

GRIPE A

UM HOSPITAL PÚBLICO E UNIVERSITÁRIO
NA FRENTE CONTRA A INFLUENZA A-H1N1



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

GRIPE A

UM HOSPITAL PÚBLICO E UNIVERSITÁRIO
NA FRENTE CONTRA A INFLUENZA A-H1N1



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

HCPA: Um hospital público e universitário na frente contra a Influenza A-H1N1

Publicação especial da Assessoria de Comunicação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Planejamento, pesquisa, redação e edição: Jornalista Elisa Kopplin Ferraretto

Fotografias: Clóvis Prates

Fotografia da Capa: Banco de Imagens Istockphoto

Projeto Gráfico e Editoração: Engenho de Idéias

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização prévia da Assessoria de Comunicação Social do HCPA.

MINISTRO DA EDUCAÇÃO

Prof. Fernando Haddad

SECRETÁRIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

Prof.^a Maria Paula Dallari Bucci

REITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Prof. Carlos Alexandre Netto

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

• Conselho Diretor

Presidente do HCPA

Prof. Amarílio Vieira de Macedo Neto

Vice-Reitor da UFRGS

Prof. Rui Vicente Oppermann

Diretor da Faculdade de Medicina da UFRGS

Prof. Mauro Antônio Czepielewski

Pró-Reitora de Administração da UFRGS

Prof.^a Maria Aparecida Grendene de Souza

Representante da Escola de Enfermagem da UFRGS

Prof.^a Eva Neri Rubim Pedro

Representante da Pró-Reitoria de Planejamento da UFRGS

Prof. Alberto Tamangna

Representante do Ministério da Educação

Prof. José Henrique Paim Fernandes

Representante do Ministério da Saúde

Prof. Carlos Felipe Almeida D'Oliveira

Representante do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

Prof. Gustavo de Mello

Representante do Ministério da Fazenda

Eng.^a Ana Cristina Bittar de Oliveira

Representantes da Faculdade de Medicina da UFRGS

Prof. Cláudio Paiva

Prof. José Geraldo Lopes Ramos

• Administração Central

Presidente

Prof. Amarílio Vieira de Macedo Neto

Vice-presidente Médico

Prof. Sergio Pinto Ribeiro

Vice-presidente Administrativa

Tanira Torelly Pinto

Coordenadora do Grupo de Enfermagem

Prof.^a Maria Henriqueta Luce Kruse

Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação

Prof.^a Nadine Clausell

Apresentação	7
Introdução	9
O CONTEXTO DA EPIDEMIA.....	13
Surgimento e evolução mundial	14
A Influenza A-H1N1 no Brasil e no RS.....	15
O HCPA NA FRENTE CONTRA A INFLUENZA A-H1N1	19
PARCERIA PARA ENFRENTAR A CRISE:	
Instala-se o hospital de campanha	20
<i>Indicadores</i>	26
NOVAS DEMANDAS, NOVAS ESTRATÉGIAS:	
Internação e CTIs adaptam-se para atender casos de gripe..	30
Internação de adultos:	
protocolos para tratamento e alta.....	30
<i>Indicadores</i>	32
Terapia Intensiva de adultos:	
atenção aos pacientes graves	33
<i>Indicadores</i>	36
Pediatria e UTIP: cuidados com as crianças	36
<i>Indicadores</i>	37
MEDICAMENTOS:	
Mobilização intensa para assegurar tratamento.....	39
<i>Indicadores</i>	43
CONTROLE DE INFECÇÃO:	
Vigilância e ação permanentes para conter o vírus	45
<i>Indicadores</i>	47
MEDICINA OCUPACIONAL:	
Cuidando da saúde dos profissionais	50
<i>Indicadores</i>	53
MOBILIDADE	
Menor circulação de pessoas para maior segurança.....	56
APOIO	
Mantendo a estrutura em funcionamento.....	59
HOMENAGEM	
O reconhecimento do HCPA a equipes e parceiros.....	63
CONCLUSÃO	
Esforços compensados e aprendizado adquirido	69
GRÁFICOS, TABELAS, QUADROS E FIGURAS	71
FONTES CONSULTADAS	72



*Somos o que repetidamente fazemos.
A excelência, portanto, não é um feito,
mas um hábito.*

Aristóteles

O inverno de 2009 entrou para a história do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) como um período de grande mobilização e adaptação. Nosso Hospital Universitário – empresa pública de direito privado nacionalmente reconhecida como referência na assistência de alta complexidade à saúde, na formação de recursos humanos e no desenvolvimento de pesquisas – viu-se momentaneamente convertido em um verdadeiro hospital de campanha, para suprir as necessidades de atendimento à população em meio à pandemia da Influenza A-H1N1, uma nova variação de gripe que se manifestou de forma rápida e exigiu respostas ágeis dos serviços de saúde.

Temos a segurança e o orgulho de afirmar que o HCPA atuou, neste momento crítico e delicado, como um dos estais da saúde pública no estado do Rio Grande do Sul. Com medidas dinâmicas e resolutivas, nosso hospital esteve permanentemente presente, tanto na assistência à população quanto na contenção da propagação do vírus e na divulgação de informações e orientações aos cidadãos.

Tudo isso tornou-se possível graças a diferentes fatores. Um deles foi a condição acadêmica do Hospital de Clínicas, que oportuniza a existência de um quadro clínico liderado por professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, familiarizados com as melhores práticas em saúde e capacitados para atuar com efetividade em diferentes contextos. Outro elemento da maior importância foi a inserção da instituição como parceira na qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), o que o conduziu a uma pronta resposta às



Administração Central do HCPA reunida com o diretor do HACO, coronel médico João Carlos Rodrigues de Azeredo



*Prof. Amarilio Vieira de Macedo Neto,
presidente do HCPA*

emergentes demandas da sociedade. Há que destacar, ainda, a ampla e incondicional mobilização de todos os profissionais desta casa, que se dedicaram de forma ímpar para que a população tivesse acesso a um atendimento qualificado e a todas as informações, orientações e esclarecimentos necessários. Por fim, faz-se indispensável mencionar a valiosa parceria encontrada junto ao Hospital de Aeronáutica de Canoas, sem a qual não teria sido possível desencadear todos os esforços mobilizados a partir do final de junho de 2009.

O objetivo da presente publicação é resgatar o trabalho realizado, de forma a deixar registrado este capítulo ímpar nos 38 anos de história do HCPA, em que a instituição fez frente a uma das maiores pandemias já experienciadas em tempo recente. Com isto, pretendemos, reafirmando a liderança da Instituição no cenário regional e nacional da saúde, compartilhar o muito que aprendemos, contribuindo para qualificar cada vez mais os serviços de saúde colocados à disposição da sociedade.

Prof. Amarilio Vieira de Macedo Neto
Presidente

O HCPA é um hospital público e universitário, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Foi criado, por lei promulgada em 2 de setembro de 1970, como uma Empresa Pública de Direito Privado destinada a prestar assistência à população, formar recursos humanos e promover pesquisas em saúde.

Com 750 leitos, o HCPA é um dos principais responsáveis pelo atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) na capital gaúcha. Sua produção assistencial anual abrange cerca de 552 mil consultas, 29 mil internações, 41 mil procedimentos cirúrgicos, 245 mil procedimentos em consultórios, 2,5 milhões de exames, 4 mil partos, 340 transplantes e atendimento a 7,6 mil pessoas em grupos de apoio.

Na área de ensino, atua, em vínculo com a UFRGS, na formação e qualificação de profissionais da saúde. A cada ano, recebe 2,2 mil acadêmicos, 340 médicos residentes e alunos de nove programas de pós-graduação, além de disponibilizar estágios a 1,6 mil estudantes de diversas áreas. O Clínicas atua, ainda, na formação em nível médio, através de sua Escola Técnica de Enfermagem e de parceria com a Escola Estadual Técnica em Saúde, pertencente à Secretaria da Educação do Rio Grande do Sul.

Produzindo e disseminando conhecimentos em saúde, a área da pesquisa recebe anualmente cerca de 700 novos projetos, desenvolvidos em estrutura própria, que inclui o Centro de Pesquisas Experimentais e o Centro de Pesquisa Clínica. A instituição destaca-se, ainda, por coordenar a Rede Nacional de Pesquisa Clínica e sediar quatro Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia (INCT) financiados pelo CNPq/Ministério da Ciência e Tecnologia.

Para a realização deste conjunto de atividades assistenciais, de ensino e pesquisa, o HCPA conta com um quadro profissional



Prof. Sergio Pinto Ribeiro, vice-presidente médico do HCPA



Grupo Consultivo reuniu-se diariamente para traçar estratégias

composto por 290 professores da UFRGS, 4,3 mil funcionários (todos concursados e regidos pela CLT) e 340 médicos participantes de 44 programas de residência médica.

Com uma atuação de reconhecida qualidade e referência ao longo de suas quase quatro décadas de história, em junho de 2009 a instituição deparou-se com um novo desafio: o de integrar os esforços da rede de saúde para fazer frente à epidemia da nova gripe, a Influenza A-H1N1, lidando com um vírus até então desconhecido, a exigir aprendizados e readequações constantes. Uma das primeiras medidas tomadas foi a produção de um informativo direcionado aos profissionais do HCPA, esclarecendo e orientando sobre a nova gripe e as medidas necessárias à proteção individual. Na sequência, acompanhando o cenário e as normas internacionais, nacionais e locais, o hospital atualizou protocolos, mobilizou e redimensionou equipes, adaptou unidades e rotinas, atendendo casos crescentes em número e em complexidade e buscando conter a propagação do vírus H1N1.

A Administração Central do HCPA dedicou grande atenção ao assunto, delineando e renovando sistematicamente estratégias e ações. Estas envolveram, de um lado, inúmeros contatos com gestores e autoridades sanitárias, visando não apenas equacionar problemas enfrentados pela instituição como também contribuir para a construção conjunta de soluções. Ao mesmo tempo, a direção do hospital focou-se na mobilização interna para enfrentar a epidemia, convidando diferentes áreas e profissionais a se engajarem aos esforços institucionais. Sob coordenação da Vicepresidência Médica, formou-se o Grupo Consultivo, integrado por representantes dos diversos setores envolvidos no atendimento à gripe. Durante todo o período de maior criticidade, este grupo reuniu-se diariamente, para compartilhar informações, analisar indicadores, projetar tendências e propor novas medidas.

Foi organizada uma estrutura de pronta resposta assistencial aos pacientes suspeitos de Influenza A-H1N1, constituindo-se um fluxo rápido de atendimento aos casos de gripe, com envolvimento de unidades e serviços com diferentes níveis de complexidade. Esta estratégia abrangeu pronto atendimento em barracas de campanha instaladas em parceria com o Hospital de Aeronáutica de Canoas e na Unida-

de Básica de Saúde; retaguarda aos casos mais graves no Serviço de Emergência; e fluxo facilitado de internação de pacientes, incluindo equipe de saúde e leitos especificamente dedicados à reorganização da assistência, de modo a ampliar a oferta de leitos de terapia intensiva.

Houve necessidade, ainda, de tomar decisões difíceis, mas indispensáveis para que o hospital se adequasse às urgentes demandas daquele momento. Um exemplo foi o cancelamento temporário das cirurgias eletivas, a fim de garantir vagas na internação, no Centro de Tratamento Intensivo de Adultos e na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica para pacientes da nova gripe com quadros agravados.

Foi preciso agir, também, no sentido de conter a propagação do vírus. Com esta finalidade específica, criou-se o Grupo de Mobilidade, de formação multidisciplinar, que passou a estudar e recomendar à comunidade interna medidas preventivas – como o uso de equipamentos de proteção individual e a intensificação na higienização das mãos –, as quais foram acompanhadas do permanente monitoramento da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e da decuplicação na produção de álcool gel pela Farmácia do HCPA. O grupo buscou, ainda, alternativas para reduzir o número de pessoas circulantes no hospital, propondo ações como afastamento das profissionais gestantes, licenciamento de estagiários, cancelamento de diversos eventos, limitação de visitas, fechamento da creche para filhos de funcionários e adiamento do retorno dos acadêmicos às aulas, entre outras.

Para viabilizar o conjunto de ações de combate à Influenza A-H1N1, o HCPA observou um aumento de quase 40% nos custos com medicamentos, materiais médico-hospitalares e outros produtos e utensílios. A tabela 1 e o gráfico 1 mostram a evolução dos gastos com estes itens de junho a outubro de 2009, comparativamente com o mesmo período de 2008:

Custos do HCPA com as ações contra a Influenza A-H1N1		
	Jun. a out. 2008	Jun. a Out. 2009
Medicamentos	R\$ 239.028,65	R\$ 408.242,94
Material médico-hospitalar	R\$ 604.926,30	R\$ 859.440,41
Materiais Serviço de Nutrição e Dietética	R\$ 199.096,87	R\$ 186.531,71
Materiais de Laboratório / Diagnóstico	R\$ 3.186,42	R\$ 9.228,00
Higiene / Limpeza / Segurança	R\$ 13.503,30	R\$ 22.983,61
Produtos Farmácia Industrial	R\$ 28.074,90	R\$ 51.288,20
Utensílios diversos Serviço de Nutrição e Dietética	R\$ 84.599,57	R\$ 99.359,89
Total	R\$ 1.172.415,90	R\$ 1.637.074,60
Variação no período	R\$ 464.658,70 (39,6%)	

Tabela 1 – Custos envolvidos na campanha contra a Influenza A-H1N1

CUSTOS

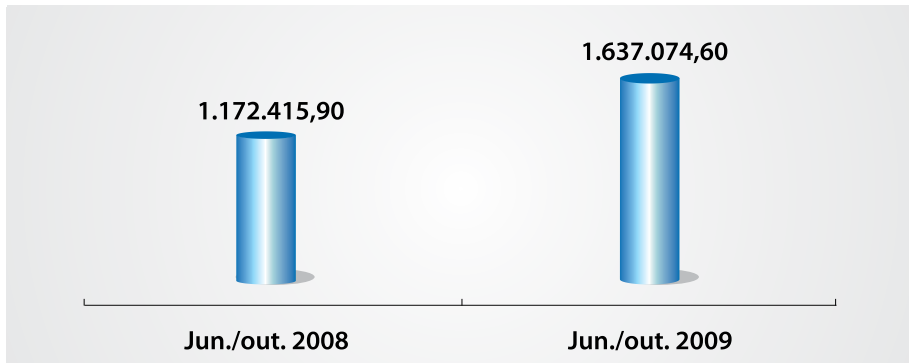


Gráfico 1 – Comparação dos custos: Jun./out. 2008 x Jun./out. 2009

Tanto quanto inédita, esta foi, para o HCPA, uma experiência rica, que deixou inúmeros aprendizados sobre a capacidade de resposta gerencial, assistencial e de mobilização frente a situações emergenciais e catástrofes. Algumas das medidas adotadas no período estão, inclusive, incorporando-se às rotinas da instituição, principalmente no que diz respeito ao controle da disseminação de infecções no ambiente hospitalar.

