

O DESAFIO DE HUMANIZAR A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
O Caso do Hospital Estadual Rocha Faria

SUMÁRIO

Pág.

1	DADOS DO CANDIDATO	3
2	APRESENTAÇÃO E PERFIL DA INSTITUIÇÃO	4
2.1	Serviços Objeto do Contrato	4
3	DESCRIÇÃO DO PROJETO	6
3.1	Gestão Contábil e Financeira	6
3.2	Gestão dos Recursos Humanos	6
3.3	Plano de Ação Estratégico	7
3.3.1	Gestão do Contrato	7
3.3.2	Humanização da Assistência Hospitalar	7
3.3.2.1	Humanização da Assistência Materno-Infantil	9
3.3.2.1.1	Projeto Cantinho do Papai	9
3.3.2.1.2	Projeto “Pai na Sala de Parto”	9
3.3.2.1.3	Projeto RG do Bebê	10
3.3.2.1.4	Projeto Shantala e Ofurô do Bebê	11
3.3.2.1.5	Projeto Espaço Jovem Mãe	12
3.3.2.1.6	Projeto Fisioterapia no Pré-parto	13
3.3.2.1.7	Projeto Mesa Redonda das Gestantes	14
3.3.2.1.8	Projeto Sorriso de Mãe	15
3.3.2.2	Humanização da Assistência Neonatológica	15
3.3.2.2.1	Projeto Canguru (Mãe e Pai)	15
3.3.2.2.2	Projeto Amigas do Leite	16
3.3.2.2.3	Projeto Redes	18
3.3.2.3	Humanização da Assistência a Pacientes Especiais	19
3.3.2.3.1	Projeto de Suporte da Manut. Da Saúde Bucal (Alta Nunca)	19
3.3.2.3.2	Projeto Pós-Serviço (Algoritmo de Acompanhamento do Serviço)	20
3.3.3	Certificação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança	21
3.3.3.1	A jornada rumo aos 10 passos do Aleitamento Materno	21
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
5	ANEXOS	
	Anexos - Humanização na Assistência Neonatológica, Materno-Infantil e a Pacientes Especiais e da IHAC	
	Anexos – Clipping de Reportagens sobre o HERF	

1. DADOS DO CANDIDATO:

JEFERSON MACHADO PEREIRA

Estrada do Monteiro, 323, Bloco 4, Apto 503, Campo Grande, Rio de Janeiro, RJ CEP 23.045-830 - Fone (21) 99885.0389 - jeferson.pereira@prosaude.org.br

FORMAÇÃO ACADÊMICA

- ↳ Especialização em Administração Financeira, Contábil e Controladoria – Em curso, pela Univel – INBRAPE (PR) - Cascavel (PR)
- ↳ MBA Executivo em Saúde pelo IBMEC Business School (RJ) - Belo Horizonte (MG) – 2000-2002
- ↳ Graduação - Administração Hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo (São Paulo) - São Paulo (SP) – 1989-1992

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- | | | |
|-------|-------|--|
| 12/12 | Atual | • Dir. Executivo Hospitalar do Hosp. Estadual Rocha Faria |
| 09/11 | 11/12 | • Coord. Op. dos Hospitais Reg. de Guaraí, P. Afonso, Araguaína, Paraíso, Arapoema e HPDT, no Estado do Tocantins |
| 03/11 | 09/11 | • Consultor da Pró-Saúde ABASH, São Paulo, SP |
| 02/10 | 02/11 | • Coord. Op. do Proj. Consultoria do Hosp. Geral do Estado de Alagoas, Maceió, AL e Hosp. Regional Público de Arapiraca, Arapiraca, AL |
| 08/08 | 01/10 | • Dir. Geral do Hosp. Reg. do Baixo Amazonas, Santarém, PA |
| 05/05 | 08/08 | • Dir. Adm. do Hosp. Policlínica Cascavel Ltda., Cascavel, PR |
| 11/03 | 05/05 | • Dir. Adm. do Hosp. Na. Sra. da Piedade, Lençóis Paulista, SP |
| 01/03 | 10/03 | • Dir. Adm. do Hosp. Reg. de Rondonópolis, Rondonópolis, MT |
| 09/00 | 12/02 | • Dir. Adm. do Hosp. Casa de Caridade Santa Tereza, Serro, MG |
| 01/93 | 09/00 | • Vários Cargos de Consultor a Diretor Administrativo em diversas instituições em várias cidades de diferentes estados |

2. APRESENTAÇÃO E PERFIL DA INSTITUIÇÃO

O Hospital Estadual Rocha Faria (HERF) está localizado no município do Rio de Janeiro, inserido na Área de Planejamento (AP) 5.2, com população estimada de 805.000 habitantes (fonte: CONASEMS – referência 2009) e IDH de 0,769, conforme informado no edital de seleção número 008/2.012, para gestão dos serviços assistenciais da Maternidade, UTI-Neonatal, Ortopedia e Traumatologia, Endoscopia Digestiva, Anestesiologia e Odontologia para usuários com necessidades especiais, no Estado do Rio de Janeiro, por entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social.

Trata-se de hospital de grande porte com atendimento de emergência, especialidades clínicas e cirúrgicas, Unidade de Tratamento Intensivo neonatal e de adultos e equipado com instrumentos para diagnóstico complementar tais como tomógrafo computadorizado e aparelho de ultrassonografia com Doppler.

O HERF estrutura-se com perfil de média e alta complexidade, para demanda de internação e ambulatório de acompanhamento pós-alta para ortopedia, tanto espontânea quanto referenciada através da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ).

O hospital oferece serviços de emergência geral e para trauma, ortopedia, cuidados intensivos adultos e neonatais, obstetrícia de baixo e alto risco, pediatria, medicina interna e cirurgia geral. Adicionalmente, provê suporte em especialidades cirúrgicas e especialidades clínicas.

2.1 Serviços Objeto do Contrato

O Serviço de Neonatologia atende aos recém-nascidos na instituição, tanto nos leitos de alojamento conjunto quanto na unidade de terapia intensiva e semi-intensiva neonatal.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do HERF está fisicamente estruturada com perfil de UTI porte II, para atendimento a usuários com agravos de suas condições decorrentes de enfermidades perinatais. A Unidade de Terapia Semi-Intensiva (USI) estrutura-se para a atenção a pacientes preferencialmente oriundos da UTI, que requeiram cuidados de enfermagem intensivos e observação contínua, sob supervisão e acompanhamento médico, sendo este último não necessariamente contínuo.

O Serviço de Odontologia para usuários com necessidades especiais (Sorriso Especial) oferece atendimento odontológico em ambiente ambulatorial e em regime de internação para usuários cujas limitações impossibilitem o atendimento em ambiente ambulatorial. O sucesso do tratamento destes usuários depende, além do conhecimento pelo cirurgião dentista, da conduta clínica usual, do conhecimento sobre a natureza e consequências das deficiências físicas, intelectuais, emocionais e sociais dos usuários e de sua capacidade de adaptação a tais condições, para oferecer o tratamento adequado para cada caso.

A Unidade Materno Infantil do Hospital Estadual Rocha Faria é destinada ao tratamento de baixa, média e alta complexidades de casos de gravidez de alto risco e

neonatologia, que requeiram atenção profissional especializada, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. Oferece atendimento aos usuários oriundos das unidades de saúde públicas de todo o Estado do Rio de Janeiro, que apresentam condições potencialmente recuperáveis e se beneficiem do tratamento especializado oferecido.

