na rede hospitalar do Espírito Santo, possibilitando cada vez mais o restabelecimento da saúde, da qualidade de vida e dos aspectos psicossociais, reduzindo o tempo de permanência no âmbito hospitalar e promover a desospitalização mais efetiva e segura aos pacientes.

REFERÊNCIAS

ASHA - AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. **Roles and Responsibilities of Speech-Language Pathologists With Respect to Augmentative and Alternative Communication: Position Statement** [Position Statement]. ASHA. Iowa City, IA. Disponível em: www.asha.org/policy. Acesso em: 17 jul. 2021.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Resolução Nº 7 Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. 24 de fevereiro de 2010.

BERSH, R. C. R. **Introdução à Tecnologia Assistiva**. Porto Alegre, 2017. Disponível em: https://www.assistiva.com.br/Introducao_Tecnologia_Assistiva.pdf. Acesso em: 17 jul. 2021.

BERSH, R. C. R.; PELOSI, M. B. Portal de Ajudas Técnicas. **Tecnologia Assistiva: Recursos de acessibilidade ao computador**. Brasília: MEC/ABPEE, 2006. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/tecnologia_assistiva.pdf. Acesso em: 17 jul. 2021.

BRASIL. **Ata VII Reunião do Comitê de Ajudas Técnicas**- CAT de 13 e 14 de dezembro de 2007. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (Corde/SEDH/PR). Disponível em: https://www.assistiva.com.br/Ata_VII_Reuni%C3%A3o_do_Comite_de_Ajudas_T%C3%A9cnicas.pdf. Acesso em: 17 jul. 2021.

BRASIL. AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Departamento de fonoaudiologia da AMIB. **Recomendações do Departamento de Fonoaudiologia da AMIB referente ao atendimento aos pacientes portadores ou com suspeita de COVID-19 na terapia intensiva e no ambiente hospitalar**. Publicação em 02 de abril de 2020. Disponível em: http://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/03/Recomendacoes_do_Departamento_de_Fonoaudiologia_da_AMIB_referente_ao_atendimento_ao_pacientes_portadores_ou_com_suspeita_de_COVID19_na_terapia_intensiva_e_no_ambiente_hospitalar.pdf. Acesso em: 17 jul. 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Fonoaudiologia. **Resolução CFFa Nº 604 Dispõe sobre a criação**

da Especialidade em Fonoaudiologia Hospitalar, define as atribuições e competências relativas ao profissional fonoaudiólogo especialista e dá outras providências. 2021. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_604_21.htm#:~:text=%E2%80%9CDisp%C3%B5e%20sobre%20a%20cria%C3%A7%C3%A3o%20da,especialista%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.%E2%80%9D Acesso em: 17 jul. 2021.

BRASIL. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007). **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência.** Vitória: Ministério Público do Trabalho, Projeto PCD Legal, 2014. 124 p. Disponível em: www.pcdlegal.com.br. Acesso em: 17 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 6.965, de 09 de dezembro de 1981.** Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2013/07/lei-No-6.965-de-9-de-dez-1981.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 16 jul. 2021.

BRODSKY, M. B. *et al.* Laryngeal Injury and Upper Airway Symptoms after Oral Endotracheal Intubation with Mechanical Ventilation During Critical Care: A Systematic Review. **Crit Care Med.**; v. 46, n. 12, p. 2010–2017, dez. 2018.

CARVALHO, D. N. *et al.* Comunicação Suplementar e/ou Alternativa com adultos e idosos no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Cefac**, 2020.

DONINI, C. *et al.* O. A atuação do (a) enfermeiro(a) no controle de infecção hospitalar: um relato de experiência. **Revista Vivências**, v. 9, n. 16, p. 10-19, 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Painel Covid-19 - Estado do Espírito Santo.** 2021. Disponível em <https://coronavirus.es.gov.br/painel-Covid-19-es>. Acesso em: 12 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. **Painel Ocupação de Leitos Hospitalares.** 2021. Disponível em <https://coronavirus.es.gov.br/painel-ocupacao-de-leitos-hospitalares>. Acesso em: 12 jul. 2021.

FARIAS, L. P. Diretriz Assistencial aos indivíduos em vulnerabilidade comunicativa e a comunicação suplementar e alternativa nas unidades de terapia intensiva. *In*: DELIBERATO, D.; NUNES, D. R. P.; GONÇALVES, M. J. (org.). **Trilhando juntos a Comunicação Alternativa.** ABPEE. p. 371- 382, 2017.

FARIAS, L. P. A Comunicação Vulnerável do Paciente na Unidade de Terapia Intensiva e a Comunicação Suplementar e Alternativa. *In*: CHUN, R. Y. S.; REILY, L.; MOREIRA, E. C. (org.). **Comunicação Alternativa: Ocupando Territórios.** São Carlos: Marquezine & Manzini, Cap. 12. p. 171-194, 2015.

FERREIRA, R. S.; BEZERRA, C. M. F. Atuação da Comissão de Controle Infecção Hospitalar (CCIH) na redução da infecção: um estudo no hospital da criança Santo Antônio. **Norte Científico**, v. 5, n. 1, p. 29-45, 2010.

MARQUES, J. M. M. Comunicação Suplementar e Alternativa em pacientes com COVID- 19. *In*: CESAR, A. M.; DUARTE, M. L. **Fonoaudiologia e COVID- 19: Guia de Intervenção.** Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2021.

MCEWIN, A.; SANTOW, E. The importance of the human right to communication. **Int J Speech**

Lang Pathol. V. 20, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17549507.2018.1415548>. Acesso em: 16 jul. 2021.

MCRAE, J.; MONTGOMERY, E.; GARSTANG, Z.; CLEARY, E. The role of speech and language therapists in the intensive care unit. **J. Intensive Care Soc.**, v. 21, n. 4, p. 344–348, 2020.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Coronavirus (Covid-19) Dashboard.** Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 12 jul. 2021.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha Informativa sobre a Covid-19.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 22 jul. 2021

PELOSI, M. B.; NASCIMENTO, J. S.; SOUZA, V. L. V. Pacientes Hospitalizados e a Comunicação Alternativa e Ampliada. *In*: CHUN, R. Y. S.; REILY, L.; MOREIRA, E. C. (org.). **Comunicação Alternativa: Ocupando Territórios.** São Carlos: Marquezine & Manzini. p. 195-209, 2015.

PORANGABA, M. I. M.; MOURA, M. L.; MELO, L. C. **Cuidando e orientando:** comunicação alternativa entre pacientes suspeitos ou confirmados de COVID- 19 e profissionais de saúde num hospital escola da cidade de Maceió. São Paulo, 2020. Disponível em <https://cietenped.ufscar.br/submissao/index.php/2020/article/view/1454/1110>. Acesso em: 17 jul. 2021.

RODRIGUES, E. C. *et al.* Vulnerabilidade Comunicativa em pacientes de cuidado intensivo: considerações das estratégias de atuação do fonoaudiólogo na pandemia. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 32, n. 3, p. 363- 366, 2020.

SANTIAGO, R.; COSTELLO, J. M. Comunicação alternativa e ampliada na UTI/primeiros cuidados: abordagem da vulnerabilidade comunicativa e aprimoramento do cuidado. *In*: CHUN, R. Y. S.; REILY, L.; MOREIRA, E. C. (Ed.). **Comunicação alternativa: ocupando territórios.** São Carlos: ABPEE, 2015. p. 157-170.