Assim, o Hospital de Clínicas sai deste episódio fortalecido e detentor de novos conhecimentos, os quais, em sua condição de hospital público e universitário, sente-se no dever de partilhar com a comunidade científica e a sociedade em geral. Daí a motivação para produzirmos a presente publicação, que retrata as ações implementadas e os resultados obtidos. Resumimos este conjunto de informações em uma série de capítulos que relatam a atuação das principais frentes de atendimento à Gripe A-H1N1 – sempre ressaltando que, em cada uma delas, existiram inúmeros profissionais, das mais diferentes áreas, atuando incansavelmente, dia após dia. Nomes de pessoas não são citados justamente porque seria impossível mencionar, em uma única publicação, todos os que tiveram atuação decisiva para que a epidemia da nova gripe fosse enfrentada de forma ágil e efetiva.

Tratou-se de um esforço coletivo, guiado por um foco único: o atendimento qualificado à população.

Prof. Sergio Pinto Ribeiro
Vice-presidente Médico



O CONTEXTO DA EPIDEMIA



Surgimento e evolução mundial

Em abril de 2009, o mundo tomou conhecimento sobre uma variante do vírus da gripe, que começava a se manifestar, principalmente, em casos identificados no México e nos Estados Unidos. Tratava-se de uma doença respiratória aguda, altamente contagiosa, chamada inicialmente de Gripe Suína, pelo fato de seu agente causador ser um subtipo de vírus originado de uma recombinação genética entre vírus de origens suína, humana e aviária. Posteriormente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) batizou-a oficialmente como Influenza A-H1N1, ou seja, um tipo de gripe causado pelo vírus denominado Influenza H1N1.

No princípio, pouco se sabia sobre o comportamento deste vírus, sua capacidade de propagação e sua letalidade. Em contrapartida, cada vez mais circulavam informações a respeito do rápido aumento no número de casos e, inclusive, de mortes causadas pelo H1N1. Transcorridos pouco mais de 60 dias do início da pandemia, o número de casos saltou para mais de 70 mil, em 116 países, com um saldo de 311 mortes¹.

Em meio a esta rápida evolução da doença, a OMS emitiu alertas sistemáticos, com níveis crescentes. Em 11 de junho, declarou que a situação chegara a um alerta de fase 6² – o nível máximo de pandemia, indicando que um novo vírus havia emergido com circulação rápida e livre. Em breve, o H1N1 já era o vírus gripal dominante em circulação na maior parte do mundo³, e só iria reduzir o ritmo de contágio no início de setembro, principalmente nos países do Hemisfério Sul, coincidindo com o final do inverno. A partir deste momento, houve redução substantiva no número de casos de Influenza A-H1N1.

Boletim divulgado pela OMS⁴ no dia 18 de setembro apresentava um balanço geral dos números de casos e óbitos registrados em todo o mundo:

1. **Influenza A (H1N1) - Update 55 (29 jun. 2009)**. Disponível em: <http://www.who.int/csr/don/2009_06_29/en/index.html>. Acesso em: 8 set. 2009.

2. **El nivel de alerta de pandemia de gripe se eleva de la fase 5 a la fase 6 (11 jun. 2009)**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/es/index.html>. Acesso em: 8 set. 2009.

3. **Preparación para la segunda oleada: enseñanzas extraídas de los brotes actuales (28 ago. 2009)**. Disponível em: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_second_wave_20090828/es/index.html>. Acesso em: 8 set. 2009.

4. **Pandemic (H1N1) 2009 - Update 66 (18 set. 2009)**. Disponível em: <http://www.who.int/csr/don/2009_09_18/en/index.html>. Acesso em: 24 set. 2009.

Influenza A-H1N1 no mundo

- 296.471 casos
- Pelo menos 3.486 mortes

Quadro 1 – Influenza A-H1N1 no mundo: casos e óbitos até set. 2009

A OMS, no entanto, ressaltou que estes números não retratavam plenamente a realidade, por considerarem apenas os casos confirmados por testes de laboratório, que não foram realizados sistematicamente em todos os países afetados.

A Influenza A-H1N1 no Brasil e no RS

No Brasil, os primeiros casos de Gripe A-H1N1 começaram a ser registrados em junho, principalmente no Rio Grande do Sul, devido à proximidade com a Argentina, o Chile e o Uruguai, onde o contágio havia se alastrado rapidamente, e à similaridade climática com estes países – clima temperado, com inverno rigoroso, propiciando o acelerado aumento no número de casos da doença. Já no final daquele mês, havia 680 pessoas com a nova gripe no país – 85 delas no Rio Grande do Sul⁵, onde também ocorreu o primeiro óbito pela doença no país.

Em pouco menos de três meses, houve uma escalada nestes números, como demonstra o quadro a seguir, que apresenta os totais de casos e óbitos no país e no estado ao final de setembro:

Influenza A-H1N1 no Brasil⁶:

- 9.249 casos confirmados
- 899 óbitos

No Rio Grande do Sul:

- 4.458 casos notificados / 830 casos confirmados⁷
- 190 óbitos⁸

Quadro 2 – Influenza A-H1N1 no Brasil e RS: casos e óbitos até set. 2009

5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ocorrências de casos humanos de infecção por Influenza A (H1N1) (30.06.09)**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/influenza_ah1n1_30062009.pdf>. Acesso em: 8 set. 2009.

6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Situação epidemiológica da nova Influenza A (H1N1) no Brasil, até a semana epidemiológica 36 de 2009**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_influenza_se_36.pdf>. Acesso em: 28 set. 2009.

7. CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Boletim Influenza A-H1N1 (18 de setembro de 2009)**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1253551016989Boletim%20Influenza%20A%20H1N1%20no%204%2018%5B1%5D.09.09.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2009.

8. SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Estado registra mais sete óbitos por Gripe A**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=noticias&cod=3398>>. Acesso em: 28 set. 2009.

Esses dados dão ideia da magnitude do problema enfrentado pela população, pelas autoridades sanitárias e pelos serviços de saúde ao longo de um período de aproximadamente quatro meses, entre o surgimento dos primeiros casos e o arrefecimento do contágio. Foi preciso lidar com um vírus novo, desconhecido, que se alastrou rapidamente e causou mortes. Mais ainda, que se mostrou prevalente e letal principalmente entre pessoas jovens – a maioria dos casos graves e fatais foi registrada em adultos com idade inferior a 50 anos, ao contrário da influenza sazonal, na qual cerca de 90% destes casos atingem maiores de 65 anos⁹.

O fator novidade fez com que as recomendações de proteção e os protocolos clínicos de atendimento aos casos da doença sofressem constantes modificações. No Rio Grande do Sul, os primeiros protocolos, elaborados em meados de maio, eram baseados em medidas de contenção e consideravam casos suspeitos apenas os de pessoas com sintomas específicos – como febre superior a 38° C e tosse – e que tivessem retornado recentemente de países afetados ou tido contato próximo com alguém procedente destas localidades. Para a confirmação e o consequente tratamento, era necessário o resultado de exame por PCR em tempo real, realizado em laboratório de referência¹⁰.

As modificações introduzidas nos protocolos de atendimento devido ao crescimento e agravamento da doença foram, gradativamente, desafiando as rotinas assistenciais empregadas pelos serviços de saúde gaúchos, sob a coordenação da Secretaria Estadual da Saúde (SES). A constatação da livre circulação do vírus no Brasil fez com que perdessem importância as estratégias baseadas em medidas de contenção – passando a ser priorizada a mitigação – e eliminou a necessidade de existência de contato do paciente com indivíduos de países afetados para que se considerasse a possibilidade de contaminação.

9. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preparación para la segunda oleada: enseñanzas extraídas de los brotes actuales. (28 ago. 2009).** Disponível em: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_second_wave_20090828/es/index.html>. Acesso em: 9 set. 2009.

10. CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Influenza A H1N1. Protocolo de procedimentos elaborado em 11/05/2009.** Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados>>. Acesso em: 16 set. 2009.

Por outro lado, os exames clínicos específicos para detecção do vírus H1N1, antes feitos em todos os casos suspeitos, passaram a ser realizados apenas naqueles mais graves. O medicamento fosfato de oseltamivir, empregado no tratamento da doença, inicialmente com indicação restrita a poucos casos, teve seu uso flexibilizado: passou a ser indicado, no início de agosto, a todos os indivíduos que apresentassem síndrome respiratória aguda grave ou síndrome gripal com presença de fatores de risco e, em meados do mesmo mês, podendo ser usado a critério da avaliação médica.

Em meio a esse cenário dinâmico, a SES foi gradualmente adotando novas medidas e readequando-as sempre que necessário, para, de um lado, possibilitar que os serviços de saúde absorvessem a demanda assistencial originada pela epidemia e, de outro, controlar a propagação da doença. No primeiro caso, os hospitais adiararam procedimentos como as cirurgias eletivas, a fim de que pudessem disponibilizar mais leitos de internação e terapia intensiva para os casos agudos da Influenza A. No segundo, foram suspensas aulas nas escolas e universidades, atendimento em creches e outras atividades que implicassem aglomeração de pessoas em ambientes fechados.

Somam-se a este quadro de permanente mutação diversas outras dificuldades surgidas ao longo do percurso, como a necessidade de espera para obtenção dos resultados dos exames – o que impossibilitava o conhecimento imediato sobre o número real de casos confirmados de contaminação pelo H1N1 – e as constantes ameaças de falta do oseltamivir – causando insegurança entre a população e apreensão nos serviços de saúde. Há que ressaltar, ainda, a identificação de grupos de risco – como gestantes, crianças com idade inferior a dois anos e portadores de doenças crônicas –, a exigir medidas especiais, e o adoecimento de profissionais de saúde, reduzindo os plantéis assistenciais.

Em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, até o final de junho a instituição de referência em Gripe A era o Grupo Hospitalar Conceição, que estava preparado

para atender às condições inicialmente exigidas, como a disponibilidade de salas de isolamento com pressão negativa. Mas a disseminação da epidemia tornou esta alternativa insuficiente, fazendo com que diversos outros hospitais passassem a receber casos suspeitos da doença. É aí que começa a história da participação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na frente contra a Influenza A-H1N1, relatada nos capítulos a seguir.



**O HCPA NA FRENTE CONTRA A
INFLUENZA A-H1N1**

PARCERIA PARA ENFRENTAR A CRISE: Instala-se o hospital de campanha

Em uma epidemia, tudo ocorre de forma muito rápida. Não há tempo para uma longa preparação ou um planejamento detalhado. O mais importante é a atenção diária a cada fato novo, acompanhada de agilidade e efetividade na capacidade de resposta e adoção das medidas necessárias.

A Administração Central do HCPA ficou atenta às primeiras notícias sobre o surto de Influenza A-H1N1 em outros países, prevendo uma eventual necessidade de se engajar, a qualquer momento, no atendimento à doença. Acompanhando os informes internacionais da OMS e a literatura especializada, também obteve as primeiras orientações para divulgação aos profissionais da instituição, através do *Manual do Profissional de Saúde do HCPA - Gripe A (Influenza A-H1N1)*, abordando aspectos como a identificação de casos suspeitos da nova gripe e a recomendação de uso de equipamentos de proteção individual pelas equipes.

20 Ao ingressar na frente de atendimento, o HCPA inicialmente definiu a Unidade Básica de Saúde (UBS), que mantém em parceria com o município de Porto Alegre, como o local para recebimento dos casos suspeitos. O primeiro foi atendido no dia 26 de junho, em uma sala da UBS que, originalmente projetada para atender pacientes com tuberculose, possuía melhores condições de isolamento e ventilação. O espaço ainda não estava em funcionamento, mas, com o trabalho conjunto dos profissionais da unidade e do Serviço de Emergência, foi rapidamente colocado em condições de receber os pacientes. Eram, em sua grande maioria, pessoas que procuravam a UBS para esclarecer dúvidas, por terem tido algum contato com pessoas de países afetados, como indicava o protocolo oficial do Ministério da Saúde¹¹ daquele momento. Este também estabelecia critérios específicos para que fosse realizada a coleta de secreção para exame, observados pela primeira vez na UBS em uma criança que havia estado na Espanha. A procura tímida nos primeiros dias foi apresentando uma rápida escalada ao longo da primeira semana.

11 . MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de procedimentos para manejo de casos e contatos de Influenza A (H1N1) (26.06.2009)**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/influenza_protocolo_procedimentos_26_06_2009.pdf>. Acesso em: 30 out. 2009.



HACO instalou as barracas no final de junho



Coronel Azeredo, diretor do HACO, e professor Amarilio, presidente do HCPA, na instalação das barracas



Equipes do HCPA e do HACO atuaram conjuntamente

A progressão de casos indicou que, em breve, a UBS não seria capaz de atender à demanda rapidamente ascendente. Um novo sinal de alerta surgiu com o óbito de uma criança internada na UTI Pediátrica do Clínicas, com suspeita de Influenza A-H1N1. O HCPA percebeu, então, que uma nova estratégia se fazia necessária. De imediato, foi descartada a alternativa de encaminhar os casos suspeitos de Gripe A para o Serviço de Emergência, uma vez que sobrecarregaria ainda mais o sempre superlotado serviço e sujeitaria os demais pacientes – em sua maioria, portadores de doenças graves – ao risco de potencial contaminação pelo vírus da Influenza A-H1N1.

A solução veio através de uma parceria com o V Comando da Aeronáutica/ Hospital de Aeronáutica de Canoas (HACO), que instalou, em frente ao HCPA, duas barracas: implantava-se, assim, o hospital de campanha, onde médicos e técnicos de enfermagem do HACO, equipe de enfermagem da Emergência do Clínicas e médicos de diferentes especialidades do HCPA e professores da Faculdade de Medicina da UFRGS atenderam conjuntamente, todos os dias, das 8h às 18h, ao longo de mais de três meses. À noite, os atendimentos eram realizados no Serviço de Emergência.

Em 1º de julho, as barracas passaram a receber pessoas que, em sua maioria, desejavam acima de tudo esclarecer dúvidas. Os profissionais de enfermagem da Emergência – um enfermeiro e dois técnicos por turno – faziam a triagem inicial e os poucos casos suspeitos eram passados para atendimento pela equipe médica, realizando-se também a coleta de secreção nasal para posterior confirmação da contaminação, sempre de acordo com o protocolo assistencial vigente na época¹².

12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de procedimentos para manejo de casos e contatos de Influenza A (H1N1) (26.06.2009)**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/influenza_protocolo_procedimentos_26_06_2009.pdf>. Acesso em: 30 out. 2009.