O Serviço de Anestesiologia oferece atendimento anestésico, pré-anestésico e pós-anestésico aos usuários das especialidades cirúrgicas do HERF, de forma ininterrupta, 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Apesar de previsto no edital, ao longo do ano não foram transferidas para gestão da OS as áreas de Ortopedia e Traumatologia e Endoscopia Digestiva do HERF.

3. DESCRIÇÃO DO PROJETO

3.1 Gestão Contábil e Financeira

De acordo com o contrato de gestão do HERF, foi estabelecido um orçamento anual, a ser repassado pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro em 12 parcelas mensais, cabendo à OSS Pró-Saúde ABASH, administrá-lo de forma a cumprir todas as cláusulas, metas quantitativas e indicadores qualitativos estabelecidos no edital.

A despeito do previsto no edital, ao longo do primeiro ano de contrato não foram transferidas para gestão da OSS as áreas de Ortopedia e Traumatologia e Endoscopia Digestiva do HERF. Assim, provisionamos parte do valor dos repasses mensais correspondente a tais serviços para posterior devolução à SES/RJ e trabalhamos somente com o orçamento destinado à Maternidade, Anestesiologia, Neonatologia e Sorriso Especial.

Não há como falar em geração de novas receitas em um contrato de gestão com orçamento definido. Nosso foco deveria ser a administração racional dos recursos, utilizando-os de forma responsável e criativa, agregando outros valores tangíveis e intangíveis, não previstos no edital, aos serviços de Neonatologia, Obstetrícia e Odontologia (Sorriso Especial).

3.2 Gestão dos Recursos Humanos

Quando da transição da gestão, foi definida a preferência de contratação dos servidores públicos que já atuavam no HERF. Logo percebemos que, havia um ambiente desfavorável às sugestões e participação em processos de mudanças, pois estavam acostumados com os trâmites administrativos da gestão pública e entendiam como normal a demora na solução dos problemas. A cultura organizacional era de conformidade com a situação vigente.

Precisávamos estimular em todos os colaboradores o sentimento de “inconformidade” com quaisquer situações que eles considerassem inadequadas, desde a parede suja, riscada ou mal pintada aos equipamentos danificados há muito tempo ou simplesmente faltantes.

Partindo desta premissa, reunimos em vários grupos todos os 700 colaboradores, transmitindo-lhes nosso entendimento sobre como deveríamos trabalhar. Nesse foco estavam os seguintes pontos:

- A personalidade jurídica do empregador havia mudado do Estado para a OS. Isto reduzia sensivelmente a quantidade de níveis hierárquicos que os separavam da Alta Direção;
- Não havia razão para a crença de que o HERF tivesse atendimento de qualidade inferior ao prestado pelo melhor hospital privado do estado;
- Foi solicitado a todos que se manifestassem inconformados com quaisquer situações que entendessem erradas, ou que pudessem ou devessem ser melhoradas;
- Todos foram encorajados a contribuir com sugestões e críticas, as quais sempre seriam ouvidas. Especificamente, este quesito (item) propiciou a geração da grande maioria das propostas que apresentamos neste trabalho;

- Foi salientada a necessidade de agilidade, estabelecendo-se o prazo máximo de 10 dias para a solução de quaisquer problemas, desde um conserto na pia, passando pela mudança de fluxo de atendimento, resposta à uma sugestão apresentada, até a aquisição de algum equipamento. Passado este período, as solicitações não atendidas deveriam ser reencaminhadas diretamente à Direção Geral para providências;

3.3 Plano de Ação Estratégico

Definimos as seguintes diretrizes como prioritárias para nosso primeiro ano na gestão do HERF:

1. Gestão do Contrato

Garantir o cumprimento integral do contrato firmado com a SES/RJ;

2. Humanização da Assistência Hospitalar

Humanizar a assistência através de ações que envolvessem toda a equipe e garantissem melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS.

3. Conquista da Certificação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)

Implantar os 10 passos da Amamentação e aprovar o serviço na avaliação da IHAC (certificado concedido pelo Ministério da Saúde com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF)

3.3.1 - Gestão do Contrato

Para controlarmos o cumprimento integral do contrato, transcrevemos todas as, cerca de 300 (trezentas) cláusulas de obrigações previstas no edital 008/2.012 para uma planilha eletrônica e definimos evidências específicas para cada uma, que deveriam ser apresentadas mensalmente à Direção para acompanhamento do **previsto “versus” realizado**.

Foi criada uma pequena biblioteca exclusiva para gestão do contrato, com pastas específicas para cada uma das cláusulas do Edital, as quais deveriam ser abastecidas mensalmente com cópias das evidências previamente definidas pela Direção.

Para acompanhamento das metas quantitativas e indicadores de qualidade, centramos nossos esforços implantando um plano estatístico e estabelecendo reuniões quinzenais ou mensais para análise dos dados e definição de estratégias para correção de rota. Ao final do primeiro ano de contrato, 100% das cláusulas assistenciais e administrativas haviam sido cumpridas e estavam devidamente evidenciadas.

3.3.2 Humanização da Assistência Hospitalar

Conforme citado anteriormente, logo após assumirmos a direção dos serviços de Anestesiologia, Neonatologia, a Unidade Materno Infantil e a Odontologia, notamos um sentimento generalizado nos colaboradores de acomodação e descrença em mudanças ou melhorias.

Apesar da expressão “*prestação de serviços*”, em um hospital, estar associada diretamente ao trabalho conjunto desenvolvido pelos profissionais que ali atuam, no caso,

seres humanos, o entendimento geral dos colaboradores em relação à melhoria da qualidade dos serviços prestados resumia-se a questões físicas, como pintura de paredes, reforma, aquisição de equipamentos, ou das condições de trabalho, como: aumento de salários, benefícios e outros.

Poucos associavam que o conceito de “*prestação de serviços*”, muito mais do que estrutura, está ligado à qualidade do atendimento prestado pelos profissionais que ali atuam. Quando a gerência de enfermagem argumentava com sua equipe a respeito de ações simples como apresentar-se às parturientes usando expressões cordiais como “bom dia”, “boa noite”, “com licença”, “por favor,”, ouvia como resposta que isto era “supérfluo” ou que “não fazia parte do trabalho deles”.

De um modo geral, podemos dizer que em processos de acreditação hospitalar, por quaisquer metodologias ou entidades certificadoras, 20 a 30% dos requisitos estão relacionados à estrutura, sendo os outros, 70% a 80%, relacionados à organização dos serviços prestados pelas equipes multiprofissionais.

Partindo desse pressuposto, o concentrar esforços e recursos na melhoria da qualidade dos serviços prestados pela instituição, em vez da aquisição de equipamentos sofisticados ou reformas na estrutura predial, poderia trazer muito mais benefícios aos pacientes a um custo significativamente menor.

Ainda que a tecnologia de equipamentos disponíveis não fosse muito avançada, o que havia estava em boas condições de conservação e atendia às necessidades do serviço. Assim, considerando o perfil da unidade, restou concluir que as ações e resultados que deveríamos buscar seriam aqueles que aproximassem cada vez mais a relação familiar entre pais, mães e filhos, do que as advindas dos mais sofisticados equipamentos. Humanizar era preciso e em todos os níveis da Instituição.

Apesar do grande valor de toda equipe, o atendimento no HERF estava muito distante disto, pois, apesar de previsto em lei, pelas normas da Instituição, até então, as mães não tinham direito a acompanhante de sua escolha durante o pré, intra e pós-parto de seus filhos.

