

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SAÚDE
em nossas mãos
atitudes que salvam vidas



White Paper

**Saúde em
Nossas Mãos:**
Melhorando a
Segurança do
Paciente em
Larga Escala
no Brasil

Brasília - DF
2025



White Paper

Saúde em Nossas Mãos: Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil

hospitais.proadi-sus.org.br/



2025 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsms.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2025 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES)

Coordenação Geral de Projetos
da Atenção Especializada (CGPROJ)

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício sede,
9º andar - Brasília, DF, 70058-900

Telefone: (61) 3315-3645

Site: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes>

E-mail: dgci@saude.gov.br

Suporte técnico, operacional e financeiro, no âmbito do
Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do
Sistema Único de Saúde – PROADI-SUS: Hospital Alemão
Oswaldo Cruz, BP – A Beneficência Portuguesa de São
Paulo, Hcor, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital
Moinhos de Vento e Hospital Sírio-Libanês.

Coordenação-Geral

Claudia Garcia de Barros

Elaboração de texto:

Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo/SP

Karen Cristina da Conceição Dias Silva – Coordenadora
2018-2020 e 2021-2023

BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo/SP
Guilherme Cesar Silva Dias Santos – Coordenador 2021-2023

Hcor, São Paulo/SP
Andrea Keiko Fujinami Gushken – Coordenadora 2018-2020
Cristiana Martins Prandini – Coordenadora 2021-2023

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo/SP
Paula Tuma – Coordenadora 2018-2020
Flavia Fernanda Franco – Coordenadora 2021-2023

Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre/RS
Elenara Ribas – Coordenadora 2018-2020
Rafaela Moraes de Moura – Coordenadora 2021-2023

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo/SP
Ethel Maris Schroder Torelly – Coordenadora 2018-2020
Renata Gonzalez dos Santos – Coordenadora 2021-2023

Ministério da Saúde, Brasília/DF
Eloiza Andrade Almeida Rodrigues – Responsável 2018-2020
Luciana Yumi Ue – Responsável 2018-2020
Renata Bergamaschi – Responsável 2021-2023
Cristiane Maria Reis Cristalda – Responsável 2021-2023

Institute for Healthcare Improvement
Paulo Borem
Daniel Peres
Ademir Jose Petenate

Colaboração:
Equipe do “Saúde em Nossas Mãos” [p.75]

Fotografias:
Freepik

Projeto gráfico e diagramação:
L7 Design

Revisão Textual:
Sebastian Vernal
NEWT - Assessoria textual

Normalização:
Sebastian Vernal
NEWT - Assessoria textual

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde.

White Paper – Saúde em Nossas Mãos: melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde, 2025.

84 p. : il.

Modo de acesso: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/proadi-sus/publicacoes/white-paper-saude-em-nossas-maos.pdf/view>

ISBN 978-65-01-34292-4

1. Relatório. 2. Saúde Pública. I. Título.

CDU 616.894

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2024/0187

Título para indexação:

White Paper - Saúde em Nossas Mãos



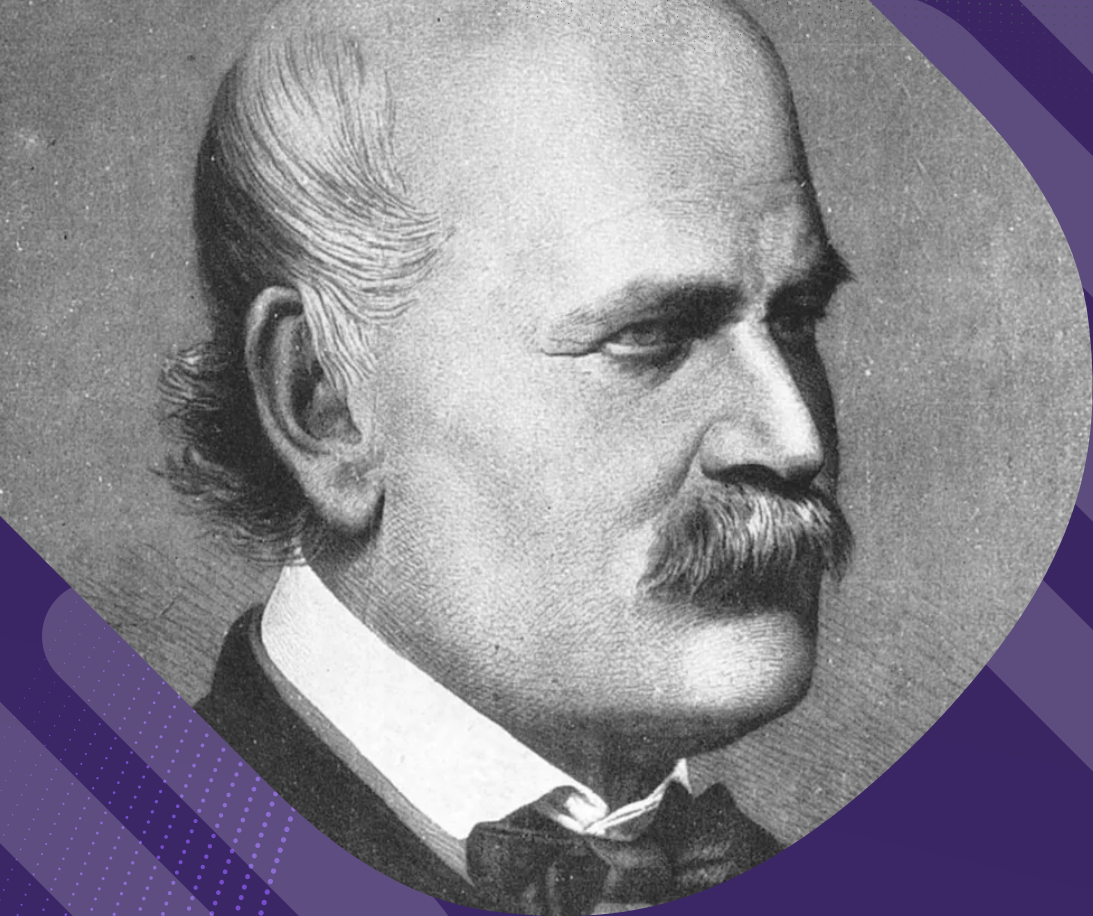
PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Sobre o PROADI-SUS

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) é uma parceria entre seis entidades de saúde de reconhecida excelência no Brasil e o Ministério da Saúde.

Criado em 2009, seu propósito é apoiar e aprimorar o sistema público de saúde por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada demandados pelo Ministério da Saúde.



**Efeito Semmelweis:
tendência a rejeitar novas
evidências ou novos
conhecimentos porque
contradiz normas,
crenças ou paradigmas
estabelecidos.**

Metáfora derivada da história de Ignaz Semmelweis, reconhecido como o pai da antissepsia, cuja teoria de que a lavagem de mãos reduzia febre [*childbed fever*] e mortalidade, foi altamente questionada pela comunidade médica da época.

Lista de figuras

Figura 1. Distribuição geográfica da densidade de incidência de infecções primárias de corrente sanguínea associadas a cateter venoso central no Brasil [2020]	19
Figura 2. Evolução temporal da densidade de incidência média de infecções primárias de corrente sanguínea associadas a cateter venoso central no Brasil e macrorregiões	19
Figura 3. Distribuição geográfica da densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação no Brasil [2020]	20
Figura 4. Evolução temporal da densidade de incidência média de pneumonia associada à ventilação no Brasil e macrorregiões	20
Figura 5. Distribuição geográfica da densidade de incidência de infecções do trato urinário associada a cateter vesical de demora no Brasil [2020]	21
Figura 6. Evolução temporal da densidade de incidência média de infecções do trato urinário associada a cateter vesical de demora no Brasil e macrorregiões	21
Figura 7. Modelo de Colaborativa	23
Figura 8. Estrutura de governança do projeto colaborativo “Saúde em Nossas Mãos: Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil” – triênio 2018-2020	27
Figura 9. Estrutura de governança do projeto colaborativo “Saúde em Nossas Mãos: Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil” – triênio 2021-2023	28
Figura 10. Coordenação do projeto colaborativo “Saúde em Nossas Mãos: Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil” – triênio 2021-2023	29
Figura 11. Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde	30
Figura 12. Grupos de Trabalho da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos – triênio 2018-2020	31
Figura 13. Exemplo de informativo do Saúde em Nossas Mãos	33
Figura 14. Critérios de seleção para participar da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos	34
Figura 15. Distribuição geoespacial das UTIs participantes do Saúde em Nossas Mãos nos triênios 2018-2020 e 2021-2023	35