SANTORO, P. P. Disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. **Rev. CEFAC**, v. 10, n. 2, 2008. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/6rbvHfBjptLPjWD99c3znMJ/>. Acesso em: 16 jul. 21.

SILVA D. L. R. *et al.* Fonoaudiologia em UTI de doenças infecciosas. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 174-183, 2016.

SOUZA, V. L. V. Serviços e recursos de comunicação alternativa no ambiente hospitalar. *In*: DELIBERATO, D.; NUNES, D. R. P.; GONÇALVES, M. J. (org.). **Trilhando juntos a Comunicação Alternativa.** Marília: ABPEE. p. 355- 369, 2017.

UFRGS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Com Acesso. 2020. **Pranchas CAA para Hospitais.** Disponível em: <https://www.ufrgs.br/comacesso/pranchas-caa-hospitalar/>. Acesso em: 12 jul. 2021.

FIGURAS

Figura 01. Evolução dos casos confirmados de Covid-19 no ES

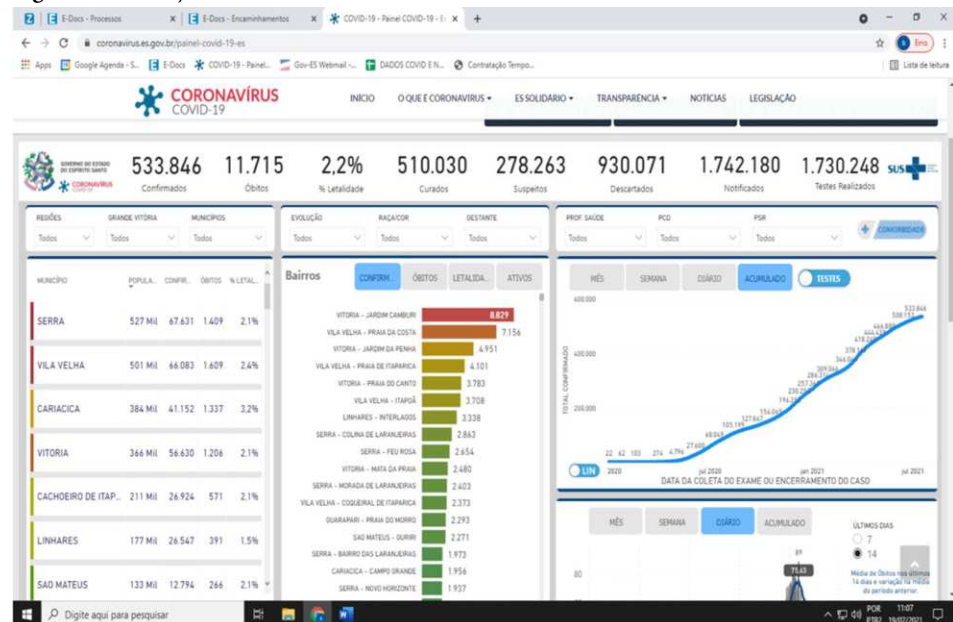
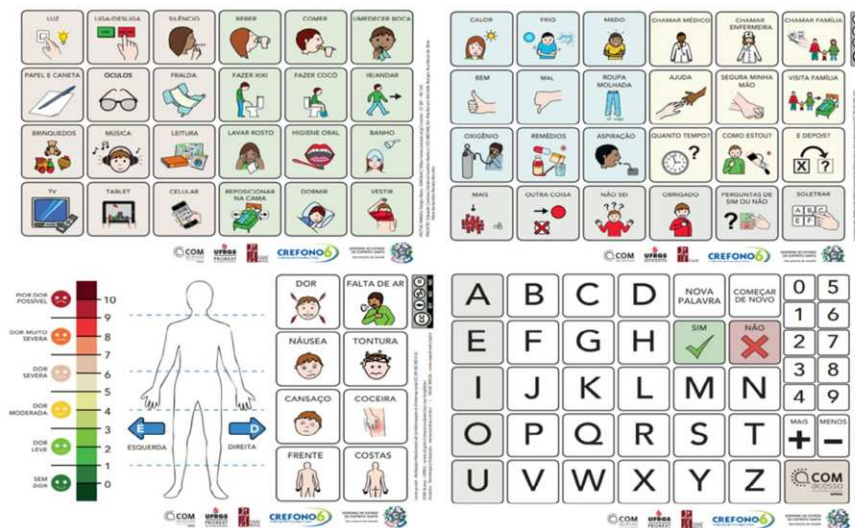


Figura 02. Distribuição dos Hospitais da Rede Própria nas Macrorregiões do ES



Figura 03. Pranchas de comunicação suplementar e alternativa



Disponível em: http://www.crefono6.org.br/arquivos/site/campanhas/prancha-hospitalar1_es.pdf e <http://www.crefono6.org.br/arquivos/site/prancha-3.pdf>

Figura 04. Tutorial para uso das pranchas



Pranchas de Comunicação Alternativa

Durante a internação hospitalar alguns pacientes podem fazer uso de ventiladores mecânicos ou outros procedimentos que limitam ou impedem a comunicação oral.

Esta prancha de comunicação foi elaborada a fim de auxiliar indivíduos em contextos hospitalares a expressarem suas necessidades. Desta forma, profissionais de saúde podem oferecer maior conforto e bem-estar ao paciente neste momento crítico.

Estima-se que ao ser acolhido em condições de expressar seus desejos e anseios, o paciente terá mais chances de resgatar sua saúde e receber alta hospitalar mais prontamente.

Recomendamos a impressão colorida e plastificação única com as páginas em frente e verso. A plastificação aumenta a durabilidade e permite a higienização do material.

Instruções para o uso das Pranchas de Comunicação

1. Diga ao paciente que esta é uma maneira alternativa de comunicação enquanto estiver com impedimento na comunicação oral;
2. Mostre ao paciente algumas das mensagens na prancha de comunicação; Demonstre como utilizar a prancha. Por exemplo: Se você estiver com frio, pode apontar para a palavra "frio" na prancha;
3. Mostre ao paciente a prancha de mensagens e a prancha de soletração. Diga ao paciente que ele poderá usar as letras para soletrar o que gostaria de falar como nomes de pessoas, frases curtas, etc;
4. Mantenha a prancha próxima ao paciente. Se estiver ao alcance, todos poderão se comunicar melhor através da prancha.

Se o paciente não puder utilizar suas mãos para apontar na prancha, você poderá auxiliar a comunicação através do seguinte método:

1. Estabeleça uma maneira que o paciente consiga comunicar uma resposta "SIM". (Ex. olhar para cima, piscar, movimentar levemente alguma parte do corpo, etc);

2. Aponte para cada grupo de mensagens ou linha sucessivamente e pergunte se a mensagem ou a letra está naquele grupo ou linha. (Ex. Está neste grupo/ linha?). Certifique-se de fazer uma pausa entre cada um dos grupos ou linhas;



3. O paciente irá responder com o "SIM" previamente estabelecido quando chegar no grupo, linha da mensagem ou letra que ele deseja comunicar. Não há necessidade que ele responda "NÃO". Atente-se apenas para uma resposta "SIM";

4. A seguir mostre cada quadrante no grupo/ linha escolhida pelo paciente. Certifique-se de fazer uma pausa em cada um dos quadrantes;



5. O paciente irá responder com o "SIM" previamente estabelecido quando chegar no item ou quadrante que ele deseja comunicar;

6. Se for utilizar a prancha de soletração, você poderá tentar adivinhar a palavra após duas ou mais letras serem escolhidas. Pergunte ao paciente se a palavra está correta.