Além disso, não existia o contato pele a pele e as crianças eram separadas da mãe logo ao nascer, retardando a primeira amamentação. Não havia estímulo fisioterápico à indução do parto, nem acolhimento com classificação de risco e a orientação sobre amamentação estava longe do ideal. O leite humano distribuído pelo Banco de Leite era escasso e insuficiente para atender a todos os recém-nascidos internados na UTI-Neonatólogica, não havendo alternativa, senão recorrer às fórmulas lácteas industrializadas, restando às mães observar passivamente, à distância, seus filhos internados nas incubadoras da UTI. Havia um longo caminho a ser percorrido.

3.3.2.1 – HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL

3.3.2.1.1 - Projeto Cantinho do Papai

Um dos passos rumo à humanização do atendimento às parturientes era garantir o direito de livre escolha do acompanhante para o parto. Contudo, esta era uma realidade ainda muito distante e que enfrentava resistência dos profissionais da saúde no Hospital.

Além disto, a estrutura física estava em desacordo com as normas de construção hospitalar e o espaço do pré-parto era muito exíguo e desfavorável à permanência dos pais ou acompanhantes.

Apesar das dificuldades, sabíamos da importância deste passo e de convenceremos toda a equipe quanto à necessidade de mudança de cultura. Como isto não ocorre da noite para o dia, optamos pela adoção da estratégia de implantação gradativa de filosofia no atendimento às parturientes.

Neste sentido, o primeiro passo foi a inauguração, em cinco de abril de 2013, do “Cantinho do Papai”, juntamente com a realização do I Fórum Iniciativa Hospital Amigo da Criança do HERF.

O Cantinho do Papai, uma sugestão da equipe da Obstetrícia, foi criado como um ambiente aconchegante, com televisão, água e café, para os pais, devidamente identificados, aguardarem o nascimento dos filhos em frente à porta do Centro Obstétrico. (Ver grupo de anexos 3.3.2.1.1).

Proibidos de permanecer no pré-parto, ambiente até então exclusivo para as mães, os pais passaram a ficar mais próximos e chamados a participar somente na fase final do parto de seus filhos.

Resultado do Projeto Cantinho do Papai (Custo X Benefício)

O investimento com mobiliário e reformas resumiu-se à pintura do local, e aquisição de um sofá e uma televisão. O custo de manutenção é apenas o de fornecimento de café e água para os pais.

Ainda longe de ser o ideal, este espaço foi um avanço e tornou pública a “*intenção*” da Direção do HERF e da Coordenação da Obstetrícia de qual era o rumo adotado em relação à garantia da parturiente da presença de acompanhante de sua escolha, inclusive do pai, durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato de seus filhos.

3.3.2.1.2 - Projeto Pai na Sala de Parto

Apesar de previsto na Lei nº 11.108 de 2005, o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, esta não era uma realidade no HERF.

Até então, nenhuma mãe havia gozado deste direito e precisávamos mudar este quadro, primeiramente, convencendo a equipe multiprofissional, especialmente os médicos, de que isto era viável.

A resistência da equipe era grande e não faltavam argumentos sobre a impossibilidade de aplicarmos a lei. Sabíamos que erros na execução seriam objetos de críticas, causando retardo e até mesmo retrocesso em nosso projeto.

Após a inauguração do “Cantinho do Papai”, redistribuímos a equipe de enfermeiros e deslocamos para o Centro Obstétrico somente enfermeiros especialistas titulados em Obstetrícia.

Treinamos toda a equipe de acordo com as normas da IHAC e em junho de 2.013 conseguimos a presença dos acompanhantes de livre escolha das parturientes para os partos normais.

A coordenadora de enfermagem assumiu a responsabilidade direta pela condução da equipe durante o primeiro parto na história do HERF a contar com a participação do pai no nascimento de seu filho. Foi um dia muito comemorado por todos. (Ver grupo de anexos 3.3.2.1.2).

Os partos normais representavam 65% dos nascimentos. Logo, a equipe começou a olhar favoravelmente a presença dos acompanhantes. A emoção destes ao presenciar o nascimento dos bebês contagiou e motivou toda a equipe, gerando maior satisfação pelo trabalho. A maior parte da estrada já havia sido vencida, mas ainda faltavam passos a serem percorridos.

Nos meses seguintes os acompanhantes passaram a ter direito a acompanhar também o pré-parto, cortar o cordão umbilical e, finalmente, assistir aos partos cesáreos.

Resultado do Projeto Pai na Sala de Parto (Custo X Benefício)

Não elaboramos nenhum estudo para avaliar cientificamente os benefícios da presença do direito a acompanhante na sala de parto. Assim, por enquanto, trabalhamos com uma expectativa de melhora detectada na publicação do estudo publicado na Revista Gaúcha de Enfermagem (*Tomeleri KR, Pieri FM, Violin MR, Serafim D, Marcon SS. “Eu vi meu filho nascer”: vivência dos pais na sala de parto. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2007 dez;28(4):497-504.*), em que foi detectado que as experiências foram percebidas como benéficas pelos pais, e confortante, tranquilizante e calmante para as parturientes.

3.3.2.1.3 - Projeto RG do Bebê

Em março, primeiro mês efetivo de nossa administração, conseguimos encaminhar ao cartório instalado no HERF somente 62% das crianças nascidas no período.

Após conversarmos com os familiares, tentando identificar as dificuldades pelas quais passavam para registrar seus filhos no próprio Hospital, resolvemos buscar apoio da 13ª RCPN/RJ (Circunscrição do Registro Civil das Pessoas Naturais do Rio de Janeiro) para a ampliação do horário de funcionamento, que passou a atender também no horário de visitas.

Para estimular os pais a registrar seus filhos no próprio Hospital, duas auxiliares administrativas tiveram a ideia de presentear as mães que registrassem seus filhos com uma carteira de identidade dos seus bebês. Esta ideia evoluiu e a carteirinha passou a

acrescentar dados importantes do RN, como: peso, tamanho e fator RH (Ver grupo de anexos 3.3.2.1.3).

Sem valor oficial e legal, esta pequena ação logo se transformou em objeto de desejos das mães, colaborando para o aumento do número de registros, indo ao encontro às políticas públicas de erradicação do sub-registro civil.

Conseguimos aumentar os registros de nascimentos ainda na maternidade de 62% em fevereiro para um pico de 88% em julho e média acima dos 80% no último trimestre de 2.013, mesmo limitados pelo fato do cartório não funcionar aos finais de semana e feriados (Ver grupo de anexos 3.3.2.1.3).

3.3.2.1.3.1 Resultado do Projeto RG do Bebê (Custo X Benefício)

A um custo muito baixo (papel, tinta e plastificação), conseguimos ampliar o número de registros civis, e atendermos a uma das exigências da IHAC. Atualmente, o HERF é, possivelmente, a maternidade estadual com maior percentual de registros.

3.3.2.1.4 - Projetos Shantala e Ofurô do Bebê

Continuando na busca por um atendimento humanizado e diferenciado às parturientes do SUS internadas no HERF, que promovessem uma melhor comunicação e interação entre mãe, filho e família, fortalecendo o vínculo afetivo que já existe entre eles, encontramos na Shantala e no Ofurô algumas de nossas respostas.

Shantala

A Shantala é uma técnica de massagem milenar indiana, feita pelas mães em seus bebês, trazida ao ocidente pelo médico obstetra francês Frédérick Leboyer (*Shantala – Uma Arte Tradicional – Massagem Para Bebês, Ed. Graund*). Trata-se de uma estimulação tátil e cinestésica, que traz benefícios psico-comportamentais e físicos, para o binômio mãe e bebê.