Atendimentos no hospital de campanha começaram em 1º de julho



No início, a comunidade buscava, principalmente, informações



Em julho, procura dos pacientes foi intensa

No final da primeira quinzena de julho, o perfil dos que procuravam as barracas começou a se modificar rapidamente. Já não eram mais apenas pessoas em busca de informações, mas indivíduos com sintomas de gripe em diferentes níveis e estágios. Acompanhando os novos protocolos¹³ de atendimento oficiais, a coleta de material de exame começou a ser feita apenas nos pacientes que apresentassem formas graves da infecção e alguns destes, de acordo com a avaliação médica, passaram a ser encaminhados para internação hospitalar, onde eram tratados com oseltamivir e demais cuidados. Os casos mais simples inicialmente eram liberados para tratamento em casa, apenas com orientações sobre os cuidados a serem tomados. Gradualmente, com a flexibilização nos protocolos¹⁴ de uso do medicamento, qualquer paciente sintomático passou a deixar as barracas já tendo tomado a primeira dose do medicamento e levando o restante do tratamento para ser continuado em sua residência.

Em agosto, novamente o perfil dos pacientes sofreu modificações. Enquanto, em julho, a procura por atendimento nas barracas fora grande, mas com baixo índice de gravidade, em agosto a situação se inverteu: o número de pacientes teve uma ligeira queda, mas a gravidade dos casos cresceu sensivelmente, exigindo mais exames complementares e maior número de internações. A dispensação de oseltamivir foi igualmente ampliada.

O trabalho nas barracas caracterizou-se pela organização e dinamismo. Um formulário específico para atendimento dos casos foi criado pelas equipes, facilitando a identificação e o registro dos

13. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de manejo clínico e vigilância epidemiológica da Influenza A (15.07.2009)**. Disponível em: < http://www.saude.pe.gov.br/influenza/influenza_protocolo_15_07_2009.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2009.

14. CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Protocolo de indicações para o uso do oseltamivir (31.07.2009)**. Disponível em: < http://www.saude.rs.gov.br/dados/125017871546712500941214121249343392183USO_TAMIFLU_31_07_09.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2009.



Emergência responsabilizou-se pelo atendimento no turno da noite



Em 23 de setembro, atividades foram encerradas



Desmontagem das barracas simbolizou o fim da mobilização especial

sintomas pelos técnicos de enfermagem e o encaminhamento devido a cada situação. Da mesma forma, os profissionais desenvolveram fluxogramas (*ver figura 1*), protocolos de atendimento e receitas padronizadas. Em consequência, mesmo nos momentos de demanda mais crítica, o tempo de espera não superou uma hora. Para proporcionar mais conforto para os pacientes, em agosto o HACO instalou uma terceira barraca, que serviu como sala de espera para pacientes aguardando resultados de exames.

Tudo isto aconteceu em meio a um dos invernos mais rigorosos do Rio Grande do Sul nos últimos anos. Recorrentes temperaturas de um dígito, vento e chuva, no entanto, não diminuíram a dedicação dos profissionais que atuaram nas barracas.

A equipe de enfermagem do Serviço de Emergência – composta por 32 enfermeiros e 104 técnicos – adaptou suas escalas, cancelou folgas, adiou férias e ampliou horas extras para dar conta do atendimento normal da Emergência ao mesmo tempo em que absorvia a nova demanda das barracas. Os grupos escalados para o hospital de campanha eram formados por um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem por turno, das 8h às 18h.

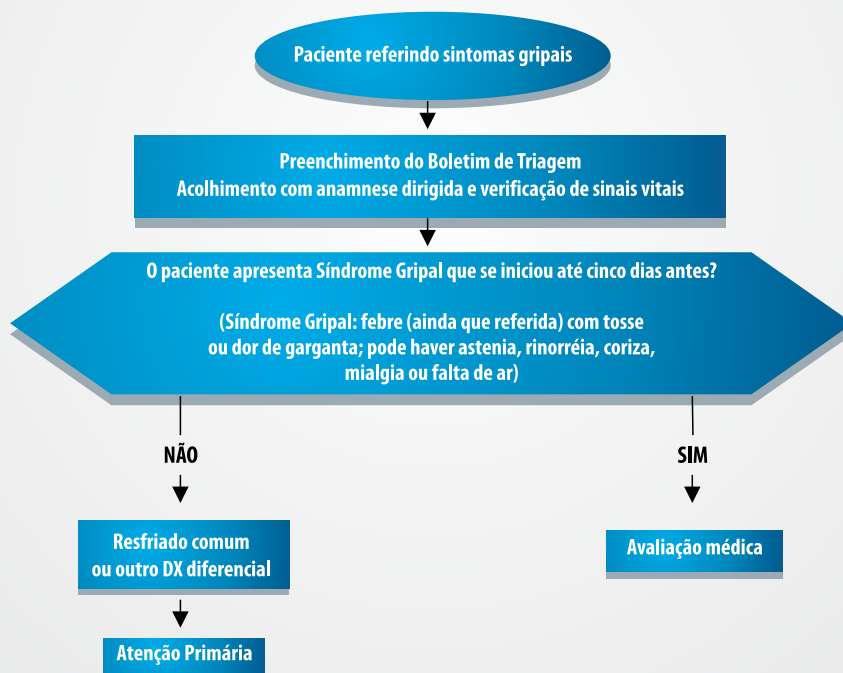
Professores, médicos contratados e residentes de diferentes serviços médicos prontamente voluntariaram-se para realizar o atendimento nas barracas. O Serviço de Medicina Interna e a Unidade de Infectologia responsabilizaram-se, a partir de 25 de julho, pelo turno das 8h às 13h, sete dias por semana, organizando escalas entre os 80 integrantes da equipe. Já no turno da tarde houve rodízio entre profissionais de diversas especialidades: Atenção Primária à Saúde, Cardiologia, Cirurgia Geral, Emergência, Endocrinologia, Fisiatria e Reabilitação, Genética Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia Clínica, Hemoterapia, Medicina Nuclear, Neurologia, Nutrologia, Oncologia, Oncologia Pediátrica, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Psiquiatria da Infância e Adolescência, Radioterapia, Reumatologia, Urologia, Nefrologia e Mastologia.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DOS PACIENTES COM SUSPEITA DE INFLUENZA A - H1N1

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL A SER UTILIZADO PELOS PROFISSIONAIS

- * Máscara N95
- * Avental

1. ACOLHIMENTO



2. ATENDIMENTO MÉDICO

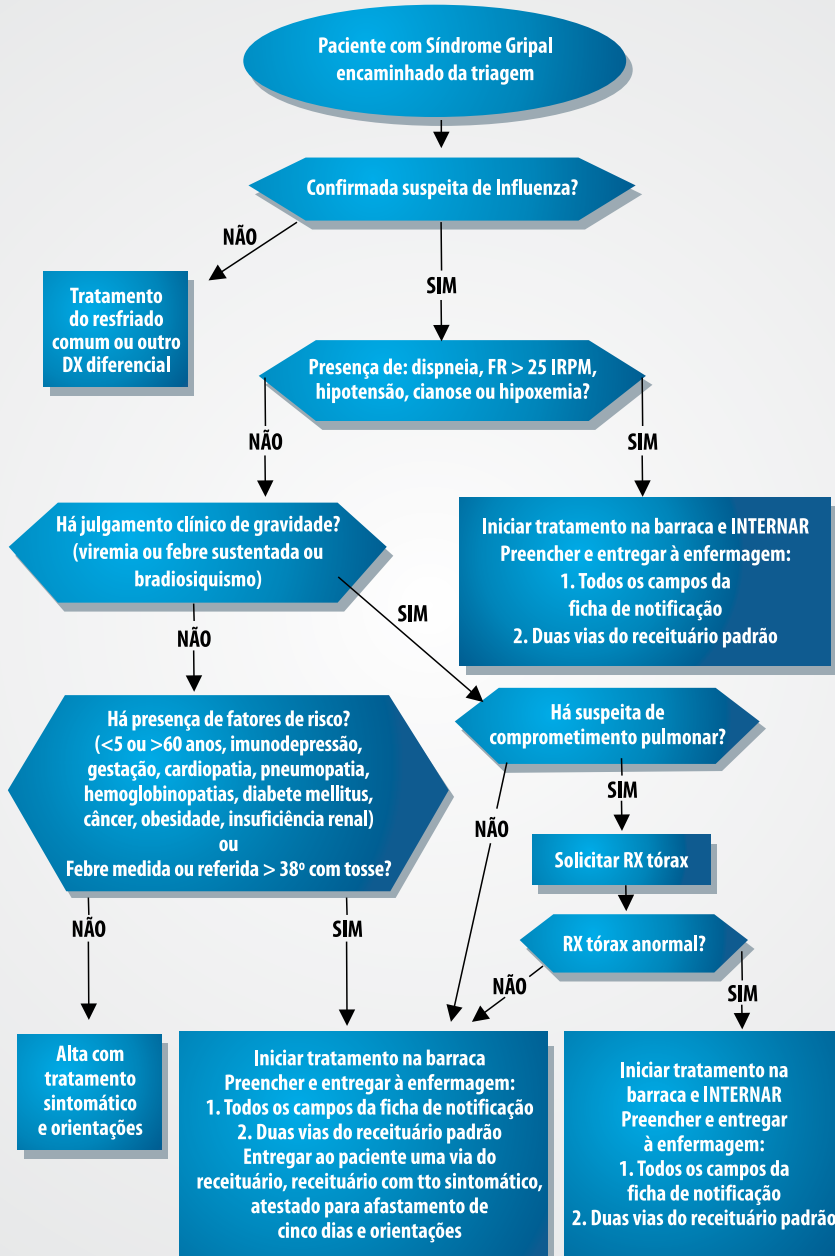


Figura 1 - Exemplo de fluxograma criado pelas equipes atuantes nas barracas

Lado a lado com estas equipes, estavam os médicos e técnicos de enfermagem do Hospital de Aeronáutica de Canoas, cuja contribuição foi fundamental para a qualidade e agilidade dos serviços.

Ao mesmo tempo, a equipe administrativa do Serviço de Emergência mobilizou-se para fazer frente às novas demandas, colaborando no abastecimento de suprimentos das barracas, na agilização dos exames e internações e no cadastro e registro dos mais de 9,2 mil atendimentos no sistema informatizado do HCPA.

A esses esforços, somaram-se os de diferentes áreas do HCPA, que deram total suporte logístico ao bom funcionamento das barracas e do Serviço de Emergência. Na medida em que começaram a surgir os casos mais graves, os leitos de internação e de terapia intensiva foram liberados prioritária e rapidamente para os pacientes encaminhados pelas barracas e pela Emergência, constituindo um fluxo ágil que ainda não havia sido praticado no HCPA, especialmente em um contexto de sobrecarga de atendimento. Farmácia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Laboratório de Patologia Clínica, Radiologia, Serviço Social e outras áreas deram total apoio às demandas dos profissionais que estavam na linha de frente.

Foi igualmente maciça a adesão das equipes às medidas de proteção, tanto no uso de máscaras quanto na constante higienização das mãos, a fim de evitar a contaminação dos profissionais e a disseminação do vírus a pacientes e colegas.

Todos os que fizeram parte desta frente concordam: o Hospital de Clínicas cumpriu seu dever com a sociedade e adquiriu um aprendizado inestimável para situações futuras, tanto na ocorrência de emergências e catástrofes quanto na gestão do atendimento centrada nas melhores práticas assistenciais.

Indicadores

O resultado desses esforços coletivos foi a realização de mais de 9 mil atendimentos a casos de pacientes com suspeita de infecção por Influenza A-H1N1 em pouco menos de três meses, sem comprometer o funcionamento habitual do Serviço de Emergência nem colocar em risco os pacientes da instituição.

A tabela 2 demonstra a evolução diária destes atendimentos, com início na UBS, em 26 de junho, e passando para as barracas, de 1º de julho a 23 de setembro.

DATA	ATENDIMENTOS	DATA	ATENDIMENTOS	DATA	ATENDIMENTOS
26/06	7	26/07	167	25/08	88
27/06	4	27/07	250	26/08	90
28/06	3	28/07	256	27/08	74
29/06	17	29/07	249	28/08	53
30/06	19	30/07	256	29/08	40
1º/07	46	31/07	223	30/08	32
2/07	48	1º/08	166	31/08	66
3/07	119	2/08	133	1º/09	65
4/07	91	3/08	224	2/09	64
5/07	69	4/08	237	3/09	37
6/07	164	5/08	217	4/09	30
7/07	96	6/08	205	5/09	29
8/07	103	7/08	147	6/09	27
9/07	86	8/08	69	7/09	29
10/07	50	9/08	62	8/09	47
11/07	64	10/08	178	9/09	41
12/07	51	11/08	146	10/09	44
13/07	84	12/08	150	11/09	39
14/07	169	13/08	186	12/09	18
15/07	179	14/08	141	13/09	18
16/07	146	15/08	102	14/09	37
17/07	171	16/08	65	15/09	34
18/07	157	17/08	103	16/09	41
19/07	174	18/08	113	17/09	68
20/07	200	19/08	113	18/09	42
21/07	266	20/08	128	19/09	28
22/07	303	21/08	83	20/09	15
23/07	216	22/08	49	21/09	30
24/07	150	23/08	47	22/09	41
25/07	124	24/08	93	23/09	30
TOTAL: 9.231 ATENDIMENTOS					

Tabela 2 – Indicadores de atendimento na UBS e barracas – 26 jun. 2009 a 23 set. 2009

Ao longo de todo período, os atendimentos nas barracas geraram 92 internações. Os demais casos foram de resolução ambulatorial.

Observa-se que a maior demanda ocorreu da segunda quinzena de julho a meados da primeira quinzena de agosto, com o pico no dia 22 de julho, quando as barracas receberam 303 pacientes.