Disponível em: http://www.crefono6.org.br/arquivos/site/campanhas/instrucoes_es.pdf

IMPACTO POSITIVO NO CONTROLE DO ESTRESSE E PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR AOS PROFISSIONAIS DO HEMOES PELAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

Sibia Soraya Marcondes
 Angela Rosa Félix
 Maria Carolina Figueiredo de Evaristo
 Nelyane Nascimento dos Santos
 Christiane Barbosa Lemos
 Alessandra Nunes Loureiro Prezotti
 Maria do Perpétuo Socorro Vendramini Orletti

BREVE HISTÓRICO DA APLICAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi oficializada no Brasil em 2006, após aprovação unânime pelo Conselho Nacional de Saúde e consolidada pelo SUS (BRASIL, 2006). As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde baseada em conhecimentos tradicionais. As indicações são embasadas no indivíduo como um todo, considerando os vários aspectos: físico, psíquico, emocional e social. Uma das abordagens desse campo é a visão ampliada do processo saúde/doença e da promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2018).

Evidências científicas têm mostrado os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares. Além disso, há crescente número de profissionais capacitados e habilitados e maior valorização dos conhecimentos tradicionais de onde se originam grande parte dessas práticas (BRASIL, 2018).

Dentre as 29 práticas institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, três foram escolhidas pela disponibilidade dos profissionais para a execução desse projeto e por atuarem no campo físico e emocional.

CONTEXTO DA APLICAÇÃO DAS PICS

No início do ano de 2020, com a pandemia da Covid-19, nos deparamos com uma situação nova e de emergência sanitária em todo o mundo. Nesse cenário, novos desafios com reflexos no âmbito pessoal e profissional surgiam a cada dia e a força de trabalho em saúde ocupa lugar de destaque, tendo em vista sua centralidade, especialmente reconhecida na manutenção da rede de assistência.

As limitações impostas pelo isolamento social e de familiares são indiscutivelmente grande fonte de estresse e impactam negativamente a todos. Este fato está associado ao maior impacto na saúde mental, especialmente sintomas de estresse e comportamentos de irritabilidade. Sabe-se também que a solidão e redução de interações sociais são importantes fatores de risco para transtornos mentais como a depressão e ansiedade (NABUCO; OLIVEIRA; AFONSO, 2020).

No que se refere especificamente aos trabalhadores da área da saúde, os principais desafios que estão sendo vivenciados no enfrentamento da pandemia são a elevada transmissibilidade do vírus, a falta de equipamentos de proteção e condições adequadas de trabalho, o isolamento social e de familiares, a sobrecarga de trabalho e os impactos na saúde mental, com adoecimento psicológico (NABUCO; OLIVEIRA; AFONSO, 2020).

A motivação deste projeto foi apresentar práticas integrativas e complementares de fácil aplicação, baixo custo, possíveis de serem aplicadas no ambiente de trabalho, sem interferir na rotina diária e que pudessem ser aprendidas, continuadas e replicadas em diversos ambientes a escolha do participante. Os idealizadores consideraram que o reflexo deste projeto poderia ir muito além do ambiente de trabalho no HEMOES, beneficiando também o ambiente familiar. O tema trabalhado estimulava o investimento na qualidade de vida e na promoção do autocuidado.

O projeto foi chamado de “CUIDAR HEMOES” e almejava o bem-estar do servidor no âmbito físico e emocional dentro do ambiente de trabalho, apresentando uma forma de acolhimento e cuidado integrativo através de três modalidades de PICS, como ferramenta alternativa complementar ao tratamento convencional.

Esperava-se com esta iniciativa oferecer auxílio de adaptação emocional para os servidores, uma vez que essas terapias também propiciam equilíbrio energético, refletindo na melhoria da qualidade de vida dentro do ambiente de

trabalho, diminuindo o nível de estresse, aumentando a autoestima e uma maior integração entre as equipes de trabalho.

Os fatores que propiciaram os principais impactos negativos para os profissionais de saúde do HEMOES foram: o medo de adquirir a doença e de levar para seus familiares, a incerteza de um tratamento eficaz, a falta de equipamentos de proteção, o adoecimento dos colegas de trabalho e aumento da demanda de trabalho. Esses fatores geraram quadros de ansiedade e pânico na maioria dos profissionais atuantes, mesmo que o local não fosse de atendimento diretamente relacionado para o tratamento da Covid-19. A crescente ocorrência de distúrbios emocionais acometendo os profissionais do HEMOES tornou mais crítica a situação de estresse entre eles. Nesse período tornou-se comum a ocorrência de profissionais com quadros de ansiedade e crises de pânico, levando inclusive ao afastamento de diversos servidores por essas questões. Foi observado uma redução do nível de concentração dos profissionais, favorecendo erros nos processos de trabalho, além da percepção de tensão e estresse no clima organizacional da alta gestão. Dificultando ainda mais a situação, também se verificou que boa parte estava propensa a solicitar afastamento de suas atividades, solicitando férias, licença sem vencimento e a intenção de mudar a área de atuação.

Apesar do quadro acima relatado havia necessidade de criação de novos protocolos de trabalho com frequência e de inúmeras adaptações às rotinas já estabelecidas. Isso gerava sensação de incerteza frente aos cuidados com as equipes de trabalho e com os clientes (pacientes e doadores). Por outro lado, tínhamos a certeza da responsabilidade que cabia ao HEMOES da necessidade de garantir o atendimento à população o que nos impulsionava a superar os desafios e estar aberto às adaptações.

Os desafios não cessavam e ao mesmo tempo impulsionaram uma busca de soluções criativas para reduzir os altos níveis de estresse e emoções negativas. As mudanças foram desafiadoras para toda sociedade e principalmente para os servidores da saúde. A visualização pela gestão de um panorama com possível colapso da força de trabalho e de todas as consequências negativas na execução dos fluxos de trabalho emergiu uma necessidade de direcionar cuidados à saúde dos profissionais. Nesse momento foi aventada a ideia de utilizar terapias alternativas para minimizar o quadro de adoecimento generalizado. Pensando na

saúde individual do trabalhador não só por questões de segurança e prevenção do Coronavírus, mas também considerando o aspecto psicológico foi proposta a aplicação das PICS de meditação, aromaterapia e auriculoterapia, com o intuito de diminuir o nível de estresse e proporcionar maior conforto, melhorar o clima organizacional e o nível de atenção, reduzir o absenteísmo, aumentar a motivação e promover o acolhimento aos servidores.

OBJETIVO DA INICIATIVA

O objetivo do projeto “CUIDAR HEMOES” foi promover o bem-estar dos profissionais do HEMOES pelas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, durante o início da pandemia da Covid-19.

ENTÃO VAMOS À PRÁTICA?