Segundo Peter Walker (*O Livro de Massagem do Bebê, Ed. Manolo, 2000*), entre os benefícios da Shantala estão: intimidade e alegria para a mãe e o bebê; descoberta das carícias que o bebê mais aprecia e os locais do corpo que prefere ser acariciado; transmissão da sensação de amor e proteção ao bebê; reforço do vínculo afetivo e emocional; desenvolvimento da sensação de segurança do bebê; auxílio à digestão e fortalecimento do sistema imunológico do bebê (Ver grupo de anexos 3.3.2.1.4).

Ofurô do Bebê

Ao colocarmos o bebê em contato com a água em uma banheira normal, logo ele irá “recordar” sensações de quando estava no útero materno, contudo não reconhecerá a posição e poderá gerar insegurança e irritação, fazendo com que ele se enrijeça e retorça o corpo, tornando uma atividade que deveria ser agradável, em motivo de stress e gerando, inclusive, cólicas.

Pensando nisso, obstetras e enfermeiros em maternidades na Holanda, em 1997, interessados em promover uma transição tranquila do útero para a nova realidade, criaram um ofurô, ou banheira terapêutica, capaz de transmitir aos recém-nascidos e lactentes até os 6 meses de idade a mesma sensação do útero materno, tornando o banho um momento

prazeroso, de relaxamento e analgesia, melhorando o choro, a agitação, a insônia e também as temidas cólicas.

Identificamos uma enfermeira na equipe com experiência na aplicação dos dois métodos e a realocamos para dedicar-se exclusivamente à implantação destes projetos e garantindo que todos os bebês nascidos no HERF passassem a receber a contar com a Shantala e o Ofurô (Ver grupo de anexos 3.3.2.1.4).

Num segundo momento, coube à enfermeira responsável pelo serviço, o treinamento de toda a equipe, aprimorando a assistência através do cuidado humanizado.

Resultado dos Projetos Shantala e Ofurô do Bebê (Custo X Benefício)

A um baixo custo (baldes plásticos, água e produtos de higiene infantil) e dedicação de algumas horas de assistência de enfermagem, conseguimos um formidável retorno em forma de satisfação das mães e familiares, evidenciados através de elogios e comentários de que havíamos superado, em muito, as suas expectativas quanto ao atendimento prestado por uma maternidade pública.

3.3.2.1.5 - Projeto Espaço Jovem Mãe

Devido à imaturidade física, emocional e psíquica das gestantes adolescentes, o parto delas pode representar experiência assustadora e traumatizante, tolhendo talvez definitivamente qualquer intenção futura de planejamento familiar. O desconhecimento, as incertezas, o parto não humanizado e a imaturidade orgânica e psicológica, são fatores que podem influenciar nos resultados perinatais.

Pensando nisto, foi idealizada e implantada uma proposta pioneira na forma de abordagem às gestantes com idade entre 12 e 18 anos, admitidas em trabalho de parto.

Inaugurada em 6 de fevereiro de 2014, consiste num ambiente (obtido numa enfermaria adaptada) criado exclusivamente para a internação de adolescentes em trabalho de parto e numa abordagem que denominamos Projeto Espaço Jovem Mãe.

Para receber essas jovens parturientes, foi criado um ambiente exclusivo, decorado, climatizado, com cor, sonorização, TV, e outras condições de acolhimento, com direito a permanecerem internadas com seus acompanhantes de livre escolha, recebendo atenção de equipe multiprofissional exclusiva, selecionada considerando o perfil e identificação com a proposta, composta por: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais..

No espaço Casa da Jovem Mãe, as parturientes passaram a contar com um médico exclusivo e dedicado, desde a sua internação, que passou a acompanhá-las o tempo todo, juntamente com a enfermeira e técnica de enfermagem obstétrica.

O espaço foi montado com duas camas PPP (Pré-parto, Parto e Pós-Parto), que reúnem as condições necessárias para o parto normal (Ver grupo de anexos 3.3.2.1.5).

Enquanto internadas, as parturientes recebem orientações sobre como será seu parto, tiram suas dúvidas, recebem orientações sobre planejamento familiar, e posteriormente, são

encaminhadas para serviço de referência, numa tentativa de reduzir as chances de nova gestação precoce.

Após o parto, são conduzidas ao alojamento conjunto, juntando-se às demais parturientes da unidade, permitindo a troca de experiências sobre as diversas situações envolvidas no processo gestacional, puerpério e cuidados de puericultura.

Além disto, este espaço também foi planejado para servir de projeto piloto para todos os serviços e boas práticas que seriam implantados na maternidade do HERF, como foi o caso da Fisioterapia no Pré-parto, as camas PPP, cartão das mães, entre outros. (Ver grupo de anexos 3.3.2.1.5).

Resultado do Projeto Jovem Mãe (Custo X Benefício)

Além dos custos com reforma e adaptação da enfermaria, foram adquiridas 2 camas PPP, 2 monitores multiparâmetros, 2 televisores LCD 32' e passamos a deslocar equipes específicas para cuidar destes atendimentos. Contudo, como, aproximadamente, 25% dos partos realizados na maternidade do HERF são de adolescentes de até 18 anos, não houve necessidade de aumento de quadro funcional. Assim, podemos dizer que, além do investimento inicial, não houve aumento no custeio dos serviços.

Em contrapartida, o nível de satisfação das parturientes e familiares com os serviços foi excelente.

3.3.2.1.6 - Fisioterapia no Pré-parto

O parto é uma situação da vida que inclui o domínio cognitivo, envolvendo diferentes etapas durante seu curso. Dentre elas estão o domínio motor, controle respiratório, relaxamento perineal e o próprio domínio afetivo que envolve expectativas e temores quanto ao parto e sua imprevisibilidade. Portanto, representa um intenso e marcante desgaste físico e emocional.

A fisioterapeuta Eliane Rodrigues Bio, em sua dissertação de mestrado realizada no Hospital Universitário da USP (Universidade de São Paulo), em 2.007, denominada *“Intervenção fisioterapêutica na Assistência ao Trabalho de Parto”*, mostra que o atendimento fisioterápico promove uma redução no número de cesáreas e diminuição da percepção de dor e duração do trabalho de parto, registrando uma redução de uma média de 11 para 5 horas.

A maternidade do HERF ainda não oferecia o serviço de fisioterapia no pré-parto. As parturientes, invariavelmente, permaneciam deitadas, sem receber quaisquer estímulos que facilitassem, acelerassem ou amenizassem o desconforto do parto.

A partir desta análise, iniciamos a fisioterapia no Projeto Casa da Jovem Mãe, visando a posterior extensão às demais parturientes, oferecendo diversas técnicas capazes de proporcionar um parto mais natural (menos traumático, doloroso ou demorado) e, conseqüentemente, humanizado (Ver grupo de anexos 3.3.2.1.6).

Entre estas técnicas podemos destacar: auxílio para deambulação durante a primeira fase do trabalho de parto, massoterapia na região lombar, técnicas de relaxamento, padrões

respiratórios durante as contrações para alívio da dor, analgesia não farmacológica; exercícios de mobilidade pélvica e dilatação, hidroterapia e Posicionamento adequado e assistido durante o trabalho do parto até o período expulsivo.

Resultado do Projeto Fisioterapia no Pré-Parto (Custo X Benefício)

Além dos custos com aquisição dos aparelhos para fisioterapia, não houve necessidade de aumento de quadro funcional ou de outros custos de manutenção. Estamos estudando os prontuários de igual período do ano anterior para compararmos o período médio de duração do pré-parto anterior à implantação do serviço com os resultados atuais, utilizando como parâmetros a idade das parturientes, idade gestacional, e peso dos RNs.