O gráfico 2 possibilita a visualização da evolução dos atendimentos:

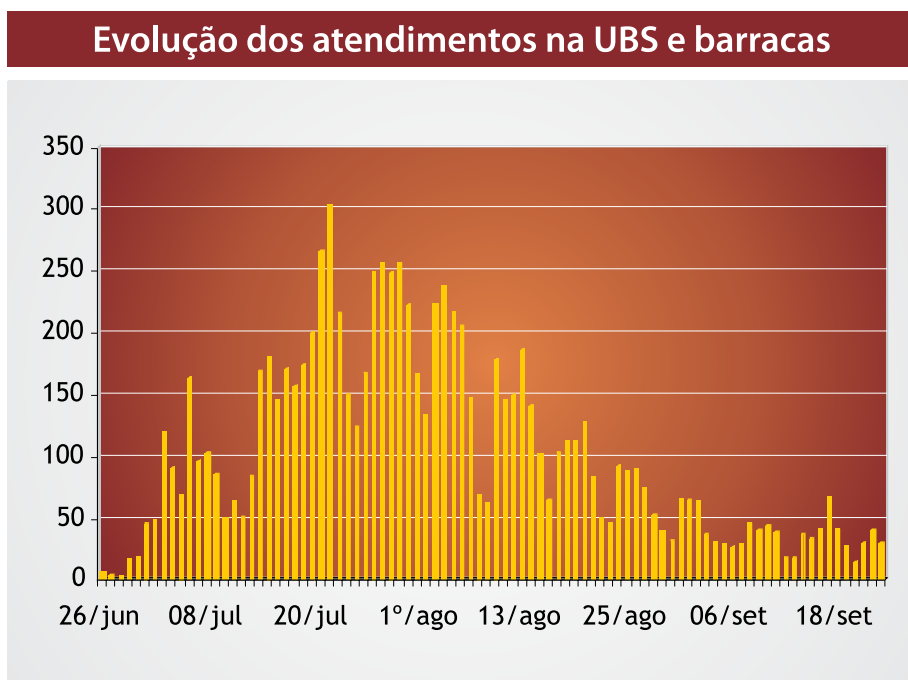


Gráfico 2 – Evolução dos atendimentos na UBS e barracas – 26 jun. 2009 a 23 set. 2009

Assim como houve grande procura pelas barracas durante o dia, muitos foram os pacientes com sintomas gripais que demandaram atendimento na Emergência no turno da noite, ao longo de todo o período de atuação do HCPA na frente contra a Gripe A. Embora esta movimentação específica tenha começado a ser contabilizada apenas mais tarde, em 21 de agosto, os indicadores disponíveis desta data até 23 de setembro (*ver tabela 3*) proporcionam uma ideia sobre a dimensão da assistência prestada a casos suspeitos na faixa das 18h às 8h:

DATA	ATENDIMENTOS	DATA	ATENDIMENTOS	DATA	ATENDIMENTOS
21/08	67	2/09	63	14/09	64
22/08	54	3/09	53	15/09	70
23/08	55	4/09	67	16/09	62
24/08	86	5/09	54	17/09	47
25/08	84	6/09	61	18/09	50
26/08	58	7/09	41	19/09	48
27/08	78	8/09	74	20/09	47
28/08	78	9/09	43	21/09	65
29/08	58	10/09	44	22/09	62
30/08	99	11/09	46	23/09	49
31/08	79	12/09	37	Total no período:	2.042
1º/09	52	13/09	47		

Tabela 3 – Indicadores de atendimento noturno na Emergência – 21 ago. 2009 a 23 set. 2009



NOVAS DEMANDAS, NOVAS ESTRATÉGIAS:

Internação e CTIs adaptam-se para atender casos de gripe

Na segunda quinzena de julho, o crescente número de atendimentos gerou a necessidade de adoção de novas estratégias por parte do HCPA, pois uma quantidade também ascendente de pacientes passou a apresentar quadros de maior gravidade, demandando internação ou mesmo, em situações extremas, cuidados intensivos.

Internação de adultos: protocolos para tratamento e agilidade na alta

Inicialmente, os pacientes que necessitavam de internação eram encaminhados para os leitos disponíveis em diferentes unidades. Com a escalada da Gripe A, no entanto, isto poderia aumentar o risco de disseminação do vírus, ao expor pacientes internados e profissionais de saúde. Além disso, foi identificada a necessidade de uniformização das condutas clínicas no contexto de uma infecção com curso ainda não completamente conhecido, de maneira a estabelecer o pronto reconhecimento dos casos graves e das necessidades de internação, bem como definir critérios seguros de alta, visando responder à elevada demanda de atendimento com a agilidade necessária.

No dia 30 de julho, o Serviço de Medicina Interna apresentou à Vice-presidência Médica do HCPA a proposta de centralizar as internações, assumindo-as integralmente a partir de uma única equipe assistencial, coordenada pela professora responsável pelo Serviço e integrada por dois médicos contratados e dois residentes da especialidade, além de um médico residente da Unidade de Infectologia.

A proposta entrou imediatamente em execução. Os pacientes de Gripe A passaram a internar exclusivamente sob a responsabilidade da equipe da Medicina Interna, nos 23 leitos do 9º Andar – Ala Sul, adaptado para a nova circunstância. Tal adaptação incluiu modificações profundas na rotina assistencial do Clínicas, entre elas a suspensão temporária das cirurgias eletivas (não-urgentes) de grande porte, proporcionando a disponibilidade de leitos no 9º Sul, que é uma unidade de inter-

nação cirúrgica, e também no Centro de Tratamento Intensivo. A medida prevaleceu até 31 de agosto, quando as cirurgias eletivas voltaram a ocorrer.

Aproveitando o conhecimento e experiência dos professores da Medicina Interna, a equipe estabeleceu um protocolo clínico de investigação e atendimento, aplicado uniformemente a todos os pacientes com suspeita de Gripe A. Ao mesmo tempo, definiu um critério específico de alta: os pacientes internados passaram a deixar o hospital não completamente curados, mas convalescentes, sob vigilância médica, de maneira a promover uma rápida rotatividade nos leitos. O doente recebia tratamento e acompanhamento até apresentar melhora significativa e ausência de riscos – sem disfunção pulmonar nem parâmetros de gravidade –, quando, então, era liberado para retornar a sua residência, munido de recomendações sobre os cuidados necessários e orientado a procurar os profissionais em caso de dúvidas ou de uma eventual recaída. Assim, podia concluir sua recuperação domiciliarmente e mantendo o vínculo com o hospital.

A equipe da Medicina Interna também assumiu integralmente a revisão dos pacientes, a qualquer dia e horário, quantas vezes fossem necessárias, a fim de assegurar a uniformidade no atendimento. Sua forma de organização e ação fez com que passasse a ser requisitada, inclusive, para o acompanhamento das gestantes que estavam sendo atendidas no Centro Obstétrico. Ao mesmo tempo, atuou no monitoramento de pacientes internados no Serviço de Emergência e



No 9º Andar - Ala Sul, foi centralizada a internação de pacientes adultos

atendidos nas barracas, o que assegurou um fluxo dinâmico de internações geradas nestes locais.

Esse conjunto de ações permitiu uma atuação decisiva do HCPA tanto na entrada quanto na saída da internação, equacionando, durante a epidemia, os principais gargalos do fluxo assistencial.

Outra medida que prevaleceu foi o tratamento precoce da doença, ou seja, a administração do fosfato de oseltamivir desde as primeiras manifestações dos sintomas de síndrome gripal, independentemente da confirmação de resultados de exames específicos sobre a infecção pelo vírus H1N1. Na medida em que os protocolos oficiais sobre a administração do medicamento foram se flexibilizando, observou-se a redução na incidência de casos graves e a recuperação mais rápida dos pacientes tratados precocemente.

Indicadores

A eficácia das estratégias adotadas pelo HCPA pode ser observada nos indicadores assistenciais alcançados: a média de permanência dos internados por gripe foi de 2,7 dias, tempo curto que possibilitou uma alta rotatividade de pacientes, o

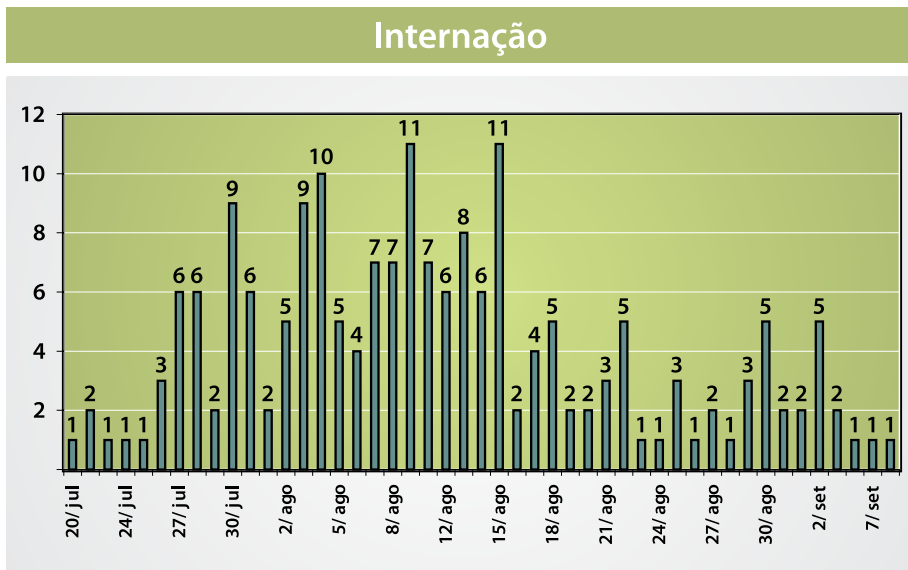


Gráfico 3 – Internações de casos suspeitos de Influenza A-H1N1 – 20 jul. a 14 set. 2009

que representou a possibilidade de assistência a um elevado número de pessoas – 190 pacientes adultos foram internados em um período de 52 dias, de 20 de julho a 14 de setembro, conforme demonstra o gráfico 3. Ficou igualmente comprovado que, em determinadas situações, é possível receitar alta precoce sem prejudicar o resultado assistencial.

Cabe ressaltar que o sucesso das medidas esteve diretamente relacionado à intensa mobilização dos médicos, à atuação sinérgica entre diversas áreas do hospital e à ação de diferentes equipes profissionais. Na unidade de internação destinada provisoriamente a pacientes suspeitos de Influenza A-H1N1, destacou-se a indispensável e decisiva colaboração dos serviços de Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica e Enfermagem em Centro Cirúrgico; de serviços diagnósticos como a Patologia Clínica e a Radiologia; e de inúmeras áreas de apoio (Farmácia, CCIH, Serviço Social e Higienização, entre outras).

Terapia Intensiva de adultos: atenção aos pacientes graves

Ao mesmo tempo em que se organizava a internação de pacientes, uma nova frente de ação tornou-se necessária: a de atendimento aos casos graves, que requeriam cuidados intensivos.

O Centro de Tratamento Intensivo de Adultos (CTI) começou a ampliar sua atuação no final de julho. Na semana de 20 a 27 daquele mês, passou a definir, com o apoio da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, para onde eventuais pacientes deveriam ser encaminhados e quais as medidas de isolamento, controle e prevenção a serem adotadas.

Foi a partir dessa data que se registrou, no Serviço de Emergência, uma alta incidência de casos graves, e estes passaram a ser encaminhados para o CTI. Bastou uma semana para que os 13 leitos de sua Unidade 2 estivessem totalmente ocupados por pacientes com suspeita de Gripe A, apresentando síndromes respiratórias agudas, necessitando de ventilação mecânica e, em vários casos, de hemodiálise.

No momento mais crítico, esses 13 leitos se tornaram insuficientes, sendo necessário destinar também duas das 21 vagas do CTI - Unidade 1 e Cardíaca (normalmente reservadas a portadores de patologias cardíacas e clínico-cirúrgicas graves)



Casos graves lotaram o CTI de adultos

para pacientes com gripe: o HCPA tinha, então, 15 adultos com suspeita de contágio pelo vírus H1N1 em terapia intensiva.

Para atender a essa demanda, as equipes Médica, de Enfermagem em Terapia Intensiva e de Fisioterapia desdobraram-se, realizando escalas especiais e horas extras, a fim de dar cobertura ao aumento de trabalho e aos colegas afastados por suspeita de gripe. Contaram, ainda, com o apoio de outras áreas, como CCIH, Farmácia, Nefrologia e Enfermagem Cardiovascular, de Nefrologia e Imagem.

Da mesma forma, foi necessário incrementar o parque de equipamentos, o que foi feito através de parceria com a Secretaria Estadual da Saúde, que cedeu oito aparelhos de ventilação mecânica.

Frente a essa situação, mais uma vez se mostrou indispensável a medida, mencionada anteriormente, de suspensão temporária das cirurgias eletivas, as quais muitas vezes encaminham pacientes para o CTI. No entanto, o Clínicas não podia deixar de realizar procedimentos de urgência, que igualmente requerem leitos de intensivismo. Isto fez com que a instituição antecipasse, em vários meses, a inauguração de uma nova área do CTI – a Unidade 3 –, que estava em implantação. Com a colaboração das equipes da Gerência Administrativa e da Gerência de Engenharia, as obras foram aceleradas e os materiais, equipamentos e recursos humanos, providenciados. Em meados de agosto, a nova ala entrou em funcionamento, colocando mais cinco leitos à disposição. Em caráter emergencial, foram contratados médicos intensivistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, que haviam participado de processo seletivo e aguardavam chamamento. Os novos médicos, além de serem lotados no CTI-Unidade 3, também passaram a atuar junto à Sala de Recuperação Pós-anestésica, para auxiliar no manejo de pacientes graves em

pós-operatório imediato. Desta forma, houve maior disponibilidade de leitos e se reiniciaram as cirurgias de grande porte.

Para o atendimento à gripe, foram colocados à disposição profissionais altamente qualificados no manejo de casos de maior complexidade, que requerem cuidados intensivos. Apesar de seu treinamento e experiência, eles tiveram que lidar com um ambiente de estresse extremo: em toda sua história, o CTI do Hospital de Clínicas nunca tinha vivenciado uma situação como essa, em que um grande número de pacientes, em sua maioria jovens, apresentavam quadro de alta gravidade, muitas vezes evoluindo mal, com risco de morte, em função de uma gripe.



Unidade 3 do CTI foi inaugurada em tempo recorde

Durante a realização de todas estas adaptações da infraestrutura do CTI para enfrentar a epidemia, várias medidas foram adotadas visando à proteção da equipe assistencial e dos pacientes, com grande adesão por parte dos profissionais, através do uso permanente de equipamentos de proteção individual, como máscaras e aventais descartáveis, juntamente com a rigorosa higienização das mãos. Além disso, restringiu-se a circulação de pessoas na área do CTI, inclusive com a redução no horário de visitas, como forma de reduzir o risco de transmissão da doença.

Este aprendizado incorporou-se às práticas da unidade, que, mais do que nunca, está vigilante e preparada para enfrentar situações de excepcionalidade.

Indicadores

Durante a campanha contra a Influenza A-H1N1, o CTI atendeu 26 pacientes com suspeita clínica forte de contágio pelo novo vírus. O período de maior criticidade no CTI foi a semana de 27 de julho a 2 de agosto, em que ocorreram 14 internações.

A idade média dos pacientes era de 35 anos. O tempo de internação ficou, na média, em 16 dias e o de ventilação mecânica, em 15 dias. Houve 10 óbitos, o equivalente a 38% dos casos suspeitos atendidos pelo CTI.