O projeto começou em abril de 2020 com a divulgação da proposta e inscrição livre para as equipes de trabalho. A princípio houve pouco interesse dos profissionais em aderir ao projeto. A principal causa deste comportamento foi o desconhecimento das práticas integrativas e dúvidas sobre a sua eficácia. Nesse momento foi importante fazer uma abordagem direta para sensibilização dos servidores e esclarecimento dos possíveis benefícios do projeto. Mesmo considerando que as PICS já estão consolidadas há algum tempo na atenção primária e a sua eficácia já ter sido comprovada cientificamente. Apesar disso ainda existe muito preconceito por parte dos indivíduos em experimentar ou conhecer estas formas de tratamento. Foi fundamental oferecer maiores esclarecimentos sobre as práticas para desmistificar os equívocos e aumentar a adesão dos participantes para colher os benefícios destas terapias.

O auditório do HEMOES foi utilizado para a aplicação das práticas por favorecer a criação de um espaço agradável para a execução das atividades. Na ambientação do auditório foi utilizada a aromaterapia durante as sessões da meditação guiada, com um difusor com óleo essencial de lavanda durante todas as sessões. O óleo essencial de lavanda foi escolhido por ter propriedades: calmante, antidepressivo, sedativo e relaxante, que auxilia nos casos de insônia, variação de humor, tensão nervosa, pânico e ansiedade, equilibrando e regulando o plano

físico, mental e emocional (ALVES, 2018). A meditação guiada foi selecionada por oferecer como benefícios a redução do estresse, ansiedade, melhoria da concentração e bem-estar (MENEZES; DELL'AGLIO, 2009). A aplicação dessa prática foi feita em 08 sessões, em conjunto com a aromaterapia, que iniciava com uma introdução do tema, por meio de uma apresentação com slides, seguida pela atividade prática da meditação guiada, respeitando as medidas de segurança e proteção (Figura 1).

Complementando as duas terapias já citadas, também ofertamos atendimento individual, em uma sala específica, com uma sessão de auriculoterapia a todos que participaram do projeto, sendo possível um cuidado personalizado para alívio de dores, problemas físicos e psíquicos (Figura 2).

A auriculoterapia constitui uma parte importante da Medicina Tradicional Chinesa, sendo atualmente um ramo na especialidade da Acupuntura. É um método pouco invasivo, o que faz com que seja bem aceito pelos pacientes. Assim, dentre os variados tipos de PICS, a auriculoterapia apresenta-se eficaz na melhoria no controle da ansiedade, humor e qualidade do sono (MELO, 2020). Em 1957, Paul Nogier, neurocirurgião francês, fez um estudo cuidadoso da orelha e das inervações auriculares, desenhando a figura de um feto invertido, correspondente ao formato da orelha, encontrando diferentes pontos para a estimulação neural e tratamento de diversas doenças (PRADO; KUREBAYASHI; SILVA, 2012).

As práticas foram selecionadas considerando a disponibilidade voluntária de profissionais que fazem parte do quadro de servidores do HEMOES, com baixo impacto financeiro e possíveis de serem aplicadas no ambiente de trabalho, com distanciamento mínimo do setor.

OS RESULTADOS DO PROJETO

Como forma de avaliar os benefícios e o impacto desse projeto após o período de realização das sessões, aplicou-se um questionário, via plataforma Google Forms, contendo 9 perguntas fechadas e uma com espaço de comentário livre. O questionário foi enviado por um link no email e/ou whatsapp, onde cada participante pode expressar seu relato de experiência e percepções a respeito do projeto de forma anônima.

O nível de receptividade dos participantes foi surpreendente, considerando ser a primeira iniciativa oferecida aos servidores como forma de autocuidado, apesar de muitos ainda desconhecerem as PICS e seus efeitos na saúde e bem-estar. 38% dos profissionais do HEMOES participaram do projeto e destes 54% responderam o questionário enviado. Foi possível observar que o projeto contou com participantes de todos os setores do HEMOES, sendo 58% eram do ciclo de coleta de sangue do doador, 25% área da administrativa, 8% ambulatório de hematologia e transfusão e 6% dos participantes trabalhavam nos laboratórios especializados, que corresponde ao laboratório de sorologia, hematologia, imunohematologia e hemostasia. O ciclo de coleta sangue dos doadores é o setor com maior número de profissionais, o que pode explicar a maior participação deste setor.

Interessante notar que 31% nunca tiveram contato ou não conheciam as PICS, contudo 33% conheciam todas. A aromaterapia era a prática mais conhecida, 28% dos participantes informaram conhecê-la. Em relação a meditação guiada 14% dos participantes informaram conhecê-la, já a auriculoterapia apenas 11%.

No total, 78% participaram de uma sessão do projeto, 17% de duas sessões, 6% de 3 ou mais. Todos gostariam de ter participado de mais sessões. Os benefícios na redução do estresse foram percebidos pela maioria, visto que 81% afirmaram benefícios na redução do estresse, 17% não souberam opinar e 3% afirmaram não ter sentido esse benefício. Avaliando um efeito de curto prazo das práticas adotadas constatamos que 92% afirmaram redução do stress no dia da participação e 3% não relataram esse efeito. Alguns participantes informaram benefícios mais duradouros, sendo que 64% relataram redução do estresse por vários dias após a participação e 14% não observaram esse efeito (Figura 3).

Percebemos na execução do projeto que os trabalhadores estimulavam seus colegas de trabalho a participarem e com as respostas do questionário, identificamos que de fato 94% indicaram o projeto para os colegas de trabalho. Organizadores e participantes gostariam que o projeto tornasse uma rotina no HEMOES, no questionário 94% informaram o desejo de perpetuação do projeto (Figura 4).

Esses fatos sugerem que as PICS ainda são muito pouco conhecidas e no grupo aplicado 1/3 teve contato pela primeira vez, porém após o contato com a terapia, experimentaram uma melhoria no seu estado de saúde e por essa razão a maioria recomendou a utilização para seus pares.

Na questão onde os participantes tinham uma forma livre e anônima para expressar suas percepções, a maioria dos comentários parabenizaram a iniciativa e ressaltaram os benefícios para sua vida. Vários comentários positivos puderam sugerir que nosso objetivo foi atingido, com benefícios na saúde dos servidores e reflexo positivo no estímulo ao trabalho:

Parabenizo a iniciativa do projeto. Cuidar dos colaboradores é essencial e esse projeto abre um leque de reflexões em como lidar com o nosso cotidiano. Obrigada pela oportunidade de participar (resposta anônima).

O resultado foi maravilhoso e me fez um bem enorme (resposta anônima).

Ótima iniciativa. Que esse projeto siga em frente, não pare, por favor. O cuidado com o funcionário gera motivação e um serviço de qualidade (resposta anônima).

Nessa época de muito estresse e ansiedade foi maravilhoso (resposta anônima).

Os comentários também demonstraram o desejo de manutenção do projeto e o quanto isso pode refletir no desempenho da equipe:

Foi uma experiência maravilhosa e se puder ter uma vez por mês vai contribuir muito com o bem-estar dos funcionários e melhorar nosso desempenho (resposta anônima).

Acho pertinente esse Projeto ser implantado como rotina pois influencia diretamente no bem-estar do colaborador e consequentemente na sua motivação quanto ao trabalho exercido (resposta anônima).

O projeto poderia permanecer ativo. Pelo menos enquanto estamos passando por esse momento tensão com essa pandemia. Interessante incluir atendimento psicológico, temos profissional lotado na instituição (resposta anônima).