Até o presente momento este estudo ainda não está concluído. Assim, por enquanto, trabalhamos com uma expectativa de melhora detectada na publicação da Dra. Eliane Rodrigues, de redução do tempo médio de trabalho de parto de 11 horas para 5 horas. Além disso, é necessário estudar a diminuição da percepção da dor através da analgesia não farmacológica.

3.3.2.1.7 - Projeto Mesa Redonda das Gestantes

A educação e o preparo das mulheres para a lactação realizadas durante o período pré-natal comprovadamente contribui para o sucesso do aleitamento materno (*Bueno e Teruya, J. pediatr. (Rio J.); 80 (5,supl): s126-s130, nov. 2004*) Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas dos benefícios da amamentação, das desvantagens do uso de leites não humanos e devem ser orientadas quanto às técnicas da amamentação, para aumentar a sua habilidade e confiança.

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que as mulheres devem ser melhor orientadas para que possam viver o parto de forma positiva, ter menores riscos de complicações no puerpério e mais sucesso no cuidado às crianças e na amamentação.

Com este objetivo foi desenvolvido o Projeto Mesa Redonda das Gestantes, reunião realizada com as gestantes, às sextas-feiras, no período da manhã, para complementar as orientações recebidas sobre o Aleitamento Materno durante o pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde e dar continuidade nos períodos de parto e puerpério.

Nessas reuniões passaram a ser identificados os conhecimentos, as crenças e as atitudes que as gestantes possuem em relação à amamentação, suas experiências, se já vivenciaram alguma vez a amamentação. Além disso, também se oferecem oportunidades de troca de experiências, por meio de reuniões de grupo onde se informam as vantagens e o manejo que facilita a amamentação.

Resultado do Projeto Mesa Redonda (Custo X Benefício)

Não houve alteração no quadro de pessoal, nem necessidade de ampliação, reforma ou adaptação de áreas. Logo, desconsideramos os custos de implantação e manutenção. Em contrapartida, ainda que sem valor científico, entre janeiro e fevereiro de 2.014, quando comparados com igual período de 2.013, houve redução de 40% nos casos de fissuras de

mamilos (de 121 para 72) e, 59%, nos casos de mastite (de 17 para 7) (Ver grupo de anexos 3.3.2.1.7).

3.3.2.1.8 - Projeto Sorriso de Mãe

(Protocolo de Acolhimento e Atendimento Odontológico à Gestante)

Implantado em janeiro de 2.014, o projeto tem como objetivo promover a Saúde Bucal para as pacientes gestantes internadas em nossa maternidade e consiste em oferecer educação e orientações sobre a importância da higiene oral da futura mamãe e, principalmente, do bebê que está por vir.

A promoção da Saúde Bucal é oferecida no HERF por meio de um conjunto de ações educativas, individuais ou em grupos, compostas de orientação sobre a importância da saúde bucal, motivação, treinamento de escovação supervisionada e atendimento clínico de urgências e emergências odontológicas (dor, infecções, sangramentos gengivais).

O atendimento é oferecido diariamente e em dois períodos por uma equipe composta por um Cirurgião Dentista e uma auxiliar de saúde bucal, possibilitando o atendimento às parturientes internadas. As que são internadas durante a noite recebem o atendimento na manhã seguinte à internação (Ver grupo de anexos 3.3.2.1.8).

Resultado do Projeto Sorriso de Mãe (Custo X Benefício)

Investimos R\$180,00 (cento e oitenta reais) na aquisição de uma boneca adequada e custo de manutenção é o de uma hora por dia de uma cirurgiã dentista e de uma auxiliar de saúde bucal.

Como resultado, apuramos logo nas primeiras 10 parturientes atendidas pelo Projeto, no Espaço Jovem Mãe (piloto de todos os projetos), que nenhuma delas jamais havia ido ao dentista, o que permite inferir que, sem o apoio de serviços como o Sorriso de Mãe, os hábitos desses RNs, provavelmente, seriam os mesmos.

Atualmente, está sendo desenvolvido pela equipe de Odontologia um modelo de questionário para definição do perfil dessas mães, envolvendo histórico, faixa etária e região onde residem, entre outras, para futuros estudos e definição de estratégias de atuação.

3.3.2.2 – HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NEONATOLÓGICA

3.3.2.2.1 - Método Canguru (Mãe e Pai Cangurus)

O Método Mãe Canguru, também conhecido como “Cuidado Mãe Canguru” ou “Contato Pele a Pele”, tem sido proposto como uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer.

Foi idealizado e implantado de forma pioneira por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colômbia, e denominado “Mãe Canguru” devido à maneira pela qual as mães carregavam seus bebês após o nascimento, de forma semelhante aos marsupiais (UNICEF, 1988, Bogotá). Posteriormente, os pais também passaram a participar, dando origem ao “Método Canguru”.

Foi concebido com o objetivo de promover alta precoce para recém-nascidos de baixo peso, frente a uma situação crítica de falta de incubadoras, infecções cruzadas, ausência de recursos tecnológicos, desmame precoce, altas taxas de mortalidade neonatal e abandono materno.

Essa assistência neonatal implica no contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido.

Esta prática, além de estabelecer afeto e segurança entre pais e filhos, favorece o desenvolvimento neuro-psicomotor e o ganho de peso do bebê (*Importância do Método Mãe-Canguru para o Desenvolvimento Neuropsicomotor de Prematuros – Souza; Oliveira; Paiva e Costa, 2010*).

As vantagens preconizadas pelo método são: aumentar o vínculo mãe-filho; diminuir o tempo de separação mãe-filho, evitando longos períodos sem estimulação sensorial; estimular o aleitamento materno, favorecendo maior frequência, precocidade e duração da amamentação; ampliar a confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, mesmo após a alta hospitalar; favorecer um controle térmico melhor; reduzir o número de recém-nascidos em unidades de cuidados intermediários devido à maior rotatividade de leitos; proporcionar um relacionamento melhor da família com a equipe de saúde; favorecer a diminuição da infecção hospitalar e diminuir a permanência hospitalar.

Iniciamos a implantação do método com as mães (Mãe Canguru) no primeiro semestre de 2.013 e, posteriormente, estendemos aos pais (Pai Canguru), na UTI-Neo e UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais) do HERF, sob orientação da Coordenação e Gerência de Enfermagem, aprimorando a assistência através do cuidado humanizado (Ver grupo de anexos 3.3.2.2.1).

Resultado do Projeto Método Canguru (Custo X Benefício)

A um baixo custo (ataduras), os resultados tangíveis ainda não estão mensurados (estatísticas de redução de média de permanência e outros indicadores mencionados acima). Entretanto, a repercussão da implantação desse serviço no HERF tem sido animadora. Diversas reportagens na mídia impressa, falada e digital (Ver anexos de reportagens) atestam a aceitação desse projeto, o que pode ser observado no sorriso dos pais e filhos, aproximados mesmo ante a fria rotina técnica de uma UTI-Neonatólogica.

3.3.2.2.2 - Projeto Amigas do Leite

É cientificamente estabelecida a importância do leite materno para a saúde dos bebês nos primeiros meses de vida, para que tenham bom desenvolvimento e se tornem adultos saudáveis.

Historicamente, e até meados de 2.013, a quantidade de leite captada pelo Banco de Leite Humano (BLH) do HERF era pouca e insuficiente para atender a todos os recém-nascidos que se encontravam na UTI neonatal para manter o Aleitamento Materno Exclusivo.

A única alternativa era recorrer, frequentemente, às fórmulas lácteas produzidas em laboratórios medicinais. Precisávamos, urgentemente, aumentar a captação de leite humano para atender ao Banco de Leite do HERF.