Lista de figuras

Figura 16. Exemplo de Diagrama Direcionador para atingir o objetivo de redução da densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter	36
Figura 17. Trilha de trabalho do primeiro triênio do Saúde em Nossas Mãos	37
Figura 18. Trilha de trabalho do segundo triênio do Saúde em Nossas Mãos	39
Figura 19. Modelo de Custeio — 10 Passos da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos	41
Figura 20. Alguns exemplos <i>in loco</i> de quadros de gestão diária para sustentar a melhoria implementados durante o projeto Saúde em Nossas Mãos	42
Figura 21. Estratégias pedagógicas baseadas em jogos durante as sessões de aprendizagem presencial do projeto Saúde em Nossas Mãos: jogo de cartas (esquerda) e <i>escape room</i> (direita)	43
Figura 22. Fotografia dos assistentes em umas das sessões de aprendizagem do Saúde em Nossas Mãos	44
Figura 23. Fotografia de uma das oficinas realizadas durante as sessões de aprendizagem presencial	45
Figura 24. Fotografia de uma das visitas técnicas presenciais	45
Figura 25. <i>Screenshot</i> de uma Sessão de Aprendizagem Virtual realizada durante a pandemia de covid-19	46
Figura 26. Estimativa de economias da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos [2018-2020]	46
Figura 27. Resultados da densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (laboratorialmente confirmada) na Colaborativa Saúde em Nossas Mãos [2018-2020]	47
Figura 28. Resultados da densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação na Colaborativa Saúde em Nossas Mãos [2018-2020]	48
Figura 29. Resultados da densidade de incidência de infecção do trato urinário associada a cateter na Colaborativa Saúde em Nossas Mãos [2018-2020]	48
Figura 30. Resultados agregados da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos [2018-2020]	49
Figura 31. Resultados da adesão à higiene das mãos na Colaborativa Saúde em Nossas Mãos [2018-2020]	49

Lista de figuras

Figura 32. Exemplos de atividades <i>in loco</i> (oficinas) da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (2021-2023)	50
Figura 33. Execução de PDSA durante a Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (2021-2023)	51
Figura 34. Resultados da densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (laboratorialmente confirmada) na Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (2021-2023)	52
Figura 35. Resultados da densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação na Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (2021-2023)	52
Figura 36. Resultados da densidade de incidência de infecção do trato urinário associada a cateter na Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (2021-2023)	53
Figura 37. Resultados da adesão à higiene das mãos na Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (2021-2023)	54
Figura 38. "Relatório Abrangente de Resultados Financeiros – Modelo de Custeio, Triênio 2021-2023"	55
Figura 39. Cálculo da estimativa de <i>savings</i> da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos	58
Figura 40. Valor estimado de <i>savings</i> e <i>return of investment</i> da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos	58
Figura 41. Os três primeiros artigos da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos	59

Lista de siglas

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CM	Custo médio
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CGPROJ	Coordenação Geral de Projetos
DAHU	Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência
DD	Diagrama Direcionador
ESRE	Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência
FIP	Folha de Instrução de Processo
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IP	Instrução de Processo
IPCSL	Infecção primária de corrente sanguínea laboratorialmente confirmada associada a cateter venoso central
IRAS	Infecções relacionadas à assistência à saúde
ISC	Infecção do sítio cirúrgico
ITU-AC	Infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAV	Pneumonia associada à ventilação mecânica
PDSA	<i>Plan-Do-Study-Act</i>
PNPCIRAS	Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde



Lista de siglas

PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
ROI	<i>Return on investment</i>
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAP	Sessão de Aprendizagem Presencial
SAV	Sessão de Aprendizagem Virtual
SUS	Sistema Único de Saúde
TMP	Tempo médio de permanência
TWI	Training Within Industry
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

Prefácio 12

Introdução 15

White Paper 22

1 Por quê? 22

Propósito. Por que uma Colaborativa de melhoria assistencial? 22

2 Como? 26

Gestão e Organização. Como funciona o Saúde em Nossas Mãos? 26

3 Impacto. Quais foram os resultados do Saúde em Nossas Mãos? 44

Resultados do triênio 2018-2020 44

Resultados do triênio 2021-2023 50

4 Desafios e barreiras 61

5 Vozes da Colaborativa 63

6 Considerações finais 66

Referências 67

Anexos 70

Agradecimentos 74

Nossa Equipe 75

Instituições participantes 78

Prefácio

A parceria entre o Ministério da Saúde e entidades de saúde de reconhecida excelência (ESRE) do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) tem sido uma jornada de mais de uma década, demonstrando consistentemente ser um caminho excepcional para estabelecer uma base sólida de conhecimento e mobilizar recursos locais rumo a metas ambiciosas de aprimoramento na qualidade da assistência, segurança do paciente e eficiência dos custos na saúde.

O projeto Saúde em Nossas Mãos surgiu como resultado de um esforço coletivo e colaborativo, unindo as ESRE sob uma mesma perspectiva com relação à metodologia, conteúdo e agenda de trabalho. Esse esforço coletivo visou apoiar e impulsionar os esforços do Ministério da Saúde na melhoria das práticas de segurança do paciente já estabelecidas no Brasil. Desde a primeira reunião para o acordo de cooperação entre o Ministério da Saúde e as ESRE, membros estratégicos da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (DAHU) integraram a equipe central de criação, desenvolvimento e implantação.

Representantes dessas entidades investiram centenas de horas na fase preliminar para garantir que o desenho do projeto contemplasse as características multiculturais, a abrangência e as necessidades do SUS. Definiu-se, então, por consenso, que a atuação seria na redução de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), por ser um problema de grande relevância para os sistemas de saúde globalmente, totalmente prevenível e de alto impacto, não somente para cada paciente e suas famílias, como também social e financeiro, consumindo recursos de alto custo, quando ocorrem. Com sua experiência virtuosa em diferentes países e culturas, auxiliando governos no desenvolvimento de projetos para aprendizado colaborativo, a par-

O Saúde em Nossas Mãos tem sido fundamental para o Sistema Único de Saúde (SUS) dar passos significativos na melhoria da qualidade e segurança dos serviços de saúde.

tir do uso de metodologia que mobiliza pessoas e ideias, o Institute for Healthcare Improvement (IHI) foi a organização escolhida para o apoio técnico e metodológico.

O Saúde em Nossas Mãos tem sido fundamental para o Sistema Único de Saúde (SUS) dar passos significativos na melhoria da qualidade e segurança dos serviços de saúde. Além de seu principal objetivo, a redução de IRAS, também tem contribuído para criar um ambiente de aprendizagem entre as instituições participantes e desenvolver agentes para disseminar as metodologias e ideias testadas, bem como formas de implementá-las com os recursos disponíveis.

As unidades de terapia intensiva (UTI) participantes enfrentaram diversos desafios, incluindo o aprimoramento do trabalho em equipe, o desenvolvimento da comunicação eficaz, a promoção de uma cultura de segurança compartilhada por todos os envolvidos, a inclusão do paciente em seu próprio cuidado e, acima de tudo, o estabelecimento de uma rede de conexão entre os hospitais do SUS para compartilhar aprendizados e acelerar mudanças necessárias.

Os resultados demonstram que, quando há aliança, disciplina, engajamento e uma metodologia apropriada, os hospitais públicos conseguem melhorar seus resultados, beneficiando principalmente os pacientes. Esse progresso não teria sido possível sem o envolvimento de lideranças em todos os níveis, desde os líderes estratégicos dos hospitais e suas equipes de UTI até as estruturas estaduais e municipais de saúde, com o apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS] e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde [CONASEMS].