Não conheço muito o projeto, pois sou um “novato”, mas pela pequena experiência que tive em uma das sessões, posso afirmar que o projeto tem uma grande importância para nós profissionais da área da saúde, em especial neste período caótico que estamos passando com a presença do Novo Coronavírus. Vários profissionais se desdobram em dois ou mais

vínculos para ter uma condição financeira, e acabam adquirindo um estresse muito grande, com o risco de adquirir outras comorbidades. Este tempo, por menor que seja, alivia a tensão no ambiente de trabalho, repõe as energias e, acima de tudo, aumenta o prazer de ser reconhecido. Espero que o Projeto Cuidar Hemoes continue após a pandemia, e que seja estendido aos outros serviços estaduais, levando um pouco mais de conforto e calma aos profissionais, estes que lutam constantemente por uma saúde pública melhor (resposta de Nelson, nome fictício).

Também foi possível observar os benefícios percebidos pelos servidores do HEMOES para além do ambiente de trabalho e alcançar suas famílias, pois todos estamos vulneráveis emocionalmente com o isolamento social imposto pela pandemia Covid-19.

Amei a meditação guiada, estou praticando em casa com minha filha, ela está adorando (resposta anônima).

Outra modalidade de apresentação dos resultados deste projeto foi por meio de uma produção científica do tipo pôster, apresentado no Congresso Brasileiro de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (HEMO), no período de 03 a 08 de novembro de 2020, no formato on-line (Figura 5).

Podemos concluir que as PICS contribuíram para o bem-estar dos participantes, sugerindo o impacto positivo que a utilização de PICS possuem no controle do estresse e bem estar dos profissionais. Uma constatação importante foi que a maioria indicou o projeto para os colegas e afirmaram benefícios de curta ou maior duração. É notável o fato que a maioria dos colaboradores lamentaram por ter se ausentado de alguma sessão, afirmando que gostariam de ter participado de mais sessões, o que poderia melhorar os benefícios observados. Os resultados motivaram a expansão do projeto para a utilização regular dessas práticas, o que poderá contribuir de forma mais eficaz com a promoção e prevenção da saúde dos servidores e a divulgação das terapias. Acreditamos que a nossa experiência pode servir como exemplo para outras instituições.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. **Óleo essencial de Lavanda (*Lavandula angustifolia*) no tratamento da ansiedade**. 2018. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/coqui/TCC/Monografia-TCC-Barbara.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. **Diário Oficial da União**. 22 Mar 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, DF: MS; 2006.

MELO, G. A. A. *et al.* Benefícios da auriculopuntura em profissionais de enfermagem atuantes na Covid-19 à luz da Teoria do Conforto. **Escola Anna Nery**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0311>. Acesso em: 28 jul. 2021.

MENEZES, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia: revisão de literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 2, p. 276-289, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/pcp/a/mZ3rqctVVfPzZHmp9kXJBr/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

NABUCO, G.; PIRES DE OLIVEIRA, M. H. P.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela Covid-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde?. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2532, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2532. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2532>. Acesso em: 28 jul. 2021.

PRADO, J. M. do; KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, M. J. P. da. Eficácia da auriculoterapia na redução de ansiedade em estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, p. 1200-1206, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/f3cFfyHzzxsYXN7TwDrDYL/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

FIGURAS

Figura 1. Sessões de meditação guiada com os grupos no auditório



Fonte: Fotografia dos autores (2020).

Figura 2. Sessões individualizadas de auriculoterapia

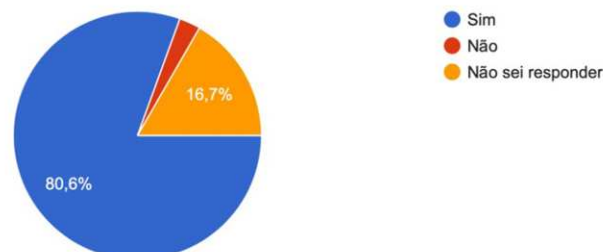


Fonte: Fotografia dos autores (2020).

Figura 3. Resultado da percepção da redução do estresse

5- Você acha que o Projeto Cuidar do HEMOES trouxe algum benefício na redução do stress proporcionado pela pandemia COVID-19?

36 respostas

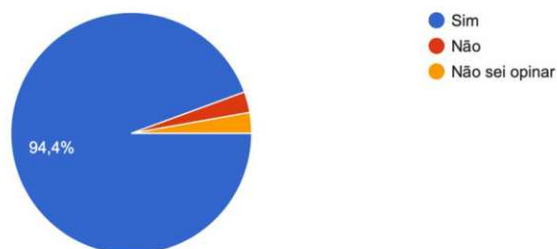


Fonte: Dados da pesquisa.

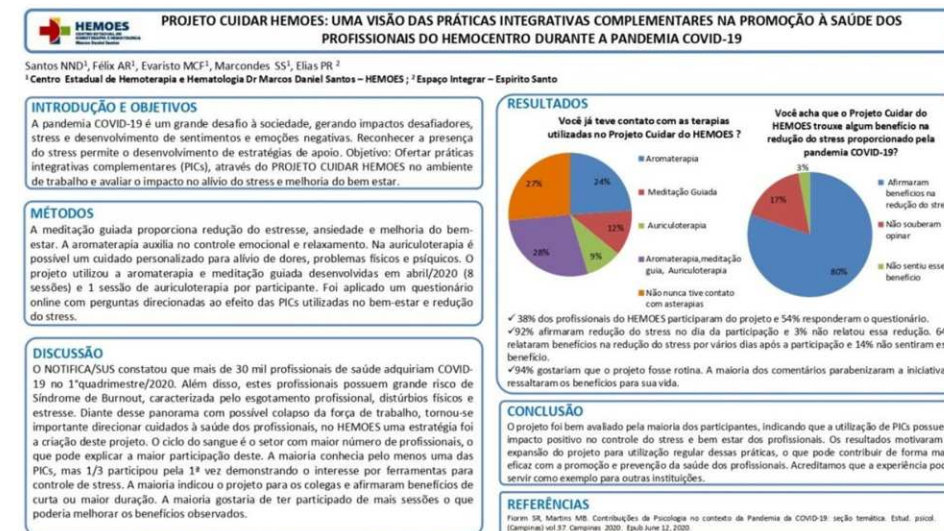
Figura 4. Resultado da intenção de manutenção do projeto

9- Você gostaria que o PROJETO CUIDAR HEMOES fosse implantado como rotina no HEMOES?

36 respostas



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 5. Pôster apresentado no Congresso Brasileiro de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (HEMO), no período de 03 a 08 de novembro de 2020, no formato on-line.

Fonte: Trabalho elaborado pelos autores (2020).