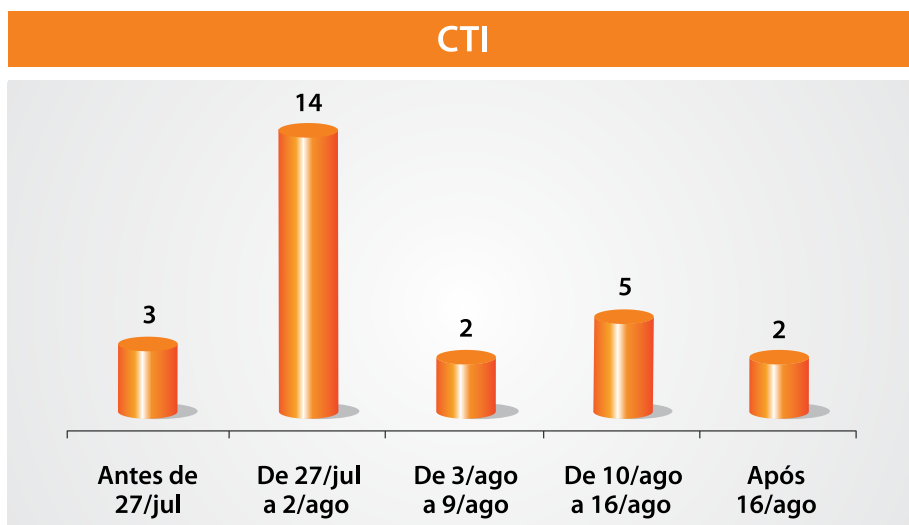


Gráfico 4 – Internações no Centro de Tratamento Intensivo de Adultos

Pediatria e UTIP: cuidados com as crianças

Aprendizado similar ficou consolidado na Internação Pediátrica e na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP). Nestes locais, com o trabalho cotidiano durante a epidemia, os profissionais envolvidos – médicos e equipe da Enfermagem Pediátrica – confirmaram que o vírus da Influenza pode se tornar um agente extremamente agressivo, sendo necessário manter, dentro e fora do hospital, uma cultura de respeito à gripe.

Tal postura se faz ainda mais necessária junto às populações suscetíveis, como as crianças com idade inferior a dois anos, e principalmente no inverno. Nesta épo-

ca do ano, cerca de 80% dos leitos da Internação Pediátrica e da UTIP do Clínicas são ocupados por crianças com doença respiratória aguda, sujeitas a complicações e também à transmissão a seus familiares, a visitantes e aos profissionais do hospital. Assim, durante a epidemia da Gripe A-H1N1, foram implantados, nestas unidades, mecanismos de proteção, como a restrição na circulação de pessoas, a fim de reduzir o contágio.



Na Pediatria e UTI Pediátrica, cuidados especiais com as crianças

Indicadores

Em termos numéricos, no atendimento pediátrico as mudanças impostas pela epidemia não foram sentidas de forma tão intensa quanto na assistência direcionada aos adultos. Isto porque todos os anos, no período de maio a setembro, as equipes médica, de enfermagem e administrativa da internação pediátrica e da UTIP estão habituadas a conviver com quadros de superlotação ocasionados por epidemias gripais – causadas pelo vírus da influenza sazonal ou da parainfluenza, vírus sincicial respiratório (VSR) ou adenovírus.

A diferença foi que, neste ano, agregou-se ao rol de agentes causadores o vírus H1N1, com potencial de morbidade e mortalidade possivelmente maior. De 28 de junho a 23 de setembro de 2009, ocorreram 164 internações. Destes casos, 92 tinham diagnóstico confirmado até o final de setembro, sendo 16 deles de contágio pelo vírus H1N1, como demonstrado no gráfico 5.

UTIP

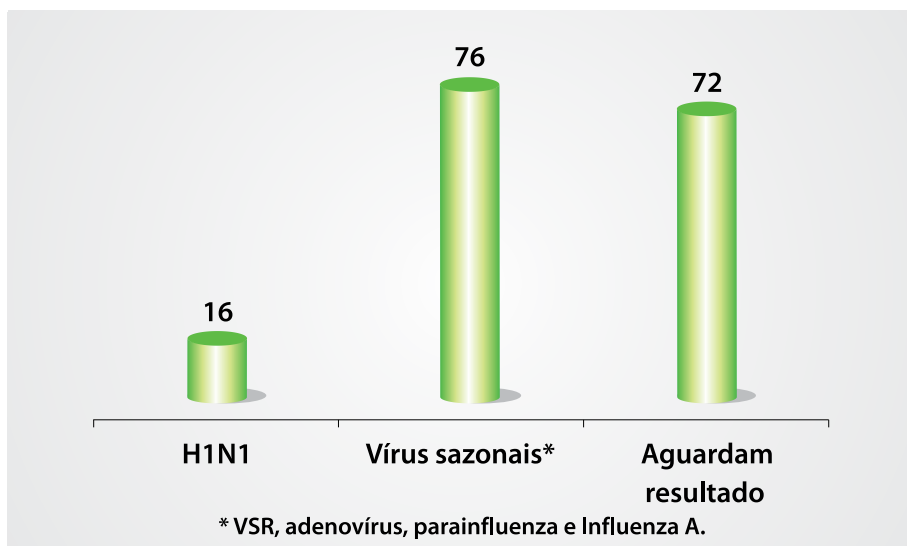


Gráfico 5 – Internações na Pediatria e UTIP – 28 jun. a 23 set. 2009

A existência, até o final de setembro, de 72 casos com vírus ainda não diagnosticados revela um dos principais problemas vivenciados pela Pediatria e UTI Pediátrica durante a epidemia de Influenza A-H1N1: em uma única enfermaria poderia reunir-se um verdadeiro mix de vírus, exigindo cuidados redobrados nas medidas de higiene e proteção.

Em meio às novidades e incertezas introduzidas pela nova gripe, a internação pediátrica e a UTIP também analisam um dado inicial, ainda em discussão nos meios científicos: o de que o tratamento precoce com oseltamivir para os pacientes de risco parece proporcionar maior proteção aos pacientes, evitando a evolução para quadros mais graves. Esta constatação é reforçada por artigo publicado na *Pediatrics*, uma das publicações de maior respeitabilidade internacional na área da Pediatria, intitulado *O efeito do oseltamivir nas complicações relacionadas com a Influenza em crianças*¹⁵. Este estudo, realizado nos Estados Unidos, mostrou resultados positivos com o uso do medicamento nas fases iniciais de manifestação dos sintomas de Influenza.

15. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/124/1/170>>.

MEDICAMENTOS:

Mobilização intensa para assegurar tratamento

A obtenção e a dispensação do medicamento indicado para o tratamento dos casos suspeitos de Influenza A-H1N1 – o fosfato de oseltamivir – constituíram um capítulo à parte no trabalho do HCPA de enfrentamento à epidemia da nova gripe.

No início, o hospital não recebia o medicamento diretamente da Secretaria Estadual da Saúde. Para obtê-lo, reunia a cada dia os laudos de pacientes com indicação de tratamento e apresentava-os no Hospital de Pronto Socorro – posto de dispensação da Secretaria Estadual da Saúde – para retirada. Com a escalada da doença, no entanto, este procedimento mostrou-se lento e complicado para dar conta da demanda. Reunida em um final de semana para analisar o problema, e prevendo possíveis dificuldades de abastecimento na semana seguinte, a Administração Central do HCPA procurou, no domingo, o secretário estadual da Saúde, solicitando, e obtendo, autorização para que a instituição passasse a receber diretamente o oseltamivir.

A primeira remessa foi de 5 mil comprimidos, que duraram por apenas uma semana, tal era o volume de atendimentos. Para manter os estoques adequados à demanda, o Serviço de Farmácia redobrou as orientações a respeito da necessidade de correto preenchimento, por parte dos médicos que atendiam nas barracas, do laudo de notificação da Gripe A, a ser obrigatoriamente encaminhado à Secretaria na solicitação de novas unidades.

Uma vez organizado este processo, surgiu novo alerta, causado pela notícia de que poderia ocorrer falta dos comprimidos receitados aos pacientes adultos. Ao mesmo tempo, o Laboratório Roche, fabricante do Tamiflu (nome comercial do oseltamivir), anunciou a suspensão da produção da solução oral utilizada pelas crianças.

Solucionando parte do impasse, o Ministério da Saúde disponibilizou seu estoque da matéria-prima, na forma de pó, do oseltamivir, feito no passado, quando havia ocorrido o risco de uma epidemia de Gripe Aviária. O Laboratório Farmagui-



Farmácia teve atenção permanente para garantir disponibilidade do oseltamivir

nhos, da Fundação Oswaldo Cruz, passou a produzir as cápsulas e distribuí-las aos serviços de saúde para o tratamento dos adultos. Mas permanecia o problema das crianças, que necessitavam da solução oral.

A Secretaria Estadual da Saúde cogitou, então, a possibilidade de enviar a matéria-prima aos serviços de saúde para que estes a manipulassem, produzindo, eles próprios, a solução oral. O assunto entrou em discussão, a Secretaria começou a buscar outras alternativas – como o estabelecimento de parceria com uma indústria privada –, mas a situação não se definia.

Embora o HCPA possua uma farmácia semi-industrial para pequenas manipulações, esta não estava preparada para o tamanho da nova demanda que surgiria – ainda mais que a substância, por oferecer riscos ao manipulador, exige preparo em uma estrutura de proteção denominada capela. No entanto, a possível necessidade começava a se tornar cada vez mais concreta, e rapidamente foram analisadas todas as alternativas. Primeiro, pensou-se em utilizar a nova Central de Nutrição Parenteral e Quimioterapia (CNPQ), mas esta área a inaugurar ainda não estava devidamente equipada. A opção, ao final, foi pela CNPQ antiga, que seria utilizada durante a noite, após o turno de produção dos preparados de quimioterapia empregados pelo hospital.

A todo momento, a Farmácia do HCPA entrava em contato com a Secretaria Estadual e o Ministério, em busca de novidades, enquanto observava seus estoques de oseltamivir sendo reduzidos dia após dia, sem previsão de reposição. O ápice ocorreu quando eles ficaram restritos a três frascos. Então, uma farmacêutica foi

escalada para, naquela mesma noite, dar início à manipulação da solução a partir das cápsulas. No final da tarde, os comprimidos foram encaminhados para a CNPQ e o trabalho estava prestes a iniciar. Quase ao mesmo tempo, porém, chegou a notícia: a Secretaria da Saúde acabara de enviar ao hospital o primeiro lote da nova solução, produzido em parceria com a iniciativa privada. Estava equacionado o problema.

Mesmo assim, a atuação do Serviço de Farmácia do HCPA continuou sendo intensa, pois diversos detalhes precisavam ser observados a fim de garantir a segurança e qualidade da assistência. Por exemplo: a nova solução oral possuía concentração de 15 mg/ml, enquanto a da anteriormente fornecida pela Roche era de 12 mg/ml, o que exigia especial orientação às equipes médicas para que não administrassem uma dosagem errada. Ao mesmo tempo, as crianças apresentavam baixa tolerabilidade à solução de oseltamivir, devido a seu gosto extremamente desagradável. Como o medicamento não apresenta interação com alimentos ou bebidas, era ministrado, para os pacientes internados, juntamente com alimento ou bebida. O problema estava nas barracas, onde a criança levava o medicamento e poderia não querer tomá-lo em casa devido ao sabor ruim. A Farmácia pensou, então, em um primeiro momento, em distribuir juntamente um xarope de framboesa, para



A ameaça de falta da solução pediátrica causou apreensão e tensão



Na Pediatria e UTI Pediátrica, cuidados especiais com as crianças

que a mãe misturasse ao remédio. Mas surgiu o temor de que, nas residências, os familiares, por desconhecimento ou por pena das crianças, acabassem dando apenas o xarope, sem o medicamento. A opção, então, foi por continuar fornecendo somente o oseltamivir, com orientações reforçadas de que fosse misturado com suco ou água com açúcar em caso de resistência dos pacientes.

Outra frente que exigiu intensa atuação da Farmácia foi a de produção de produtos de limpeza – como hipoclorito e detergente – e, principalmente, de álcool gel, recomendado para a higienização das mãos a fim de evitar a propagação do vírus. Habitualmente, a produção mensal de álcool gel pela Farmácia Semi-industrial é de mil frascos individuais. De uma hora para outra, este número cresceu para 10 mil.

Tal acréscimo exigia maior disponibilidade de toda matéria-prima envolvida: álcool, carbopol, frascos... Nestes últimos estava o maior problema, pois os fornecedores do hospital não possuíam estoques, uma vez que o aumento da procura pelo produto era generalizado no mercado. A Gerência de Suprimentos intensificou buscas e contatos, até que conseguiu adquirir os frascos necessários. O álcool gel foi produzido e envasado e aí surgiu uma nova dificuldade: fechar e rotular manualmente os frascos, em volume dez vezes superior ao normal. Os 68 funcionários da Farmácia, que já vinham reescalando e ampliando suas jornadas de trabalho, mobilizaram-se para mais esta tarefa e, em um intenso mutirão, conseguiram realizá-la.

A equipe da Farmácia também esteve permanentemente presente através das ações de farmacovigilância, monitorando as reações adversas do oseltamivir, que nunca antes havia sido utilizado em tão grandes proporções no Brasil. Ao mesmo tempo, deu atenção especial a unidades como o CTI, que atende pacientes mais complexos e instáveis, exigindo prescrições medicamentosas diferenciadas. Principalmente na Área 2 do CTI, onde estavam concentrados pacientes com quadros respiratórios graves, cresceu o uso de sedativos, exigindo atuação constante da Farmácia, inclusive para, em conjunto com a Gerência de Suprimentos, estabelecer um planejamento detalhado para que nada faltasse.

Indicadores

Apesar de tantas atividades e tantos sobressaltos, em nenhum momento faltaram medicamentos para os pacientes do HCPA. O gráfico 6 demonstra o número de tratamentos de oseltamivir dispensados semanalmente, de 5 de julho a 19 de setembro de 2009, totalizando 2.224 tratamentos no período. Na sequência, o gráfico 7 apresenta os percentuais de uso do medicamento pelas diferentes faixas etárias, tomando como amostragem o período de 23 de julho a 2 de setembro.

