

gestão

GERENCIAMENTO EM SAÚDE ONCOLÓGICA NA PANDEMIA DE COVID-19 EXIGE RÁPIDAS TOMADAS DE DECISÃO

Em tempo real

Medidas de contenção sanitária, novos protocolos entre médicos e pacientes e rápidas tomadas de decisão. A adaptação dos hospitais oncológicos diante da Covid-19 exigiu a reformulação do sistema de gestão nas unidades de alta complexidade. Instalados logo no começo da pandemia, os gabinetes de crise serviram como espaço de debate para a criação de rotinas alternativas para reduzir ao mínimo os casos de transmissão do novo coronavírus dentro das unidades.

No INCA, ele foi estabelecido em fevereiro. “Percebemos logo que deveria ser formado [o gabinete de crise] por representantes de todas as áreas, inclusive o Serviço de Comunicação, que teve a missão de aprimorar as informações que seriam repassadas para nossa comunidade. Houve, num primeiro momento, muito desconhecimento e desinformação”, revela Ana Cristina Pinho, diretora-geral do Instituto.

O desafio era tratar os primeiros pacientes contaminados pela Covid-19 sem deixar de lado a assistência oncológica. “Reforçamos o diálogo com o Ministério da Saúde e as secretarias. Disse para o nosso grupo que o lema era: em menos de 24 horas, tudo pode mudar. Isso porque a informação se alterava radicalmente de um momento para o outro. A dinâmica das decisões era pautada à medida que o conhecimento sobre a doença aumentava. Foi um verdadeiro aprendizado em tempo real”, relata ela.

Para o coordenador de Assistência do INCA, Gelcio Mendes, outro problema era identificar os

pacientes infectados, já que os testes ainda eram insuficientes e demorados. “Alguns sintomas causados pela Covid-19 também são comuns ao câncer. Daí, a dificuldade de se obter um diagnóstico preciso sem a testagem em massa, que depois foi estabelecida com sucesso”, conta, lembrando que um andar do prédio principal do Instituto foi destinado aos pacientes oncológicos contaminadas pelo vírus.

“O lema era: em menos de 24 horas, tudo pode mudar. Isso porque a informação se alterava radicalmente de um momento para o outro. A dinâmica das decisões era pautada à medida que o conhecimento sobre a doença aumentava. Foi um verdadeiro aprendizado em tempo real”

ANA CRISTINA PINHO,
diretora-geral do INCA

O período foi marcado também pela dificuldade de aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), especialmente as máscaras modelo N95, que desapareceram do mercado devido à alta demanda. Em apenas 20 dias, o uso no Instituto [que conta com cinco unidades assistenciais] quintuplicou, saltando de 700 para 3.500 unidades. “Em determinados momentos, tivemos que controlar a distribuição, já que a durabilidade desse modelo é maior. Fomos criteriosos para que não faltasse”, afirma Mendes.

ATUAÇÃO DAS EQUIPES É DESTAQUE

No Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp), a instalação do comitê de crise, também no início de 2020, seguiu o modelo de outros momentos epidêmicos, como o enfrentamento ao vírus H1N1 e ao sarampo. “Não teve nenhum dia igual ao outro. Mudaram o número de pacientes e a dinâmica das urgências. Mas houve acúmulo de informações e fomos obrigados a rever nossos protocolos o tempo todo”, lembra a diretora do corpo clínico, Maria Del Pilar Estevez.

O comitê de crise precisou lidar com diversos aspectos, desde a gestão dos recursos financeiros ao estabelecimento de novos protocolos sanitários. Uma das medidas foi a redução drástica de circulação de pessoas nas dependências do complexo, com a precaução de não alterar os atendimentos. Em julho, a instituição tinha 20 mil consultas agendadas, das quais 9 mil foram feitas pela *internet*.

“O sistema informatizado nos ajudou bastante. Ali, o médico tinha o histórico do paciente e encaminhava o tratamento, além de registrar tudo o que era feito. Após a teleconsulta, era possível avaliar se o paciente precisaria voltar ao hospital ou não”, observa Maria del Pilar.

Para a diretora do Icesp, o engajamento da comunidade hospitalar na assistência aos doentes foi fundamental. “Foi gratificante ver a adesão das equipes aos novos protocolos. Durante três meses, as férias foram suspensas. Também deslocamos colaboradores para reforçar o atendimento no instituto central, alterando rotinas de trabalho”, lembra.

No INCA, o comprometimento dos profissionais também merece registro, na opinião de Ana Cristina. Segundo ela, os gestores se destacaram pelo exemplo de liderança durante a crise. Vários adoeceram, se recuperaram e retornaram aos seus postos, fazendo a diferença. Por outro lado, houve quem solicitou afastamento.