ÍNDICE REMISSIVO

A

Atenção Primária à Saúde 10, 12, 23, 24, 29, 34, 40, 41, 54, 70, 156, 165, 171, 174

C

Campanha de Vacinação 10, 11, 16, 18

Censo Hospitalar 82, 83, 84, 94

COVID – 19 94

Crise sanitária 9, 11, 18, 120, 121

E

Educação Continuada 34

Educação em Saúde 34, 171, 172, 174

Educação permanente 18, 20, 27, 28, 38, 88, 171

G

Garantia do acesso 7, 99

Gestão Assistencial 72

Gestão de leitos 13, 84, 86, 95

Gestão Hospitalar 85, 172

M

Medicina Hospitalar 12, 73, 75, 76, 78, 80

Monitoramento de leitos 13, 92

P

Pandemia 5, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 25, 26, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 54, 57, 60, 62, 63, 66, 67, 72, 73, 77, 79, 80, 84, 89, 93, 99, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 135, 139, 140, 145, 149, 151, 154, 155, 156

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde 14, 148, 151

Prevenção de doenças 31, 42, 43, 53, 148

Promoção à saúde 15, 43, 47, 48

R

Rede de Atenção Hospitalar 13, 80, 84, 87, 92, 105, 106, 107, 108, 110, 115, 132

Regulação do Acesso 86

S

Sistema de Informação em Saúde 94

T

Tecnologia de Informação 91

Tecnologias 11, 15, 18, 33, 130, 137, 143, 172

Trabalho em equipe 43

Trabalho remoto 122, 130

V

Vigilância em Saúde 24, 143

SOBRE OS AUTORES E AUTORAS

Alessandra Nunes Loureiro Prezotti

Possui Graduação em Medicina, Hematologista, HEMOES/ Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

Amanda Rocha Vieira de Mello

Especialista em Gestão em Saúde Pública e especialização em saúde coletiva em andamento, graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo (BRA). Atuou no Laboratório de Ciências Cognitivas e Neuropsicofarmacologia, no Laboratório de Neurotoxicidade e Psicofarmacologia (Programa de Pós-graduação em Ciências Fisiológicas, da Universidade Federal do Espírito Santo) e no Laboratório de Saúde do Adulto (Departamento de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Espírito Santo), de 2011 a 2014. Atuação profissional em Educação Permanente e em Estudos e Avaliação de Pele (2014-2019), foi presidente de núcleo de incentivo à pesquisa e da comissão de Sistematização de Assistência de Enfermagem em Vitória-ES (2016-2019), pesquisadora do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde ICEPi/Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo - SESA (2020-2022) e atualmente membro da área técnica da Rede Estadual de Urgência e Emergência do Estado do Espírito Santo (SESA).

Andréa Cardoso Dos Santos

Assistente social, especialista em Gestão em Saúde e Atendimento Sistêmico à famílias, Redes Sociais e Comunidades, Serviço Social do ambulatório de especialidades do Hospital Estadual Dório Silva

Angela Rosa Félix

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade Albert Einstein de São Paulo (2001). Atualmente é Enfermeira do Centro de Hemoterapia e Hematologia.

Barbara de Moura Nunes Rezende

Graduada em Relações Internacionais pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás -PUC/GO, com MBA em Gestão Empresarial pela Universidade Federal do Tocantins-UFT, pós-graduada em Gestão Estratégica na Área de Saúde pela Faculdade Educacional da LAPA - FAEL. Especialista em Gestão de Projetos, com o foco na Metodologia de Gestão Estratégica Orientada para Resultados - GEOR com desenvolvimento, coordenação e atuação em projetos de atendimento a pequenos negócios, elaboração de relatórios, pareceres e articulação institucional com stakeholders. Atua na Assessoria Especial da Subsecretaria de Estado da Atenção à Saúde - SSAS, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo - SESA/ES. Ainda no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo - SESA/ES, atuou como Gerente de Inovação no Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi e como gerente na Gerência de Contratualização da Rede Complementar, vinculada à Subsecretaria de Assistência em Saúde na SESA/ES. Atuou como gerente da Unidade de Atendimento e Soluções do Sebrae, com a atribuição de realizar a gestão estadual dos produtos e soluções do Sebrae, tais como: as carteiras de indústria, comércio, artesanato, serviços, agronegócios, economia digital, educação empreendedora, atendimento individual, serviços financeiros, inovação e tecnologia.

Breno Pereira Pinto Costa Santos

Enfermeiro graduado pelo curso em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo-UFES-CEUNES, pós-graduado em qualidade em saúde e segurança do paciente pela FIOCRUZ, experiência na Direção Assistencial no Hospital Roberto Arnizaut Silveiras, servidor público efetivo da secretaria de saúde do estado do espírito santos (SESA).

Camilla Verana Delboni Telles

Assistente Social, Especialista em Epidemiologia, Área Técnica Núcleo Especial de Atenção Primária (NEAPRI) – Gerência de Políticas e Organização de Redes de Atenção à Saúde – Subsecretaria de Atenção a Saúde – Secretaria de Estado do Espírito Santo.

Carolina Perez Campagnoli

Fisioterapeuta graduada pela Faculdade Salesiana de Vitória (2004), atualmente Centro Universitário Salesiano (Unisales). Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela EMESCAM, Especialista em Saúde da mulher pela Atlântica Educacional/Universidade Castelo Branco-RJ. MBA em Ensino Híbrido, Metodologias Ativas e Gestão de Aprendizagem. Experiência clínica em áreas diversas da Fisioterapia (Saúde da Mulher, Fisioterapia Geriátrica, Oncológica, Reeducação Postural, Pilates, Medicina Tradicional Chinesa (Auriculoterapia, Shiatsu, Ventosaterapia, Moxabustão) e Fisioterapia na Unidade de Terapia Intensiva). Professora do Centro Universitário Salesiano (Unisales) desde 2008, com experiência em estágios supervisionados na área de saúde da mulher e hospitalar, articulação de estágio e articuladora de Projeto Integrador, e docente nas temáticas de experiência clínica bem como Saúde Pública. Foi membro do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário. Funcionária pública pela Secretaria Estadual de Saúde desde 2014 atuando em UTI dos Hospitais São Lucas e Dório Silva e atualmente atuando na área técnica da SESA-ES no Núcleo Especial de Atenção Primária (NEAPRI) da Gerente de Políticas e Organização de Redes de Atenção à Saúde (GEPORAS)

Christiane Barbosa Lemos

Graduação em Serviço Social. Possui especialização pela Faculdade de Tecnologia FAESA (1998). Tem experiência na área de Serviço Social

Daniella Forza Gagno Correa

Possui graduação em Química pela Universidade Federal do Espírito Santo (2013), graduação em Farmácia pela Escola de Ensino Superior do Educandário Seráfico São Francisco de Assis (2005) e Especialização em Atenção Primária à Saúde pela Faculdade Pitágoras. Atualmente é servidora efetiva do Centro de Hemoterapia e Hematologia.

Daniela Camara Vieira dos Santos

Possui graduação em ENFERMAGEM - FACULDADES FEDERAIS

INTEGRADAS DE DIAMANTINA-MG (2003). Atuou como enfermeira de equipe saúde da família em Marilândia em 2004. Entre os anos de 2005 e 2006 esteve como coordenadora das equipes de saúde da família e programa de agentes comunitários em Colatina. Em fevereiro de 2007 iniciou trabalho como enfermeira de equipe saúde da família em Ponta da Fruta, em Vila Velha, finalizando suas atividades neste local em dezembro de 2012. Especialista em saúde coletiva, urgência e emergência e em atenção primária em saúde, se aperfeiçoou com cursos de atualização ao longo deste tempo de formação, considerando ainda experiência como docente para curso técnico de enfermagem no colégio Lusíadas em 2004, ministrando aulas de Saúde da Mulher e Saúde da Criança

Danielle Grillo Pacheco Lyra

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2003). Pós-graduação em Educação Profissional na área da saúde: enfermagem pela Fiocruz (2005) e Atenção Primária em Saúde (2011). Aperfeiçoamento em Vigilância Sanitária pela Fiocruz (2007). Experiência profissional em imunização, vigilância epidemiológica e atenção primária em saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde pública, imunização e vigilância epidemiológica.