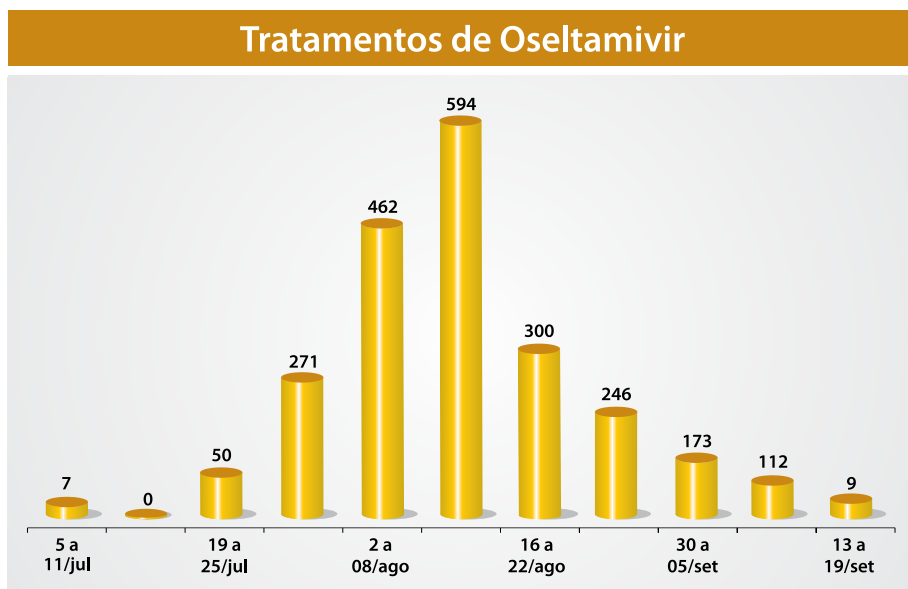


Gráfico 6 – Tratamentos de oseltamivir dispensados por semana – 5 jul. a 19 set. 2009

Dispensação de Oseltamivir

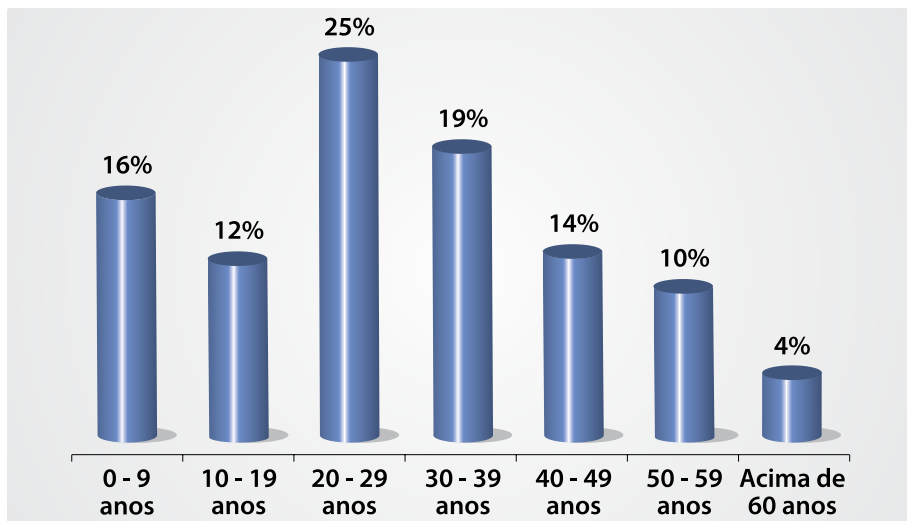


Gráfico 7 – Dispensação de oseltamivir por faixa etária – 23 jul. a 2 set. 2009

CONTROLE DE INFECÇÃO: Vigilância e ação permanentes para conter o vírus

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) foi uma das primeiras áreas do HCPA a entrar em ação na mobilização contra a Influenza A-H1N1 e nela esteve envolvida ao longo de todo o tempo, nas diferentes frentes. Afinal, se tratava de uma variante nova e desconhecida de gripe, a exigir a constante busca e divulgação de informações e uma vigilância permanente para que, em cada estratégia definida e em cada transformação sofrida pelo hospital, fossem reduzidos os riscos de contágio e propagação do vírus. Fazia-se necessária, por outro lado, a orientação permanente aos profissionais de saúde para que adotassem medidas individuais de proteção.

A atuação da CCIH iniciou antes mesmo que o hospital começasse a participar da rede de atendimento aos casos suspeitos, recebendo questionamentos a respeito das precauções necessárias, feitos por pessoas de dentro e de fora do hospital a partir do surgimento de notícias sobre a nova gripe.

Nas primeiras reuniões promovidas pelas secretarias Estadual e Municipal da Saúde, com a participação de diversos hospitais, para definição de futuras estratégias conjuntas de atuação, a CCIH estava presente. Da mesma forma, foi acionada desde as deliberações iniciais no HCPA e atuou intensamente na viabilização e acompanhamento dos atendimentos na UBS, barracas, internação, CTI e UTIP.

Tudo acontecia de forma muito dinâmica. A cada momento, modificavam-se diretrizes, condutas e demandas, exigindo agilidade na obtenção e acompanhamento de informações. Assim, diariamente, a equipe da CCIH acompanhava a literatura técnica nacional e internacional e as diretrizes dos gestores locais da saúde. Além disso, duas vezes por dia, atenta à movimentação assistencial dentro do próprio HCPA, alimentava o banco de dados sobre o atendimento aos casos suspeitos da nova gripe, que subsidiavam novas estratégias e ações.

Os 20 integrantes da CCIH (entre profissionais e estagiários) mobilizaram-se intensamente para dar conta da nova demanda trazida pela Gripe A, sem deixar de



Orientações sobre uso de máscaras mereceram atenção constante

lado as demais necessidades do hospital – como o controle de germes multirresistentes, o surto do *Acinetobacter* spp. e a divulgação dos indicadores de controle de infecção, como as taxas de infecção hospitalar. Assim, os turnos de trabalho expandiram-se e uma escala de sobreaviso foi formada para que, a qualquer dia e horário, os profissionais pudessem consultar a CCIH em busca de orientações e esclarecimentos.

A atuação da CCIH estendeu-se às questões relacionadas à proteção dos profissionais de saúde. Como havia pouca informação disponível sobre a Influenza A-H1N1, as condutas recomendadas nacional e internacionalmente eram adaptadas a partir dos conhecimentos sobre a influenza sazonal, com a existência, em algumas ocasiões, de diferentes interpretações, o que exigia especial atenção por parte da CCIH. Foi o que aconteceu, por exemplo, na evolução das orientações sobre o uso de máscaras para proteção dos profissionais da saúde. Em um determinado momento, enquanto o *Centers for Disease Control and Prevention (CDC/EUA)* mantinha a recomendação de uso da máscara N95 (a “bico de pato”), a Sociedade Americana de Epidemiologia Hospitalar (SHEA) antecipou a indicação da máscara cirúrgica. Diante do impasse, a CCIH analisou todos os fatores envolvidos – a eficácia comprovada deste tipo de máscara em situações similares, o custo inferior, a maior disponibilidade no mercado e o menor desconforto causado aos usuários – e adotou as recomendações da SHEA (exceto nos procedimentos invasivos), divulgando-as à comunidade do hospital e esclarecendo aqueles profissionais que em um primeiro momento sentiram-se inseguros com a medida, por estarem acostumados a consultar como fonte apenas o CDC.

Outra relevante frente de trabalho da Comissão foi na definição de medidas destinadas a restringir a circulação de



CCIH enfatizou importância da higiene de mãos com álcool gel

pessoas nas dependências do hospital, integrando o Grupo de Mobilidade, formado pela Administração Central para se dedicar exclusivamente a esta questão a fim de reduzir os riscos de contágio (*ver capítulo Mobilidade*). A CCIH valeu-se do episódio da Gripe A para enfatizar que é necessário reduzir o público circulante no hospital, especialmente em áreas fechadas, como CTI, UTIP e Neonatologia, em que há circulação de germes resistentes, e principalmente durante o período de inverno, quando aumenta o risco de transmissão de outros patógenos, como os vírus respiratórios.

Igualmente destacado foi o foco na questão da higiene das mãos, a qual, historicamente, mobiliza intensamente a Comissão, e em abril de 2009 fora tema de uma campanha lançada em conjunto com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com a meta de consolidar esta prática entre os profissionais de saúde. Durante a epidemia de Influenza A-H1N1, o alerta sobre a importância e eficácia desta medida foi acentuado. Ampliou-se a distribuição de álcool gel – tanto através de frascos individuais quanto da instalação de dispensadores nas unidades, corredores e elevadores – e, nos encontros da CCIH com o corpo clínico, a importância da higiene de mãos foi enfatizada.

Indicadores

Os resultados obtidos no período foram positivos. O consumo de álcool gel aumentou dez vezes e, pela primeira vez, atingiu-se a meta de higienização das mãos por 70% dos profissionais envolvidos na assistência, indicador que, nos últimos anos, vem se mantendo estável, em torno do patamar de 56% (*ver gráfico 8*):

Higiene de Mãos

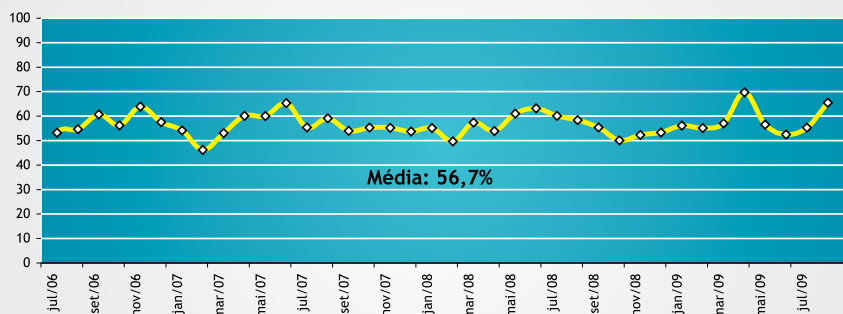


Gráfico 8 – Taxa de higiene de mãos no CTI de adultos – Jul. 2006 a ago. 2009

Ao mesmo tempo, inverteu-se a relação histórica entre a higiene das mãos com água e sabão e a feita com álcool gel, que sempre demonstrava uma preponderância da primeira (2/3) contra a segunda (1/3). No mês de agosto de 2009, 73% dos profissionais adotaram o uso de álcool gel e apenas entre 27% prevaleceu a utilização de água e sabão (ver gráfico 9):

Comparação álcool gel e água e sabão

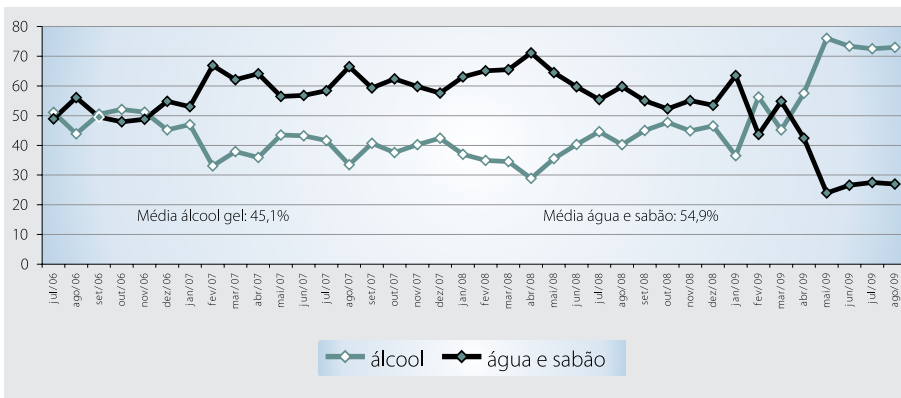


Gráfico 9 – Comparação das taxas de higiene das mãos com álcool gel e água e sabão no CTI de Adultos – Jul. 2006 a ago. 2009

Em consequência, observou-se a redução na taxa de germes multirresistentes, como demonstra o gráfico 10:

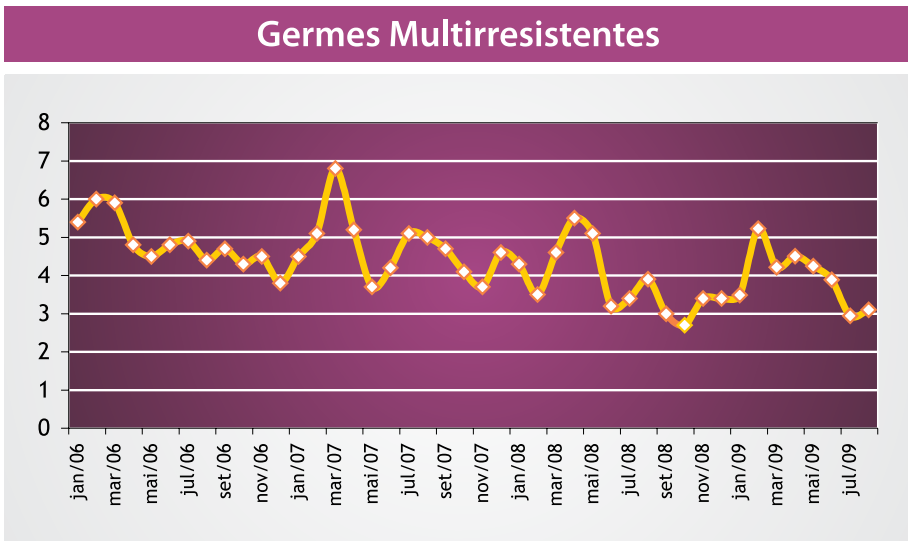


Gráfico 10 – Taxa de infecção por germes multirresistentes– Jan. 2006 a ago. 2009

O grande desafio da CCIH, após o final desta primeira onda de infecções, é preservar os resultados positivos alcançados no período. Para isto, já planeja novas campanhas e ações de conscientização e recomenda que os hábitos de higiene de mãos incorporados no episódio da Gripe A-H1N1 sejam mantidos, tornando-se uma prática habitual para todos os profissionais de saúde.

MEDICINA OCUPACIONAL: Cuidando da saúde dos profissionais

Em paralelo a toda mobilização do HCPA para o atendimento aos casos suspeitos de Influenza A-H1N1 vindos da comunidade, desenvolveu-se uma outra frente: a de assistência aos profissionais do próprio hospital atingidos pela nova gripe.

O Serviço de Medicina Ocupacional (SMO), responsável pelo atendimento aos trabalhadores da instituição, esteve atento aos riscos desde o início da mobilização institucional frente à epidemia. Assim, ao mesmo tempo em que se definiam os primeiros atendimentos pela UBS, no final de junho, o SMO participava de reuniões, analisava as possíveis situações que estavam por vir e preparava-se para atendê-las.

As rotinas de atendimento do SMO foram definidas, inicialmente, em reuniões conjuntas com o Serviço de Emergência e, posteriormente, no Grupo Consultivo formado pela Vice-Presidência Médica, com encontros diários. As primeiras rotinas específicas entraram em vigor no dia 1º de julho, quando passou a ser utilizada uma ficha para identificação dos sintomas a partir de nexos epidemiológico – ou seja, os casos suspeitos deveriam envolver pessoas que tivessem realizado viagens a países em que o vírus estava disseminado ou tido contato com pessoas vindas dessas localidades. O funcionário sintomático era acolhido em uma sala à parte, onde recebia máscara de proteção e atendimento por um médico ou enfermeiro que se deslocava até o local, aplicando o questionário previsto na ficha. Se se enquadrasse nos critérios de suspeita, era encaminhado para atendimento nas barracas, onde coletava material para exame. Evitava-se, desta maneira, a circulação, na área do SMO, de casos de potencial risco de transmissão do vírus a outros pacientes da unidade.