“O sistema informatizado nos ajudou bastante. Ali, o médico tinha o histórico do paciente e encaminhava o tratamento, além de registrar tudo o que era feito. Após a teleconsulta, era possível avaliar se o paciente precisaria voltar ao hospital ou não”

MARIA DEL PILAR ESTEVEZ,
diretora do corpo clínico do Icesp

“As pessoas foram tomadas pelo pânico. Começamos a perceber uma verdadeira debandada de colaboradores por diversos problemas, inclusive depressão. Isso começou em março. Fiz um vídeo interno em que mencionei minha preocupação com a evasão dos profissionais. Questionava quem iria tomar conta dos pacientes e dizia que precisávamos ser merecedores dos aplausos da população”, recorda.

INÍCIO DOS TESTES TROUXE ALÍVIO

Em abril, com o início dos testes PT-PCR (que identifica o novo coronavírus ativo) em massa, tanto para pacientes com indicação cirúrgica, como para os profissionais da assistência, os afastamentos por motivos de saúde caíram. “Isso fez muita diferença, porque qualquer um que espirrasse ou estivesse com falta de ar e febre, logo virava suspeito de ter Covid-19. O INCA foi credenciado pelo Ministério da Saúde para fazer a testagem, usando sua própria estrutura de pesquisa. Os resultados chegavam em até 24 horas. Antes demoravam até 10 dias, mesmo na rede privada”, conta Ana Cristina. “Então, o resultado era importante, permitindo o retorno ao trabalho o mais rápido possível”, continua a médica.

Ela comenta que, no primeiro dia de testagem pré-operatória, havia 13 pacientes com cirurgia agendada. Destes, 11 tiveram resultado positivo para o novo coronavírus. Durante um bom tempo, a média de infectados ficou entre 80% e 85%. “Chegamos

a zerar essa taxa. Agora (entrevista feita no final de novembro de 2020), estamos em torno de 20%”, diz.

Na opinião de Ana Cristina, de modo geral, a pandemia exigiu rapidez e jogo de cintura na tomada das decisões para passar segurança à comunidade. Alguns setores, como o CTI e a emergência, tiveram alto número de infectados entre os colaboradores. “Quem tinha atividade profissional compatível com o trabalho remoto, foi colocado nessa nova dinâmica, de acordo com as regras do Ministério da Saúde.”

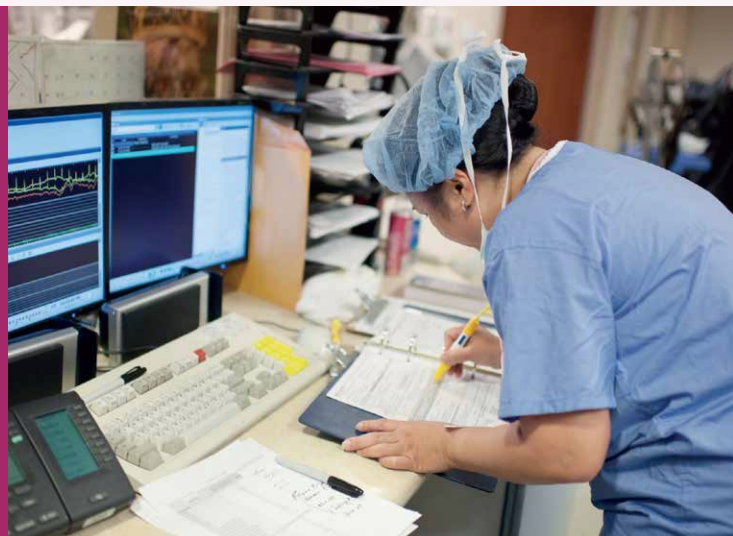
Apesar de todos os esforços, algumas decisões dramáticas precisaram ser tomadas. Uma delas foi ainda no início da pandemia, quando o INCA alugou duas câmaras frigoríficas, antevendo um grande número de mortes por Covid-19. “Mas não chegamos a utilizá-las”, esclarece Ana, que destaca a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o processo. “Teve impacto relevante na redução da mortalidade. Nossos números ficaram abaixo dos Estados Unidos, por exemplo”, conclui.

APLICATIVO AGILIZA RESPOSTAS

Maior centro oncológico do Pará, o Hospital Ophir Loyola (HOL) elaborou um Plano de Resposta Hospitalar por meio do Projeto Lean nas Emergências, do Ministério da Saúde, e do Projeto Todos pela Saúde, do Banco Itaú, ambos sob a tutoria do Hospital Sírio-Libanês de São Paulo. O objetivo era reduzir os efeitos da Covid-19 na unidade. Com duas reuniões por dia no auge da pandemia, o gabinete de crise contou com um aplicativo especialmente desenvolvido para agilizar as decisões. Cada setor tinha acesso aos indicadores de todo o hospital e alimentava o app com suas respectivas informações.