Em vista da grande demanda de leite pelos prematuros, por iniciativa de colaboradoras do Banco de Leite Humano do HERF, desenvolvemos o projeto “Amigas do Leite”, para aumento das doações de Leite Humano Ordenhado, através da coleta domiciliar e, conseqüentemente, substituir o uso de fórmulas lácteas na UTI neonatal.

Foram consideradas doadoras as nutrízes saudáveis que apresentassem secreção láctea superior às exigências de seu filho e que se dispunham a doar o excedente por livre e espontânea vontade.

As doações do leite humano ordenhado (LHO) seriam destinadas, prioritariamente, aos recém-nascidos prematuros e/ ou doentes. Na época, como a quantidade de leite humano era insuficiente, foram estabelecidos critérios de prioridade na distribuição de acordo com o estoque do Banco de Leite Humano. O sucesso desta ação nos permite hoje atender a 100% dos RNs internados na UTI-Neonatal.

Todas as funcionárias do setor, direta ou indiretamente foram inseridas no projeto, já que as orientações quanto às doações, ordenha e aleitamento, passaram a ser dadas 24 horas por dia, pelo telefone ou pessoalmente.

As enfermeiras da rotina do setor ficaram responsáveis pela realização das visitas domiciliares e treinamento da equipe.

A triagem das doadoras externas passou a ser realizada por uma profissional treinada, no momento do primeiro contato via telefone, através do preenchimento de uma ficha para cadastro contendo: nome completo, endereço (com ponto de referência), telefone para contato, intercorrências no pré-natal, data e local do parto, intercorrências e tratamento no pós-parto e coleta de exames.

No caso das doadoras sem exames pré-natal ou com validade vencida (realizados há mais de seis meses), passamos a colher as amostras de sangue para hemograma completo, HIV (teste rápido), VDRL e outros necessários.

As coletas passaram a ser realizadas na primeira visita, juntamente com a entrega do kit para a doação.

O leite humano ordenhado (*in natura* e/ ou pasteurizado) precisava ser transportado do domicílio da doadora ao Banco de Leite Humano, sob cadeia de frio, e o tempo de transporte não podia ultrapassar seis horas. Foram estabelecidos critérios e protocolos de logística e armazenamento do leite para assegurar a manutenção de sua qualidade.

O contato com a doadora passou a ser feito através do telefone, sempre no dia anterior à rota, para obtermos informações quanto a quantidade de frascos a serem recolhidos e entregues para a coleta.

Iniciamos o projeto com um evento no calçadão comercial de Campo Grande e pudemos contar também com o apoio dos meios de comunicação, com inserções nas mídias impressa e televisiva.

A repercussão foi muito positiva e passamos a contar também com o apoio dos postos de saúde, dos ambulatorios de centro de saúde e locais de atuação das equipes de saúde da família, com distribuição de folhetos explicativos sobre o Projeto Amigas do Leite, e solicitações de palestras às futuras mães e puérperas.

Também, orientamos às gestantes da rede Cegonha, durante a visita ao hospital e para as puérperas no alojamento conjunto do HERF, onde atualmente são captados leite para o BLH (Ver grupo de anexos 3.3.2.2.2).

Resultado do Projeto Amigas do Leite (Custo X Benefício)

Além do custo inicial com aquisição de caixa isotérmica com termômetro de máxima e mínima com cabo extensor, gelo reciclável na proporção 3x1 e termômetro a laser para aferir a temperatura do LHO congelado, e do material para coleta (*luva de procedimento, algodão, álcool a 70%, scalp 27, seringa de 10 ml, tubo com tampa roxa, tubo com tampa amarela e garrote*), contratamos um taxista, por um valor fixo diário (R\$200,00), para levar a nossa equipe técnica de enfermagem às residências das doadoras.

A rota para captação dos frascos com LHO doados era inicialmente uma vez por semana, às sextas-feiras, ampliando posteriormente para três vezes por semana, devido ao aumento da demanda, com perspectivas de estender a todos os dias comerciais úteis.

Ao total, desprezando os custos com aquisição dos utensílios, podemos contabilizar como custo de manutenção do projeto o transporte até as residências das doadoras e metade do salário de uma técnica do BLH.

Em contrapartida, obtivemos os seguintes resultados:

Litros de Leite Coletado: Conforme gráfico anexo, saltamos de 10,1 litros em junho/13, antes do projeto, para 45,7 em dezembro/13, com pico de 56,5 litros em outubro/13 (Ver grupo de anexos 3.3.2.2.2).

Litros de Leite Distribuído: Conforme gráfico anexo, saltamos de 5,9 litros em junho/13, antes do projeto, para 29,3 em dezembro/13, com pico de 32 litros em outubro/13 (Ver grupo de anexos 3.3.2.2.2).

Fórmulas Lácteas Distribuídas: Conforme gráfico anexo, passamos de 292 litros em junho/13, antes do projeto, para 197,2 em dezembro/13 (Ver grupo de anexos 3.3.2.2.2).

3.3.2.2.3 - Projeto Redes

Na busca por soluções que tragam mais conforto e amenizem a dor para os recém-nascidos em UTI Neonatal e, valendo-nos das experiências de diversos hospitais como o Universitário de Maringá (Maringá, PR), o Santa Maria (Santa Maria, RS) e o Santa Helena (Cuiabá, MG), implantamos no início de 2.014 o projeto “Redes” para Recém-nascidos Prematuros.

A instalação de redes dentro das incubadoras é uma intervenção simples, que favorece o posicionamento adequado do bebê, simulando a mesma posição de quando estavam dentro do útero de suas mães, gerando mais conforto, calma, estímulo sensório-

motor e recuperação mais rápida, pois poupa suas energias, favorece o ganho de peso e diminui o tempo de internação.

Os recém-nascidos prematuros ou abaixo do peso ideal são colocados nas redes, 90 minutos após, ou antes, da mamada. (Ver grupo de anexos 3.3.2.2.3).

Resultado do Projeto Redes (Custo X Benefício)

As redes são confeccionadas em tecido 100% algodão, ao custo de R\$7,00 (sete reais). O custo de manutenção é o de lavagem das redes.

Até a conclusão deste trabalho ainda não havíamos concluído o estudo estatístico comparativo dos benefícios do uso das redes, mas a equipe de enfermagem já relatou a percepção de que os bebês mantidos nelas ficaram mais calmos e tiveram maior ganho de peso quando comparados às demais.

3.3.2.3 – HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A PACIENTES ESPECIAIS

3.3.2.3.1 - Projeto de Suporte da Manutenção da Saúde Bucal (Alta Nunca)

Segundo a Organização Mundial da Saúde, paciente odontológico com necessidades especiais é todo paciente que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma intervenção odontológica convencional (*Resende, 1998; Brasil, 2006*).

Embora, os discretos avanços conseguidos pelos raros programas de prevenção e fluoretação tenham reduzido as incidências de odontopatias na população em geral, praticamente todos os pacientes com necessidades especiais precisam da odontologia profilática, terapêutica ou de ambas.

Os pacientes com necessidades especiais, de uma forma geral, podem ser considerados de alto risco para patologias da cavidade bucal, principalmente cárie e doença periodontal.

Esta condição está diretamente relacionada à precariedade da higiene bucal, presente em quase todos os pacientes, à dificuldade de acesso a serviços odontológicos especializados e ausência de programas de prevenção e manutenção de saúde bucal.

O programa de suporte e manutenção de saúde bucal para pacientes com necessidades especiais (Alta Nunca), desenvolvido pela equipe do Sorriso Especial, em 2.013, teve por objetivo oferecer condições para que todos os pacientes atendidos na Enfermaria Sorriso especial tivessem acesso a uma Saúde Bucal de qualidade.