O primeiro triênio [2018-2020] desse esforço nacional, demonstrou que, com metas bem definidas e método, as práticas com fortes evidências funcionam no contexto dos hospitais públicos do Brasil. Tornou-se imperativo multiplicar essa experiência para impactar fortemente o SUS e poder levar essa transformação a todas as UTIs públicas do país.

No segundo triênio [2021-2023], a expansão aconteceu para um número maior de instituições e para UTIs especializadas em pediatria e neonatologia, além daquelas dedicadas a adultos. O desafio dado para o desenho do segundo triênio, além da expansão, foi a redução do tempo da Colaborativa de 36

para 24 meses e a inclusão de novas ferramentas que auxiliassem os hospitais públicos na sustentação das práticas e do conhecimento adquirido ao longo do tempo, multiplicando o aprendizado e perpetuando a cultura da melhoria contínua nas demais áreas das organizações.

O triênio 2024-2026 trará novos experimentos ampliando o escopo das IRAS com a inclusão das infecções de sítio cirúrgico [ISC] e as medidas de Segurança e Saúde Ocupacionais regulamentadas.

Nesse espírito colaborativo e comprometidos com a excelência em saúde, convidamos todos os interessados — profissionais de saúde, pesquisadores, formuladores de políticas e membros da comunidade — a se engajarem nesse diálogo construtivo e a contribuir para o avanço coletivo em direção a uma assistência mais segura e eficaz para todos os pacientes. Juntos podemos transformar os desafios em oportunidades e garantir que a segurança do paciente permaneça no centro de nossa missão compartilhada de cuidar e curar.

**Equipe de coordenação PROADI-SUS e
Ministério da Saúde —
SAES/DAHU/CGPROJ**



Resumo executivo

No complexo cenário da assistência à saúde, a segurança do paciente emerge como um pilar inegociável, delineando não apenas a qualidade dos serviços prestados, mas também a integridade e a confiança fundamental entre profissionais de saúde e pacientes. No cerne dessa questão, destacam-se as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), uma preocupação global que transcende fronteiras e demanda uma abordagem multifacetada e proativa.

Este *White Paper* aborda o esforço conjunto das entidades do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) para aprimorar a segurança do paciente no Brasil. Lançado em 2017, o projeto **Saúde em Nossas Mãos: Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil** tem como objetivo reduzir as três IRAS de maior impacto para o sistema público de saúde: infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter venoso central, laboratorialmente confirmada (IPCSL), pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) e infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora (ITU-AC), com enfoque nas unidades de terapia intensiva (UTI).

A magnitude do desafio imposto pelas infecções relacionadas à assistência não pode ser subestimada. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que milhões de pacientes em todo o mundo são afetados anualmente, resultando em considerável morbidade, mortalidade e custos adicionais para os sistemas de saúde. Além do impacto direto sobre os pacientes, tais infecções também sobrecarregam os recursos hospitalares, comprometendo a eficiência e a sustentabilidade dos serviços de saúde.

Ao longo dos últimos seis anos, mais de 300 unidades de terapia intensiva de todo o Brasil já participaram do projeto. Inicialmente focado em unidades de adultos, no segundo triênio 2021-2023, o Saúde em Nossas Mãos ampliou sua abrangência para unidades pediátricas e neonatais.

Para atingir os objetivos estabelecidos, o projeto adotou a metodologia do modelo de melhoria incorporado em projetos colaborativos em larga escala, conhecido como *Breakthrough Series Collaborative*. Esse método envolve sessões de aprendizagem, períodos de ação para testar e implementar mudanças, visitas técnicas, assim como mensuração e avaliação contínua dos resultados. A implementação de pacotes de mudanças estruturados, sistemáticos e auditáveis (chamados de *bundles*) demonstra a viabilidade de produzir resultados escaláveis e dissemináveis em todo o país.