Uma das principais medidas adotadas foi a triagem na emergência. Pacientes e acompanhantes eram submetidos à verificação de sintomas como febre, manchas no corpo, tosse, dor de garganta e falta de ar. Quem apresentasse dois ou mais, era encaminhado à Unidade de Atendimento Imediato. “O setor de urgência já estava organizado. O que fizemos foi mudar os fluxos de entrada dos pacientes, reduzindo a circulação e o possível risco de contágio”, lembra a enfermeira Samanta Miranda, coordenadora do Projeto Lean no HOL.

Segundo ela, o grande desafio da pandemia foi gerir a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Além da



necessidade de adequação do espaço para o novo protocolo sanitário, muitos profissionais do setor se infectaram. “Tivemos que realocar os colaboradores da enfermaria para a UTI”, conta Samanta.

O aumento no uso de alguns equipamentos de proteção, como a máscara N95, também foi desafiante. “Era para nosso estoque durar até o fim de 2020, mas consumimos tudo no primeiro trimestre e não achávamos mais para comprar”, conta Samanta. O HOL contou com a doação de 800 mil unidades em EPIs (máscaras N95, máscaras cirúrgicas e álcool em gel) por meio do projeto Todos pela Saúde.

O gabinete de crise também detectou a necessidade de preparar as equipes que não eram da assistência, como as administrativas, da manutenção e da limpeza. “Nossa preocupação era que [esses colaboradores] fossem contaminados. Então, demos treinamento e ofertamos EPIs para todos. Eles são peças-chaves da engrenagem, não podiam adoecer”, diz.

GESTÃO HOSPITALAR

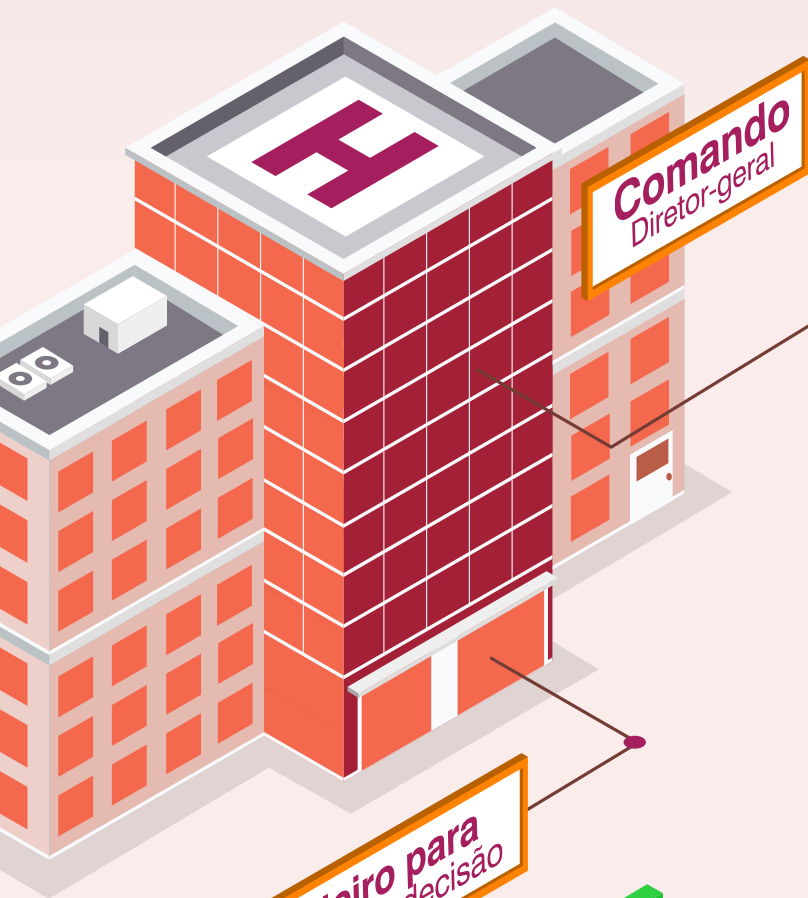


Participantes
(gestores de cada área)



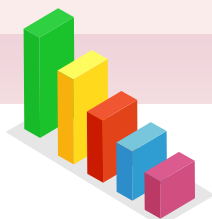
TEMAS

1. Compras de EPIs
2. Como tratar pacientes positivos
3. Evasão de recursos humanos
4. Testes PT-PCR para equipe médica e colaboradores
5. Treinamento para equipes sobre medidas de prevenção
6. Assistência a pacientes oncológicos
7. Reagendamento de consultas e procedimentos cirúrgicos
8. Adequação de UTI aos novos protocolos sanitários
9. Atualização para equipe médica sobre novos tratamentos e evolução da Covid-19.