Com a posterior disseminação da Gripe A, a existência do nexo epidemiológico deixou de ser importante, e as rotinas do SMO foram se adaptando à dinâmica. Novas versões da ficha de controle foram adotadas: a segunda, avaliando sintomas e gravidade do caso, e, posteriormente, a terceira, incluindo a investigação de do-



Atendimento adaptou-se constantemente às demandas e novas orientações

enças associadas. A sala isolada deixou de ser utilizada. Se o funcionário que procurava atendimento apresentasse sintomas respiratórios, passava imediatamente para a triagem da enfermagem, utilizando máscara, e, conforme a gravidade do caso, era encaminhado para a equipe médica.

Dia após dia, o cenário do SMO começou a se modificar, tendo sua sala de espera tomada por pessoas com sintomas respiratórios. Profissionais com outros tipos de doenças deixaram de procurar o Serviço, para se preservarem, e o próprio SMO cancelou outros atendimentos, dedicando-se quase que exclusivamente aos casos suspeitos de Influenza A-H1N1. Assim, reproduzia-se no SMO uma rotina similar à vivenciada nas barracas. Apesar da menor escala de atendimentos, convivia-se no Serviço com um fator complicador: os pacientes possuíam risco ocupacional, por atuarem profissionalmente em um ambiente onde o vírus estava presente.

No pico da epidemia, durante cerca de três semanas, o SMO dobrou seu número habitual de atendimentos e enfrentou afastamentos de funcionários da própria equipe por gripe. Para se adaptar à crescente demanda e à redução no quadro, os profissionais das áreas médica, de enfermagem e administrativa passaram por treinamentos e realizaram horas extras.

Outras adaptações se fizeram necessárias, inclusive de ordem legal. Como um grande número de casos suspeitos de Influenza A-H1N1 tinha origem ocupacional, o SMO, em determinado momento, passou a emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), inclusive retroativamente. Para isto, contou com o auxílio da Coordenadoria de Gestão da Tecnologia da Informação (CGTI), que recuperou dados no sistema sobre pacientes afastados por síndrome respiratória em períodos anterio-

res à vigência da medida, a fim de analisar, caso a caso, onde a gripe poderia ter sido adquirida e se o funcionário trabalhava em área de risco.

Houve, ainda, necessidade de atenção a públicos especiais, como as gestantes e os portadores de doenças crônicas, considerados grupos mais suscetíveis a manifestações graves da Gripe A. Para as gestantes, a Administração Central do HCPA decidiu adotar medidas de proteção, licenciando-as preventivamente por um período de 15 dias e, posteriormente, renovando a licença por mais uma quinzena. Trinta e nove funcionárias se beneficiaram com esta medida e, no retorno ao trabalho, aquelas que atuavam em áreas de risco (como Emergência, CTI, UTIP, 9º Sul e Centro Obstétrico) tiveram a oportunidade de realocamento temporário em outras unidades.

Já os portadores de doenças crônicas consideradas fatores agravantes de risco – como hipertensão, diabetes e cardiopatias –, ao manifestarem sintomas de gripe, receberam acompanhamento permanente do SMO, com reavaliações periódicas.

Assim como nas demais áreas que atenderam a Influenza A-H1N1, o Serviço de Medicina Ocupacional teve que lidar com as novidades diárias, envolvendo mu-



Toda equipe da Medicina Ocupacional acompanhou mobilização e cuidados



No SMO, funcionários do hospital receberam atenção e cuidados

danças frequentes nos protocolos de atendimento e nas medidas de proteção. Ao mesmo tempo, enfrentou uma peculiaridade: o convívio com o adoecimento, as angústias e as dúvidas de pessoas que, além de pacientes, eram colegas.

Mesmo com todas essas dificuldades, o saldo final foi positivo: mais do que nunca em sua história, o SMO trabalhou em grupo, de forma coesa, com muita dedicação, mobilização e, acima de tudo, superação.

Indicadores

No contexto da epidemia de Influenza A-H1N1, no período de 1º de julho a 23 de setembro de 2009, o Serviço de Medicina Ocupacional registrou os seguintes indicadores de atendimento aos profissionais do HCPA, abrangendo tanto as síndromes gripais (casos mais leves) quanto as doenças respiratórias (quadros agravados, entre os quais inserem-se os casos suspeitos da nova gripe):

Funcionários afastados por doença respiratória	867
Funcionários afastados por síndrome gripal	343
Dias de afastamento por doença respiratória	2.814
Dias de afastamento por síndrome gripal	1.463
Indicações de tratamento com oseltamivir	288
Gestantes licenciadas preventivamente	39
Óbitos de profissionais	1

Tabela 4 – Indicadores de atendimento a profissionais do HCPA pelo SMO – Jul. a set. 2009

Observa-se, na tabela anterior, que, ao longo de toda a campanha contra a Influenza A-H1N1, o quadro do HCPA sofreu uma única baixa. Uma funcionária da Gerência Financeira faleceu vitimada pela nova gripe. Um percentual reduzidíssimo em um universo de quase 5 mil profissionais – mas, ainda assim, uma perda, a qual o HCPA lamenta profundamente.

Nos meses de julho e agosto de 2009, foi registrado um número de afastamentos diários por doença respiratória bastante superior ao mesmo período do ano anterior, como demonstra o gráfico 11:

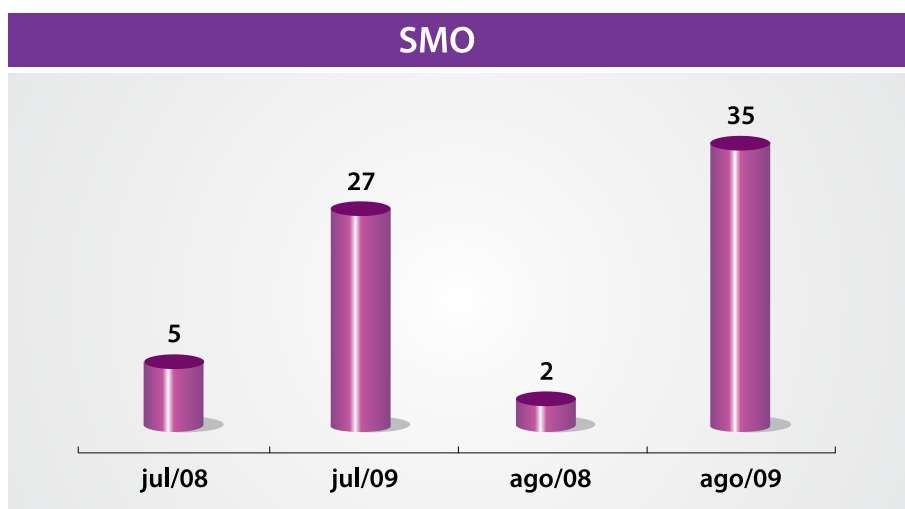


Gráfico 11 – Afastamentos diários por doença respiratória - Jul./ago. 2008 x Jul./ago. 2009

É interessante observar, ainda, dois dados relativos à mobilização profissional no HCPA durante a epidemia de Influenza A-H1N1.

O primeiro dá conta de que, nos meses de julho e agosto de 2009, com apoio da Administração Central e da Coordenadoria de Gestão de Pessoas, houve contratação emergencial de 61 profissionais, para complementar as equipes e assumir a crescente demanda.

O segundo dado diz respeito ao número de horas extras realizadas nos meses de julho e agosto de 2009, que representa um acréscimo de 5.391 horas em relação ao mesmo período do ano anterior, conforme se verifica no gráfico 12:

HORAS EXTRAS

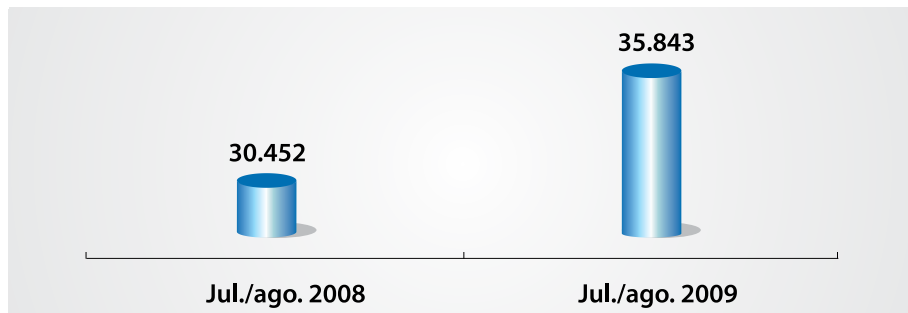


Gráfico 12 – Comparativo de horas extras - Jul./ago. 2008 x Jul. Ago. 2009

MOBILIDADE: Menor circulação de pessoas para maior segurança

Enquanto se mobilizava para atender os casos suspeitos de Influenza A-H1N1, o Hospital de Clínicas constatou que se fazia igualmente necessária uma atuação específica para promover a redução na circulação de pessoas nas dependências do Hospital, a fim de minimizar os riscos potenciais de contágio. Isto dentro de um universo que compreende a presença, diariamente, de 12 mil pessoas, entre funcionários, professores, estudantes, pesquisadores, médicos residentes, estagiários, pacientes, visitantes, fornecedores, voluntários...

Para agir nesta frente, a Administração nomeou o Grupo de Trabalho Mobilidade na Gripe A-H1N1, integrado por profissionais do Serviço de Medicina Ocupacional, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Assessoria de Comunicação Social, Assessoria de Planejamento, Serviços Gerais, Gerência Administrativa e Gerência de Hotelaria.



Acesso de visitantes externos foi restringido

A primeira ação do grupo foi a divulgação a toda comunidade interna, no dia 24 de julho, de recomendações a respeito do uso de máscaras cirúrgicas para a proteção dos profissionais. Estas, juntamente com orientações de etiqueta respiratória, foram reforçadas e atualizadas durante todo o período da epidemia.

A partir de 31 de julho, o Grupo de Mobilidade definiu medidas de restrição na circulação de pessoas, vigentes até 1º de setembro, que abrangeram:

- Suspensão temporária das visitas, com fornecimento de apenas um cartão de acompanhante por paciente internado.



Circulação interna de pessoas foi reduzida

- Redução no tempo de permanência de acompanhantes na CTI, UTIP, UTI Neonatal, Unidade de Cuidados Coronarianos, Emergência, Psiquiatria e Ambulatórios.
- Redução, em 30%, nos atendimentos eletivos (consultas, procedimentos e exames).
- Suspensão das cirurgias eletivas de grande porte.
- Redução nos horários de funcionamento das entidades de classe sediadas no hospital (associações de funcionários, de médicos contratados, de médicos residentes, de enfermeiros e de nutricionistas).
- Cancelamento dos treinamentos internos.
- Restrição da circulação dos funcionários a suas áreas de trabalho, vestiário e refeitório.
- Suspensão temporária das atividades de voluntariado e das salas de recreação.
- Restrição na circulação de fornecedores-propagandistas.
- Suspensão temporária do funcionamento dos grupos de orientação a pacientes e dos chamamentos para pesquisas.
- Orientação aos alunos dos programas de pós-graduação para que a presença às defesas de dissertações de mestrado e teses de doutorado fosse restrita às bancas examinadoras e familiares.
- Reforço na higiene de mãos no refeitório e demais ambientes do hospital.
- Orientação às gestantes no terceiro trimestre para que não desenvolvessem suas atividades profissionais em áreas de risco.

Esta última medida foi ampliada no dia 6 de agosto: em função da maior vulnerabilidade das mulheres grávidas à Gripe A, ocorreu avaliação de todas as profissionais gestantes, orientadas a procurar o Serviço de Medicina Ocupacional para entrarem em licença até o final daquele mês.



Grupo de Mobilidade atuou para reduzir a circulação de pessoas no hospital

Outra novidade surgiu no dia 11 de agosto, com a suspensão das atividades da creche do hospital. Paralelamente, a Coordenadoria de Gestão de Pessoas orientou as chefias para que oferecessem aos profissionais com filhos na creche a possibilidade de utilização de licenças especiais ou do banco de horas para se adaptarem à situação. A situação se normalizou em 24 de agosto, com a reabertura da creche, acompanhada de reforço nas orientações sobre os cuidados preventivos.

Na mesma data, os 250 estagiários do HCPA foram afastados de suas atividades. Ao mesmo tempo, era adiado o retorno dos 1.030 acadêmicos da UFRGS às atividades do segundo semestre letivo.

Com a crescente suspensão de eventos, até mesmo o principal encontro anual do HCPA, a Semana Científica, foi transferido de setembro para outubro.

Gradualmente, as medidas foram sendo flexibilizadas e a normalidade, retomada. Algumas das restrições, no entanto, foram mantidas nos meses seguintes, como precaução:

- Suspensão das visitas.
- Fornecimento de apenas um cartão para acompanhante de paciente internado (exclusivo a adultos).
- Redução do tempo de permanência de acompanhantes.
- Restrição da circulação de fornecedores-propagandistas pelas dependências do hospital.

Este trabalho teve um resultado efetivo: diariamente, cerca de 5.500 pessoas deixaram de comparecer ao hospital no período mais crítico da epidemia. Também deixou um aprendizado importante: o de que a dimensão do público circulante no hospital deve ser permanentemente reavaliada, principalmente em períodos especiais, para garantir a qualidade da assistência e a segurança de pacientes e profissionais.

APOIO

Mantendo a estrutura em funcionamento

Durante o enfrentamento da Influenza A-H1N1, foi evidente a atuação dedicada e incansável dos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos e outros profissionais da linha de frente, que responderam pelo atendimento a milhares de pessoas. Mas não se pode esquecer que, lado a lado com as equipes assistenciais, inúmeras áreas administrativas e de apoio deram contribuição essencial para o funcionamento de toda a infraestrutura necessária.

Pintores, eletricitas, marceneiros, técnicos e outros profissionais da Gerência de Engenharia e Manutenção tiveram papel indispensável para que as barracas dispusessem de água e luz, dispensadores de álcool fossem instalados rapidamente por todo o hospital e uma nova unidade do CTI entrasse em funcionamento em tempo recorde.

Da mesma forma, a equipe da Higienização desdobrou-se para reforçar os cuidados com a limpeza das áreas de atendimento e, em regime de mutirão, deixar a Unidade 3 do CTI em condições de funcionamento em curto espaço de tempo após a conclusão das obras.