O trabalho também visa a capacitação de pacientes, pais e cuidadores, oferecendo técnicas alternativas de manutenção da saúde bucal, respeitando as limitações e a individualidade de cada paciente.

A denominação de “Alta Nunca”, se deve à proposta do programa, pela qual os pacientes que adentram ao Sorriso Especial nunca mais terão alta.

Os pais ou responsáveis são treinados para realizar a higienização bucal dos pacientes, inicialmente em periodicidade semanal e, conforme adquirem destreza, as aulas tornam-se mais espaçadas até o limite de uma consulta de retorno e treinamento com consulta agendada por semestre (Ver grupo de anexos 3.3.2.3.1).

O plano de tratamento proposto é sempre em caráter educativo, com objetivo de consolidar entre os envolvidos (paciente, responsáveis e cuidadores) a importância da manutenção da saúde bucal. O condicionamento dos pacientes é efetuado sempre de forma lúdica, com a utilização de dispositivos motivacionais e construtivistas.

Resultado do Proj. Suporte Manut. Saúde Bucal (Alta Nunca) (Custo X Benefício)

Para implantação do projeto, foi necessária a aquisição de 10 bonecos, confeccionados pela mãe de um de nossos pacientes, ao custo de R\$40,00 (quarenta reais) cada, uma tábua de 3 metros ao custo de R\$9,00 (nove reais), que nos permitiu confeccionar 200 mordedores, ao custo de R\$0,05 (cinco centavos) cada.

São despendidas 6 horas diárias de uma auxiliar de saúde bucal, envolvendo condicionamento (uso dos bonecos) e escovação para treinamento dos pacientes e responsáveis.

Como resultado, pudemos perceber a diminuição da reincidência de cirurgias odontológicas nos pacientes cadastrados pelo Serviço de Saúde Bucal, que necessitavam ser realizadas no Centro Cirúrgico, sob anestesia geral.

Este é um serviço novo e ainda não temos dados estatísticos para análise dos resultados.

3.3.2.3.2 - Projeto: Pós-Serviço (Algoritmo de Acompanhamento dos Serviços)

Iniciado em setembro de 2013, o pós-serviço do Sorriso Especial tem por objetivo acompanhar o pós-alta dos pacientes e diagnosticar eventuais intercorrências decorrentes do processo pós-operatório após 24 à 48 horas da alta dos pacientes.

Ao sair do Hospital os familiares são informados que receberão um telefonema no dia seguinte para saber sobre o estado de saúde do paciente.

Quando do telefonema, de posse das fichas dos pacientes operados, as auxiliares de saúde bucal identificam-se aos responsáveis e perguntam sobre o estado de saúde do paciente: se ele está tomando a medicação indicada, se apresenta febre, dor, sangramento ou inchaço.

Caso haja uma resposta afirmativa, o caso é transferido ao cirurgião dentista responsável para análise e orientação aos responsáveis pelo paciente.

Caso haja duas ou mais respostas afirmativas, o paciente é imediatamente agendado para retornar no mesmo dia, ou no dia seguinte, com hora marcada, ao Hospital para ser atendido por um cirurgião dentista da equipe do Sorriso Especial.

Por tratar-se de implantação de projeto piloto, iniciamos com 5 perguntas básicas sobre o pós-operatório dos pacientes, que, provavelmente ainda serão alteradas ao longo do aprendizado adquirido com os erros e acertos do serviço (Ver grupo de anexos 3.3.2.3.1).

Resultado do Projeto Pós-Serviço (Custo X Benefício)

Os únicos custos são os dos telefonemas aos pacientes e de alguns minutos por dia das auxiliares de saúde bucal.

Ao longo dos primeiros seis meses, somente um caso teve que retornar ao HERF, mas, para este paciente e seus familiares, representou grande diferença. Para os demais, que não tiveram nenhuma intercorrência, restou a tranquilidade de saber que estávamos vigilantes quanto ao pós-operatório de nossos pacientes.

3.3.3 – A CERTIFICAÇÃO IHAC

3.3.3.1 - A Jornada Rumo aos 10 Passos do Aleitamento Materno

Estabelecemos como meta estratégica para a Neonatologia e a Maternidade a obtenção da certificação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), em 15 meses.

A IHAC foi idealizada em 1.990 pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e pela UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno e, até então, nenhum hospital estadual do Rio de Janeiro possuía esta certificação.

Apesar dos 10 passos serem aparentemente de fácil implantação, muito mais do que a mudança de normas ou procedimentos, havia necessidade de absorvermos e disseminarmos, entre todos, a filosofia vigente por detrás deles. Além disto, nos propusemos a cumpri-los dentro de um ano, quando são necessários dois anos, em média.

Elaboramos um diagnóstico inicial da situação encontrada no HERF e constatamos que dos 10 passos do Aleitamento Materno, somente o alojamento conjunto era praticado. Um longo caminho havia de ser percorrido.

Conforme citado no início deste trabalho, o sentimento percebido na maioria dos colaboradores era de ceticismo quanto à melhoria dos serviços. Associado a isto, segundo informações colhidas, o HERF já havia buscado a certificação há alguns anos, sem sucesso. Precisávamos mostrar à toda equipe que mudar era possível.

Iniciamos o processo delegando a coordenação do Projeto de certificação da IHAC à Gerência de Qualidade, que, imediatamente fez a pesquisa bibliográfica, seleção das leis e portarias envolvidas e repassou aos coordenadores dos serviços para estudo, funcionando como alicerce de todo o projeto.

Realizamos no dia 5 de abril, o Primeiro Fórum Hospital Amigo da Criança do HERF, apenas uma semana após termos assumido a direção integral dos serviços diretamente relacionados (Neonatologia e Maternidade), tendo como palestrantes importantes nomes relacionados à amamentação da cidade do Rio de Janeiro e simbolizando o marco inicial do processo de certificação.

A Assessoria de Comunicação da Secretaria de Saúde também foi convidada a participar do Fórum, mas, talvez por também estar cética quanto ao sucesso do projeto, haja

vista experiências anteriores, optou por não registrar o evento, mas, comprometeu-se a registrar a certificação, caso ocorresse.

Em seguida, foram implantadas reuniões semanais e, posteriormente, quinzenais do Comitê de Aleitamento Materno, sob coordenação da Gerência de Qualidade e elaborados planos de ação a serem executados por cada coordenador. Coube aos coordenadores replicar o conhecimento adquirido a seus subordinados e conseguir o comprometimento da equipe com o projeto.

Os 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

Passo 1 – Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço: Não por acaso, o primeiro passo a ser trabalhado, conforme citado acima, ficou a cargo da gerência de qualidade, que, além de ter executado um excelente trabalho de pesquisa e repasse do conhecimento aos coordenadores, empenhou-se em definir a forma de redação e apresentação das normas a todos os colaboradores.

Passo 2 – Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma: Provavelmente o passo mais difícil de todos. Apesar de previsto pelas normas da IHAC o treinamento de 85% por classe de profissionais, no mínimo, estabelecemos como meta atingirmos os 100%.

Contratamos uma equipe de professores com experiência na área e organizamos o cronograma para treinamento de todos os colaboradores. Devido às dificuldades de escalas, criamos turmas exclusivas de médicos e treinamentos específicos para o pessoal administrativo.

A fim de avaliarmos o nível de conhecimento absorvido durante os treinamentos, elaboramos testes escritos a serem respondidos pelos colaboradores. Ao analisarmos os resultados e constataremos que o conhecimento havia sido assimilado por todos, demos este passo por concluído.