Comando
Diretor-geral

Roteiro para
tomada de decisão



- 1 Diretor-geral abre a reunião
- 2 Gestores expõem as suas demandas
- 3 Prioridades são estabelecidas a partir da urgência
- 4 Debate entre os gestores e diretoria decide a solução
- 5 Prazo para implementação é estabelecido. Geralmente, 24 horas ou até a próxima reunião
- 6 Gestor é convocado a assumir a liderança de sua área
- 7 Diretor-geral solicita que decisões sejam registradas em ata
- 8 Comunicação social é responsável pela redação da ata
- 9 Gestores repassam novas diretrizes para os seus colaboradores
- 10 Comunidade hospitalar é informada por meio da intranet e outros canais

PERIODICIDADE



1. Encontros semanais ou quinzenais. Presenciais ou virtuais.
2. Em casos excepcionais, reuniões podem ocorrer de 12 em 12 horas.

SOBRE AS DECISÕES

1. Hierarquicamente, o diretor-geral tem voz ativa.
2. Na ausência do diretor-geral, gabinete de crise pode decidir de forma colegiada.
3. As informações registradas em ata são repassadas para a comunidade hospitalar, além da imprensa.

Operações – Equipe médica, enfermagem, UTI.

Logística – EPI, Insumos, Equipamentos, Farmácia, Rouparia, Manutenção.

Administrativo / Financeiro – Recursos humanos, Serviços, Administração geral.

Planejamento – Dados (informações), Comissão de Infecção hospitalar para a Covid.

Comunicação social – Jornalistas, relações públicas, designers e fotógrafos da instituição.

SOLUÇÕES

1. Adequação orçamentária e procura no mercado para a compra. Incentivo ao uso consciente de EPIs.
2. Separação de ala exclusiva para atendimento e encaminhamento para a rede de referência; triagem rigorosa para acessar dependências do complexo hospitalar.
3. Testagem em massa, realocação de equipes, adiamento de férias.
4. Convênio com MS e secretarias estaduais e municipais, mobilização de estrutura de pesquisa.
5. Divulgação de medidas de prevenção e novos protocolos sanitários em canais internos.
6. Estudo de caso de cada paciente para reagendamento de consultas e cirurgias; teleconsulta; diminuição de visitas; novo protocolo para acompanhantes; uso obrigatório de máscara nas dependências do complexo hospitalar; disponibilização de *dispensers* de álcool em gel e medidores de temperatura.
7. Estudo de caso de pacientes a partir do prontuário médico.
8. Compra de equipamentos e treinamento de equipes. Realocação de equipes médicas em casos positivos.
9. Contato com comunidade científica para atualizações sobre a doença.

SOBRE A COVID-19

1. Gabinete de crise era informado sobre os avanços e as descobertas da comunidade científica sobre a doença.
2. Atualização de novos protocolos em tempo real.



QUEREMOS REDE CÂNCER

Olá. Me chamo Paula, sou enfermeira e gostaria de receber a revista impressa em minha residência.

Paula da Silva Carvalho Fadini – Espírito Santo do Pinhal, SP

Gostaria de receber a versão impressa da revista REDE CÂNCER. Seria possível?.

Alexsandra de Brito Torquato – Caicó, RN

Prezados, acompanho o *site* do INCA e gostaria de receber a revista REDE CÂNCER e demais publicações impressas.

Monique Fernanda Félix Ferreira – Santa Luzia, MG

Recebemos e agradecemos pelo envio da publicação REDE CÂNCER, de excelente qualidade gráfica e editorial. Ressaltamos ainda que é de grande valia para o acervo da Biblioteca do Instituto Evandro Chagas (IEC) continuar a ser receptora de tão valiosa publicação. Att,

Clarice Silva Neta (Bibliotecária) – Ananindeua, PA

FONTE DE PESQUISA

Prezados, o setor de Periódicos da Biblioteca Central da Univale, Universidade Vale do Rio Doce, tem a satisfação de agradecer pelo recebimento da revista REDE CÂNCER n.46, out. 2020, uma vez que esta revista é de extrema importância para nossos alunos e fonte de pesquisa para todos os cursos de graduação, pós-graduação e mestrado da Universidade.

Leonardo Lanes Pena – Governador Valadares, MG

Nota da Redação: agradecemos o interesse e os elogios. Informamos, porém, que nem todo o material gráfico disponível no Portal do INCA é enviado impresso. A maioria deve ser baixada e impressa pelos próprios interessados. A versão digital pode ser obtida em <https://www.inca.gov.br/revista-rede-cancer>



Faça você também parte desta Rede. Colabore enviando dúvidas, sugestões, críticas e elogios para a REDE CÂNCER no e-mail comunicacao@inca.gov.br ou pelo telefone: (21) 3207-5963.