Emília de Lourdes Marchette

Enfermeira, Especialista em Gestão de Projetos, Coordenadora do Programa de Qualificação Hospital do ICEPi – Instituto Capixaba de Ensino e Pesquisa, Secretaria Estadual de Saúde/SESA.

Érika Saiter Garrocho

Possui graduação em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário de Vila Velha (2002). Atualmente é Fonoaudióloga do Hospital e Maternidade São Luís e do Instituto Estadual de Saúde Pública/ES. Tem experiência na área de Fonoaudiologia, com ênfase em Fonoaudiologia Clínica e Reabilitação Auditiva

Flávia Maria Oliveira Saibel dos Santos

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo – Vitória (2015). Atualmente é RT Imunização da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem na Gestão e Gerenciamento.

Jacqueline Cardoso Ramos Ribeiro

Fonoaudióloga. Especialista em Motricidade Oral. Hospital Estadual Dr. Dório Silva - SESA/ES

Janaina Maria Maynard Marques

Possui graduação em Fonoaudiologia - Faculdades Metodistas Integradas Izabela Hendrix (2001). Atualmente é especialista em inclusão da Pontifícia Universidade Católica DE MG e fonoaudióloga clínica – Consultório Particular. Atua nas áreas de: Linguagem oral e escrita, Comunicação Suplementar e/ou Alternativa, Motricidade Orofacial e Disfagia, Fonoaudiologia estética, Fala e Voz.

Janaina Trindade Damasceno Bruno Oliveira

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (2006). Atualmente trabalha como assistente social no Hemocentro Regional de São Mateus e na secretaria de saúde do município. Ex-professora da Empresa Norte capixaba de ensino, pesquisa e extensão LTDA.

Jordana Cristina Santos da Silva

É especialista em Gestão de Saúde e de Pessoas na área Clínica Materno-Infantil, com MBA em Gestão de Saúde com Ênfase em Auditoria (UNESA, 2019), MBA Gestão Estratégica de Pessoas pela Universidade Estácio de Sá (UNESA, 2016), Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (2019), Enfermagem Obstétrica (2018) e em Enfermagem do Trabalho pela Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM, 2012). Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo

(UFES, 2011). Atuou como Enfermeira Assistencial e Coordenadora em Obstetrícia e Cuidados Neonatais na Maternidade do HIMABA (funcionária efetiva pública estadual - SESA, ES). Atuou na mesma instituição como membro da equipe técnica em comissão responsável pelo monitoramento, avaliação e controle do componente assistencial do contrato de gestão com a Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Espírito Santo e compôs o Núcleo Econômico-Financeiro (GECOS/ SESA-ES), na elaboração de projetos e análises em saúde, com ênfase em dimensionamento da força de trabalho e novos sistemas remuneratórios do mercado em saúde, atuando também como referência técnica em gestão hospitalar e apoio em melhoria no processo estadual regulatório. Possui experiência assistencial em serviços de urgência e emergência. Tem expertise em gestão, assessoria, execução e consultoria em saúde, qualidade, segurança do trabalho (coordenação, especialista, consultoria e analista), na condução e/ou desenvolvimento de equipes, projetos e processos. Possui ampla experiência em gestão hospitalar e em redes de atenção à saúde na elaboração de portarias, análises técnicas e estudos para tomada de decisão

Karine Melo Ferreira da Silva

Possui graduação em Odontologia pela Faculdade de Ciências do Tocantins (2018). Experiência em Terapêutica Medicamentosa, pelo projeto de extensão na Faculdade de Ciências do Tocantins (2017).

Luciana Barbosa Firmes Marinato

Possui graduação em Farmácia/Bioquímica pela Universidade Federal de Ouro Preto (2004), mestrado em Ciências Biológicas (Fisiologia e Farmacologia) pela Universidade Federal de Minas Gerais (2007) e doutorado em Fisiologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (2012), atuando principalmente nos seguintes temas: sistema de peptídeos natriuréticos, estradiol, ovariectomia, estrógenos conjugados equinos, senescência e radioimunoensaio. Atualmente é professora na Faculdade Vale do Cricaré (São Mateus-ES) onde leciona as disciplinas de Anatomia

e Fisiologia para os cursos de Educação Física, Fisioterapia e Enfermagem, disciplina de introdução à Farmácia para o curso de Farmácia, além de atuar como docente no curso de mestrado em Ciência, Tecnologia e Educação e como farmacêutica-bioquímica no Hemonúcleo de São Mateus.

Luciene dos Santos Rocha

Possui Graduação em Enfermagem pela Fundação Comunitária de Ensino Superior de Itabira (2009). Pós-graduação em Gestão da Qualidade em Saúde pelo Albert Einstein - Faculdade Israelita de Ciências da Saúde. Experiência na área de Enfermagem, Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente, com domínio das Ferramentas da Qualidade, Gestão por Processo, Gestão de Riscos, Gestão de Indicadores, Planejamento Estratégico, Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente, Auditoria Interna, Gerenciamento de Protocolos. Experiência com a implantação do Projeto Lean nas Emergências em parceria com o Hospital Sírío Libanês, PROADISUS e Ministério da Saúde. Experiência com a implantação do Projeto Paciente Seguro em parceria com o Hospital Moinhos de Vento. Experiência com os processos de Acreditação Hospitalar ONA.

Luisa Lirio Pela

Possui graduação em Psicologia pela Faculdades Integradas Espírito Santenses (FAESA) – 2020.

Mayara Souza Serpa

Assistente social, especialista em Gestão de Políticas Públicas, Serviço Social do Hospital Estadual Dório Silva.

Makerly Aguiar Boroto Goltara

Possui graduação em Medicina. Atua no Hemocentro Regional de São Mateus.

Maria Carolina Figueiredo de Evaristo

Bióloga, formada em Acupuntura, HEMOES/SESA.

Maria Fernanda Moratori Alves

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal Fluminense (2003), com experiência e especialização em Saúde Coletiva e Saúde Indígena. Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde na Fundação Oswaldo Cruz - Brasília, na linha de pesquisa de Vigilância em Saúde. Atualmente, coordeno o Núcleo Especial de Atenção Primária na Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Atuação na Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição - CGAN, do Departamento de Promoção da Saúde, no Ministério da Saúde, desenvolvendo ações para prevenção e controle às carências nutricionais na população brasileira, implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e no acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família no âmbito do SUS. Possui experiência com povos indígenas, onde atuou juntamente as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e equipe técnica do DSEI Xavante e Vale do Javari.