O controle e o remanejamento de internações e atendimentos contou com a ágil e responsável atuação dos funcionários administrativos da Admissão, Emergência, CTI, UTIP e unidades de internação.



Vigilância atuou na orientação às pessoas

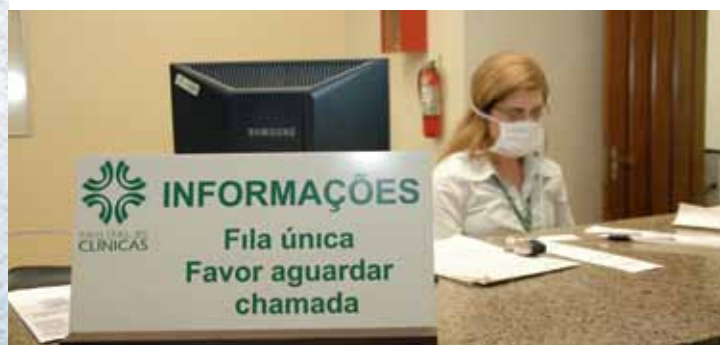
Graças ao comprometimento da Gerência de Suprimentos, mesmo nos momentos mais críticos não faltaram medicamentos, máscaras, álcool gel, sabonetes e outros produtos.

Vigilantes, recepcionistas e ascensoristas dedicaram-se intensamente para acolher, com atenção e efetividade, as pessoas que chegavam ao hospital em busca de atendimento ou de informações, bem como para fazerem vigorar com eficácia as medidas de restrição na circulação de pessoas pelo hospital.

A Coordenadoria de Gestão da Tecnologia da Informação garantiu suporte técnico para a alimentação e a disponibilização de dados indispensáveis ao acompanhamento cotidiano da situação e à tomada de decisões.

A Coordenadoria de Gestão de Pessoas assegurou condições para a contratação emergencial de profissionais destinada a suprir lacunas nas equipes assistenciais e colocar em funcionamento, com agilidade, a Unidade 3 do CTI.

A Assessoria de Comunicação Social marcou presença na divulgação permanente de informações e orientações para a comunidade interna e na disseminação de notícias sobre o trabalho do hospital a toda sociedade, através de jornais, revistas, emissoras de rádio e televisão e portais da internet.



Recepção: atenção e esclarecimentos a visitantes



Higienização redobrou cuidados com a limpeza

Juntamente com todos estes – e muitos outros – esforços, a Administração Central do Hospital focou sua atenção no enfrentamento da nova gripe, promovendo reuniões diárias e tomando decisões ágeis, com a colaboração de representantes das mais diversas áreas do hospital.

Cada profissional do HCPA, independentemente de sua função ou área de atuação, soube compreender que a instituição vivia um momento especial, em que era preciso adaptar-se e superar-se. Mesmo com a redução nos quadros em função



Engenharia colaborou para a ágil adaptação das estruturas do hospital

do afastamento de profissionais e estagiários, e apesar das apreensões e tensões do momento, o hospital funcionou a pleno. Mais do que nunca, em seus 38 anos de história, o Hospital de Clínicas comprovou que possui um modelo de sucesso e é uma referência em qualidade no cenário da saúde pública do estado e do país.



HOMENAGEM
O RECONHECIMENTO DO HCPA A
EQUIPES E PARCEIROS

No dia 2 de setembro, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre completou 38 anos de atividades. No entanto, como nesta data estavam em vigor as medidas que restringiam a circulação e aglomeração de pessoas nas dependências do Hospital, a instituição adiou as comemorações do aniversário. Elas foram realizadas na última semana de setembro, com uma série de programações – entre elas, a homenagem às equipes que atuaram na frente contra a Influenza A-H1N1.

Um diploma de reconhecimento e agradecimento foi enviado a todos os profissionais do HCPA. Além disso, no dia 30 de setembro ocorreu, no Anfiteatro Carlos César de Albuquerque, um evento de homenagem às equipes que se destacaram nesta memorável campanha institucional, às quais foi entregue uma medalha de honra ao mérito.

Estes foram os homenageados:



VICE-PRESIDÊNCIA MÉDICA

01. Emergência **02.** Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
03. Medicina Interna **04.** Medicina Intensiva **05.** Pediatria



06. UTIP 07. Medicina Ocupacional 08. Atenção Primária à Saúde 09. Infectologia 10. Cirurgia Geral 11. Endocrinologia 12. Fisiatria e Reabilitação 13. Genética Médica 14. Ginecologia e Obstetrícia 15. Hematologia Clínica



16



17



18



19



20



21



22



23



24



25



26



27

16. Hemoterapia 17. Cardiologia 18. Medicina Nuclear 19. Nefrologia 20. Oncologia 21. Oncologia Pediátrica 22. Patologia Clínica 23. Pneumologia 24. Psiquiatria e Psiquiatria da Infância e da Adolescência 25. Radioterapia 26. Reumatologia 27. Serviço Social



28



29



30



31



32



33



34



35



36

VICE-PRESIDÊNCIA ADMINISTRATIVA

28. Gerência de Engenharia e Manutenção 29. Gerência de Suprimentos 30. Seção de Recepção e Informações
31. Seção de Segurança 32. Serviço Administrativo de Atenção Cirúrgica 33. Serviço Administrativo de Atenção Clínica
34. Serviço Administrativo de Atenção Materno-infantil 35. Serviço de Farmácia 36. Serviço de Governança e Higieneização



37 38



39



40



41



42



43



44



45

GRUPO DE ENFERMAGEM

37. Serviço de Enfermagem em Emergência **38.** Serviço de Enfermagem Pediátrica **39.** Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva **40.** Serviço de Enfermagem Médica **41.** Serviço de Enfermagem Cirúrgica **42.** Serviço de Enfermagem Materno-infantil **43.** Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico **44.** Serviço de Enfermagem Cardiovascular, Nefrologia e Imagem **45.** Escola Técnica de Enfermagem

Também foram homenageadas, mas não estavam representadas no evento de homenagem, as equipes dos serviços de Mastologia, Neurologia, Nutrologia e Urologia.



46



47

HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS (HACO)

46. Coronel Médico João Carlos Rodrigues de Azeredo, diretor do HACO **47.** Equipe do HACO com profissionais do HCPA

Esforços compensados e aprendizado adquirido

O quadro a seguir apresenta um resumo geral dos indicadores relativos à mobilização do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na frente contra a Influenza A-H1N1.

Barracas	• 9.231 atendimentos.
Internação de adultos	• 190 pacientes internados. • Média de permanência de 2,7 dias.
CTI de adultos	• 26 pacientes internados. • Média de permanência de 16 dias.
Pediatria / UTI Pediátrica	• 164 casos suspeitos internados. • 16 casos confirmados. • 72 casos aguardando confirmação.
Total de óbitos	• 27.
Farmácia	• 2.224 tratamentos de oseltamivir dispensados.
Controle de Infecção	• Higienização das mãos por 70% dos profissionais. • 73% de uso do álcool gel x 27% de uso de água e sabão para higiene das mãos. • Redução na taxa de germes multirresistentes.
Recursos Humanos	• 867 funcionários afastados por doença respiratória. • 39 gestantes licenciadas. • 1 óbito. • 35.843 horas extras realizadas.
Mobilidade	• 5.500 pessoas a menos circulando diariamente pelo hospital.

Quadro 3 – Resumo geral dos indicadores do HCPA na frente contra a Influenza A-H1N1

Este é o retrato de um episódio que já se tornou um marco na história da instituição, devido à mobilização ímpar de seus profissionais e à rápida capacidade de resposta a renovadas demandas, com mudanças gerenciais e assistenciais implementadas de forma ágil e o imprescindível apoio de parcerias.



No final de setembro, com a retirada das barracas, o HCPA retomou a normalidade de suas atividades

Nunca é demais lembrar que tudo isso aconteceu no contexto de um hospital universitário, onde prevalece permanentemente o desafio de promover, em plena harmonia, as atividades de assistência, ensino e pesquisa. Assim, mesmo convertido momentaneamente em um verdadeiro hospital de campanha, o HCPA em nenhum momento deixou de lado o compromisso com o desenvolvimento de sua tríplice missão, atendendo com excelência e responsabilidade social tanto as necessidades específicas do momento quanto aquelas, mais abrangentes, que conformam sua essência.

Também não se pode esquecer que os resultados alcançados estão diretamente relacionados à característica histórica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sempre e cada vez mais reconhecido como um modelo de sucesso por seus serviços e sua gestão.

O legado da epidemia inclui a certeza de que, sempre que necessário, o HCPA adotará uma postura dinâmica e pró-ativa, de maneira a responder às demandas da sociedade e contribuir para a qualificação do sistema público de saúde.

Neste sentido, a instituição não apenas permanece alerta diante da possibilidade de uma nova onda de Influenza A-H1N1 ou do eventual surgimento de situações similares, como toma a dianteira em busca de inovações que tornem sua atuação ainda mais efetiva e qualificada. Em conjunto com a Faculdade de Medicina e outras unidades da UFRGS, o hospital já debate a criação de um Núcleo de Virologia, dedicado à assistência, ensino e pesquisa nesta área que apresenta imensas lacunas no Rio Grande do Sul. A intenção é estabelecer um centro de saber na especialidade, que responderá por ações como o desenvolvimento de insumos para testagem, a produção de anticorpos e a certificação de qualidade de vacinas e medicamentos, ao mesmo tempo em que irá se dedicar à pesquisa científica e à formação de profissionais especializados na área.

Reafirma-se, assim, a condição de liderança do HCPA e de seu compromisso de ser, sempre e cada vez mais, um referencial público de alta confiabilidade em saúde.

GRÁFICOS	
Gráfico 1 – Comparação dos custos: Jun./out. 2008 x Jun./out. 2009	Pág. 12
Gráfico 2 – Evolução dos atendimentos na UBS e barracas – 26 jun. 2009 a 23 set. 2009	Pág. 28
Gráfico 3 – Internações de casos suspeitos de Influenza A-H1N1 – 20 jul. a 14 set. 2009	Pág. 32
Gráfico 4 – Internações no Centro de Tratamento Intensivo de Adultos	Pág. 36
Gráfico 5 – Internações na Pediatria e UTIP – 28 jun. a 23 set. 2009	Pág. 38
Gráfico 6 – Tratamentos de oseltamivir dispensados por semana – 5 jul. a 19 set. 2009	Pág. 43
Gráfico 7 – Dispensação de oseltamivir por faixa etária – 23 jul. a 2 set. 2009	Pág. 44
Gráfico 8 – Taxa de higiene de mãos no CTI de adultos – Jul. 2006 a ago. 2009	Pág. 48
Gráfico 9 – Comparação das taxas de higiene de mãos com álcool gel e água e sabão no CTI de adultos – Jul. 2006 a ago. 2009	Pág. 48
Gráfico 10 – Taxa de infecção por germes multirresistentes – Jan. 2006 a ago. 2009	Pág. 49
Gráfico 11 – Afastamentos diários por doença respiratória - Jul./ago. 2008 x Jul./Ago. 2009	Pág. 54
Gráfico 12 – Comparativo de horas extras - Jul./ago. 2009 x Jul. Ago. 2008	Pág. 55
TABELAS	
Tabela 1 – Custos envolvidos na campanha contra a Influenza A-H1N1	Pág. 11
Tabela 2 – Indicadores de atendimento na UBS e barracas – 26 jun. 2009 a 23 set. 2009	Pág. 27
Tabela 3 – Indicadores de atendimento noturno na Emergência – 21 ago. 2009 a 23 set. 2009	Pág. 29
Tabela 4 – Indicadores de atendimento a profissionais do HCPA pelo SMO – Jul. a set. 2009	Pág. 53
QUADROS	
Quadro 1 – Influenza A-H1N1 no mundo: casos e óbitos até set. 2009	Pág. 15
Quadro 2 – Influenza A-H1N1 no Brasil e RS: casos e óbitos até set. 2009	Pág. 15
Quadro 3 – Resumo geral dos indicadores do HCPA na frente contra a Influenza A- H1N1	Pág. 69
FIGURAS	
Figura 1 – Exemplo de fluxograma criado pelas equipes atuantes nas barracas	Pág. 24

FONTES CONSULTADAS

Bases de dados na internet:

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.who.int>>.

Depoimentos / Revisão de informações:

Prof. Amarilio Vieira de Macedo Neto – Presidente

Prof. Sergio Pinto Ribeiro – Vice-presidente Médico e coordenador do Grupo Consultivo na Epidemia de Influenza A-H1N1

Tanira Torelly Pinto – Vice-presidente Administrativa

Prof.^a Maria Henriqueta Luce Kruse – Coordenadora do Grupo de Enfermagem

Prof. Ricardo de Souza Kuchenbecker – Adjunto da Vice-presidência Médica

Simone Maria Schenatto – Chefe da Unidade de Enfermagem em Emergência

Prof.^a Tânia Weber Furlanetto – Chefe do Serviço de Medicina Interna

Prof. Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira – Chefe do Serviço de Atenção Primária à Saúde

Prof.^a Sílvia Regina Rios Vieira – Chefe do Serviço de Medicina Intensiva

Prof. Boaventura Antonio dos Santos – Chefe do Serviço de Pediatria

Prof.^a Eliana de Andrade Totta – Chefe da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico

Simone Dalla Pozza Mahmud – Chefe do Serviço de Farmácia

Rodrigo Pires dos Santos – Coordenador da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Prof. Damásio Macedo Trindade – Chefe do Serviço de Medicina Ocupacional e coordenador do Grupo de Mobilidade na Epidemia de Influenza A-H1N1

Jacqueline Jacques Winter – Médica do Serviço de Medicina Ocupacional

Jorge Giora – Coordenador da Gerência de Engenharia e Manutenção

Sônia Cristina Salomão Ferreira – Coordenadora da Gerência de Suprimentos

Também colaboraram na complementação e/ou revisão de informações:

Prof.^a Lurdes Busin – Chefe do Serviço de Enfermagem em Emergência

Daniel de Souza Barcelos – Administrador (Emergência)

Gustavo Adolpho Moreira Faulhaber – Médico contratado do Serviço de Medicina Interna

Guilherme Geib – Médico contratado do Serviço de Medicina Interna

Roseli Fatima Armiliatto Bortoluzzi – Coordenadora de Gestão de Pessoas

Prof.^a Lea Fialkow – Professora do Serviço de Medicina Intensiva

Prof.^a Enaura Helena Brandão Chaves – Serviço de Enfermagem Médica

Michele Sbaraini Savaris – Administradora (CTI)



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2.350

CEP 90035-903 - Porto Alegre / RS

Fone (51) 3359.8000

Fax (51) 3359.8001

hcpa@hcpa.ufrgs.br

www.hcpa.ufrgs.br