Entre os principais percalços deste passo, citamos a dificuldade de adaptação dos treinamentos às escalas de trabalho da equipe médica e do grande número de colaboradores desligados neste período, exigindo esforço redobrado para capacitar os que foram contratados para substituí-los.

OBS. Foi motivo de orgulho, além de todos terem se saído bem nas entrevistas feitas pela equipe de avaliadores da IHAC, as reclamações que ouvimos de vários colaboradores, de todas as áreas, por não terem sido sorteados para responder às perguntas.

Passo 3 – Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação: Este passo foi conduzido principalmente pela equipe do BLH – Banco de Leite Humano, que assumiu naturalmente a tarefa de orientar, além das parturientes, também as demais equipes multiprofissionais, retirando dúvidas e ajudando na execução das técnicas.

Associado ao sucesso do Projeto Amigas do Leite o BLH passou a atender a todas as pessoas que necessitassem de orientações, esclarecimento de dúvidas e atendimento técnico relacionado a amamentação, 24h por dia, todos os dias da semana, contando, inclusive, com um número de telefone direto disponível para a população.

Passo 4 – Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto: Acreditávamos estar cumprindo este passo, mas não foi este o entendimento dos auditores da IHAC, em fevereiro de 2.014. Fomos reprovados por que os bebês eram envoltos em um campo operatório para mantê-los aquecidos e, conseqüentemente, o contato pele-a-pele, tornava-se pele-pano-pele.

Além disto, apesar de pública a exigência de 30 minutos, os auditores entendiam que deveríamos mantê-los por, no mínimo, 60 minutos em contato pele-a-pele.

Revimos este passo com toda a equipe. Inclusive, houve muita resistência, principalmente da equipe pediátrica, que, com razão, alegava que o centro obstétrico era um ambiente muito frio para o bebê ficar tanto tempo descoberto no contato pele-a-pele.

Por outro lado, a equipe de anestesiologia e obstétrica também reclamavam do ajuste do ar condicionado central em temperaturas mais elevadas.

Por fim, chegamos a um acordo com as equipes médicas mantendo diferentes padrões de temperaturas para cada sala, acertamos com a enfermagem sobre a importância de comunicar sempre às mães quando os bebês fossem afastados delas para pesagem e prestação dos cuidados imediatos dos pediatras e da importância de cobrir os bebês com os campos, em vez enrolá-los.

Passo 5 – Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos: Este passo foi conduzido, principalmente, pela equipe de enfermagem com ajuda da equipe do BLH, sem maiores problemas.

Passo 6 – Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica: Grande parte do mérito no cumprimento deste passo devemos ao sucesso do projeto Amigas do Leite, sem o qual seria impossível atingi-lo, pois não havia leite em quantidade suficiente para atender a todos os bebês.

Passo 7 – Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia: Este passo era o único que já era executado quando do início da busca pela certificação. Não havia o que mudar.

Passo 8 – Encorajar a amamentação sob livre demanda: Com alguns contratempos para desmistificar alguns hábitos, como o da amamentação a cada “X” horas, foi relativamente fácil de implantar.

Passo 9 – Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas: Apesar de não ser uma prática na maternidade do HERF, não chegava a ser uma política da Instituição. Por sinal, havia um banner denominado “Click da Cegonha”, que servia como pano de fundo para as fotos das mães com seus filhos, com desenhos de um bico e uma mamadeira.

Tal foi o comprometimento da equipe que, logo no início do projeto um dos coordenadores, sem autorização da Direção, tomou a liberdade de cortar os desenhos, sendo aprovado, posteriormente, por todos.

Passo 10 – Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar: Este passo foi controverso, pois não tínhamos ambulatório obstétrico, e tanto os atendimentos pré ou pós-parto eram executados pela rede municipal. Além disto, mais de 30% dos atendimentos eram prestados às parturientes de outras regiões de saúde ou municípios.

Uma das saídas encontradas foi o de assumirmos a primeira consulta de retorno do pós-parto para retirada dos pontos. Contudo, isto não foi suficiente, e terminamos sendo reprovados neste quesito na primeira avaliação dos auditores da IHAC, em fevereiro de 2.014.

Revimos este passo e adotamos como estratégia o envolvimento com os postos de saúde da região, através da CAP 5.2 (Coordenadoria Geral da Área Programática 5.2) com a proposta de montagem de um sistema de referência e contra-referência, sendo prontamente atendidos.

Pelo sistema proposto, as assistentes sociais passaram a visitar as parturientes internadas e referencia-las aos postos de saúde mais próximos de seus domicílios. Quando possível, tanto as mães como os filhos devem sair do Hospital com as primeiras consultas agendadas.

O Processo de Certificação: A Pré-visita dos Avaliadores da IHAC ocorreu em 19 de dezembro de 2.014, com o objetivo de avaliar se o HERF tinha condições de receber a avaliação dos auditores da IHAC, sendo aprovado nesta fase.

A avaliação oficial ocorreu entre os dias 26 e 27 de fevereiro de 2.014 e contou com a presença de dois auditores do Ministério da Saúde.

Em 14 de março recebemos a resposta oficial de que havíamos conseguido a aprovação de 8 passos e que havia pendências nos passos 4 (*Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto*) e 10 (*Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar*).

Conforme descrito acima, estes passos foram corrigidos e enviamos ofício à Secretaria Estadual de Saúde, no dia 19 de março, solicitando nova avaliação da IHAC, exclusivamente para os dois passos faltantes, a partir de 31 de março de 2.014.

Até a conclusão desta monografia ainda não havíamos recebido a visita final dos auditores para análise dos passos 4 e 10, conforme determinam as regras da IHAC.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pode ser notado ao longo deste trabalho, os resultados positivos obtidos pelas ações de humanização desenvolvidas nos serviços de Maternidade, Neonatologia e Sorriso Especial representaram um custo de implantação e manutenção irrisório.

Muito mais do que concluirmos a obviedade de que não custa nada humanizar, deparamos com a dificuldade de transformar o intangível em números. Como contabilizar a felicidade de um pai em poder participar do nascimento de seu filho? Como mensurar o prazer dos pais em saber e sentir que o calor de seu corpo ao tocar na pele do bebê contribui para melhorar a saúde de seu filho?

É comum dar-se grande valor à tecnologia e, muitas vezes, usa-se isto como desculpa para manter-se inerte, aceitando as coisas como são e sem questionar como poderiam ser.

Ao longo deste ano, conseguimos reduzir a média de permanência na Neonatologia em 26% e o coeficiente de mortalidade em 33%, mas, supondo que a ciência desenvolvesse um alimento tão bom quanto o leite humano, que houvesse uma incubadora tão agradável para os bebês quanto o colo dos pais, que a companhia dos familiares na sala de parto pudesse ser substituída por um computador de última geração programado para incentivar as mães, e que a substituição de um método pelo outro gerasse resultados iguais nestes dois indicadores, poderíamos então dizer que as escolhas dos métodos a serem utilizados são indiferentes?

Entendemos que tão importante quanto, ou talvez, até mais, do que resultados estatísticos, está o “meio”, ou o “*como fazer*”. Talvez, devido aos excepcionais avanços obtidos pela ciência, tenhamos nos esquecido, ou dado menor importância às coisas simples, como humanizar a nossa relação com aqueles que precisam de nós, mas que fazem toda a diferença na qualidade dos serviços percebida por quem recebe.

Assim, parafraseando trechos do último discurso do filme “O Grande Ditador”, de Charles Chaplin, fazendo dele, nossas últimas palavras, podemos dizer: “... *Mais do que de máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que de inteligência, precisamos de afeição e doçura...*”