Maria do Perpétuo Socorro Vendramini Orletti

Possui graduação em Farmácia-Bioquímica pela Faculdade de Farmácia e Bioquímica do Espírito Santo (1984). Especialização em Hematologia Laboratorial pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia (2005). Mestrado em Doenças Infecciosas pela Universidade Federal do Espírito Santo (2012). Atualmente é farmacêutica-bioquímica do Hemocentro do Espírito Santo (HEMOES)

Mariela Pitanga Ramos

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Doutorado em Saúde Coletiva, em andamento, pela UFES. Especialista em Audiologia e Saúde do Trabalhador. Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Vila Velha. Servidora Pública na Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo (SESA-ES), lotada atualmente no Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi). Membro do Projeto de Desenvolvimento de Práticas Gerenciais Aplicadas à Inovação em Saúde (PGiS) na área de Comunicação em Saúde

do ICEPi; Interesses e pesquisas nas áreas de Comunicação e Saúde e em Educação em Saúde

Marina Lima Daleprane Bernardi

Graduada em Fisioterapia pela escola de Ciências da Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (2002), especialista em Fisioterapia Neuro-Funcional pela Universidade Castelo Branco (2003) e mestre (2011) e doutora (2019) em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (2011). Possui formação em Mobilização Articular e Neural, Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (método Kabat), Reeducação Postural Global, Dermato-funcional aplicado a Fisioterapia, Método Pilates. Atualmente, atua como referência técnica na Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde/SESA e como preceptora da faculdade Multivix Vitória nos temas: Promoção de Saúde, Práticas Integrativas e Complementares, Yoga e meditação, Saúde na Escola, Crescer Saudável, Academia da Saúde, entre outros.

Mirella Souza Alvarenga

Assistente social, Mestra em Política Social, doutoranda no PPG em Política Social/UFES e pesquisadora colaboradora do Núcleo de Estudo em Política Pública Fênix (SSO/UFES). Tem experiência em execução da política de assistência social e de saúde; formação de nível superior e educação permanente de trabalhadores do SUAS e do SUS.

Nelyane Nascimento dos Santos

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo - Vitória (2008). Atualmente é Técnico de enfermagem do Centro de Hemoterapia e Hematologia. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem hemoterapia.

Quelen Tanize Alves da Silva

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal de Santa Maria/RS, com aperfeiçoamento especializado pela Residência Integrada

em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde pela Universidade Federal do Pampa. É Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo. Área temáticas de atuação: gestão do trabalho e educação na saúde e políticas públicas em saúde e avaliação de tecnologias em saúde.

Raiany Boldrini Christe Jalles

Trabalhadora do SUS com graduação em Nutrição pela Universidade de Vila Velha (2010), especialização em Nutrição Clínica pela Universidade Gama Filho (2013) com experiência na gestão do serviço de Nutrição de um Hospital Público Infantil do ES. Atualmente cursando a Especialização em Saúde Pública com Ênfase na Interprofissionalidade pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em parceria com a UFES, com atuação profissional voltada para a organização da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Doença Crônica no âmbito do Estado e Referência Técnica do Sobrepeso e Obesidade da Secretaria Estadual de Saúde.

Renata Carina Santos Abreu

Possui graduação em Serviço Social pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (2008). É assistente social do Hospital Estadual Dório Silva. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social da Saúde. Coordenadora do Núcleo de Cuidados Paliativos desde 2018, participou da implantação em 2015. Especialista em Cuidados Paliativos pela Emescam desde 2018. Preceptora da Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos ICEPi/SESA.

Sabrina Lamas Costa

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira (2006). Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira (2006). Especialista em Regulação e Auditoria em Saúde, em Gestão em Saúde, em Atenção Primária a Saúde e em Gestão Hospitalar. Atualmente Enfermeira Reguladora bolsista no Projeto de Extensão e

Inovação em ambiente produtivo em saúde - Núcleo Interno de Regulação Hospitalar, Avaliação, Estruturação e Funcionamento na perspectiva sistêmica orientada por resultados no ICEPi/SESA. Possui experiência na área de enfermagem, atuando na assistência, Atenção Básica e Hospitalar, Gestão e Coordenação

Sibia Soraya Marcondes

Possui graduação em Medicina pela Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, especialização em Clínica médica pela Faculdade Santa Casa de São Paulo e em Hematologia e Hemoterapia pela Universidade de São Paulo. Mestrado profissional pela Universidade do Espírito Santo. Atualmente é professora de hematologia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória e atua como hematologista no Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo (HEMOES) e no Hospital das Clínicas do Espírito Santo. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Hematologia benigna e hemoterapia.

Síria Silene Domingos dos Santos

Dentista, Residente do Programa de Saúde da Família em UBS Sebastião Gonçalves, Nova Rosa da Penha II, Cariacica – ES.

Selma Tavares Maia Caetano

Assistente social, Especialista em Gestão em Saúde e Saúde Pública, Serviço Social do ambulatório de especialidades do Hospital Estadual Dório Silva

Simone Freitas Coelho Tosi

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Espírito Santo (2000), especialização em Pós-graduação em Gestão e Controle de Infecção Hospitalar pelo Instituto Brasileiro de Controle de Infecção Hospitalar (2008), Residência Médica pela Universidade Federal do Espírito Santo (2003) e Residência Médica pela Universidade Federal do Espírito Santo (2005). Atualmente é Médico da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (ES). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Clínica Médica

Sônia Cristina Plácido dos Santos

Doutora em Psicologia (Programa de Pós-graduação em Psicologia - UFES, 2021), Mestre em Saúde Coletiva (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - UFES, 2014), especialista em Práticas Integrativas e Complementares à Saúde (Faculdade Unyleya, 2021), e graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela UFES (2011). Atualmente Responsável Técnica em Capacitação e Supervisão do Programa Estadual de Imunizações (SESA/ES). Principais temas: Imunização, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Educação em Saúde, Qualidade de Vida Profissional, Estresse Ocupacional, Urgência e Emergência, Cuidados Paliativos.

Tamiris Cristine Ribeiro Ferreira

Enfermeira, especialista em urgência e emergência com ênfase em cardiologia, funcionária da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Espírito Santo, mestre em Doenças Infecciosas, pela Universidade Federal do Espírito Santo.

Tânia Mara Ribeiro dos Santos

Mestre em Saúde Coletiva, Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo (1996). Atualmente é professor titular da disciplina Saúde Pública na Faculdade Novo Milênio. Professora de Pós-Graduação da Faculdade UVV, EMESCAM, PIO XII e FAESA na disciplina Políticas Públicas de Saúde e Atenção Primária à Saúde. Trabalha na Secretaria de Estado da Saúde, na Vigilância em Saúde, Facilitadora de Metodologias Ativas do Hospital Sírio Libanês e Tutora do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação - ICEPI/SESA.

Vanilda Pagcheon Borges

Possui graduação em Serviço Social. Atua no Hemocentro Regional de São Mateus.

Willene dos Santos Machado Zorzaneli

Possui graduação em Fonoaudiologia pela Universidade de Vila Velha (2001), Mestrado em Fonoaudiologia (Patologias da Comunicação Humana)

pela Universidade Veiga de Almeida (2012), Doutoranda em Biotecnologia (Biotecnologia na Saúde). É participante do Grupo de Pesquisa CNPq: Núcleo de Ensino e Pesquisa em Oncologia, na linha de Pesquisa com Marcadores de prognóstico em câncer de cabeça e pescoço no Centro de Ciências da Saúde (CCS). Colaboradora/pesquisadora do Programa de Prevenção e Detecção Precoce do Câncer Bucal do Hospital Santa Rita de Cássia AFECC. Fonoaudióloga da SESA - Hospital Sílvio Avidos.

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-014-7