Nossa iniciativa também visa promover uma cultura de segurança nas organizações de saúde, estimulando a transparência na comunicação, a melhoria contínua nas operações e a segurança para todos os pacientes. Esse esforço representa um avanço significativo no campo da saúde pública no Brasil e serve como modelo para iniciativas futuras voltadas para aprimorar a qualidade e a segurança do cuidado ao paciente.

Introdução

Segurança do Paciente

Nos últimos anos, os debates em torno da segurança do paciente e dos eventos adversos em saúde têm ganhado destaque, refletindo uma preocupação crescente com a qualidade e a confiabilidade dos serviços de saúde. A entrega de cuidados por profissionais de saúde pode inadvertidamente resultar em danos aos pacientes, impactando não apenas a sua saúde física, mas também emocional, financeira, social e, em casos extremos, levando a fatalidades¹.

Estudos indicam que um em cada dez pacientes pode sofrer um evento adverso relacionado aos cuidados hospitalares, porém, metade poderia ser evitado². No artigo “Your health care may kill you: medical errors” [em português: “Seus cuidados de saúde podem matá-lo: erros médicos”], Anderson e Abrahamson³ abordam a preocupante realidade dos eventos adversos em saúde e suas consequências potencialmente fatais. Destaca-se que, nos Estados Unidos, os eventos adversos em saúde são uma das principais causas de morte, superando até mesmo doenças como câncer e acidentes automobilísticos. Os erros podem ocorrer em diversos estágios do processo de saúde, desde diagnósticos equivocados até erros de medicação e procedimentos cirúrgicos mal realizados. Além disso, o texto ressalta a importância da transparência e da responsabilidade por parte das instituições médicas e dos profissionais da saúde na identificação e na prevenção desses erros, reforçando a necessidade urgente de medidas para melhorar a segurança do paciente e reduzir o número de eventos adversos em saúde.

Em 1999, o Institute of Medicine estimou que entre 44.000 e 98.000 mortes anuais nos Estados Unidos estavam associadas a erros na prestação de assistência ao paciente⁴. Já em 2016, Makary e Daniel⁵ revelaram que, anualmente, 251.000 mortes nos EUA resultam de falhas no processo médico-assistencial, superando estimativas anteriores e ficando atrás apenas das doenças oncológicas e cardiovasculares.

No Brasil, a situação não é diferente. Estima-se que cerca de 67% dos danos ocorridos em hospitais brasileiros poderiam ser evitados⁶. Um estudo recente realizado em São Paulo⁷ evidenciou resultados alarmantes em relação a eventos adversos em cuidados intensivos: entre todas as admissões nas UTIs, 12,1% estavam relacionadas a um evento adverso (9,8% causados por um evento adverso, 2,3% relacionados, mas não diretamente causados por um evento adverso em saúde). Essas admissões na UTI não estavam associadas a um maior risco de morte, mas a maioria delas era potencialmente prevenível (taxa de prevenção de 70,9%, representando 8,6% de todas as admissões na UTI).

Estudos indicam que um em cada dez pacientes pode sofrer um evento adverso relacionado aos cuidados hospitalares, porém, metade poderia ser evitado.

Esses dados impulsionaram uma mudança cultural nas instituições de saúde, que passaram a considerar a segurança do paciente como uma prioridade. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, lançou em 2004 a “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”, estabelecendo posteriormente as seis metas internacionais de segurança do paciente⁸: (1) identificar o paciente corretamente, (2) melhorar a eficácia da comunicação, (3) melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância, (4) assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto, (5) reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde, e (6) reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas. Instituições renomadas, como o Institute for Healthcare Improvement (IHI), dos EUA, e o National Health Service, do Reino Unido, também aumentaram seu foco na redução de erros na assistência ao paciente. Além disso, institutos de saúde de referência, como o Instituto Armstrong do Hospital Johns Hopkins, foram criados para estudar e promover a segurança do paciente.

Diante desse contexto, em 2013 no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde em todo o país, tanto em estabelecimentos públicos quanto privados. Esse programa visa promover a qualificação do atendimento e a redução de eventos adversos, alinhando-se com os princípios de acesso, humanização e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segurança do Paciente e Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde: um enfoque estratégico

De acordo com a OMS, em países desenvolvidos, aproximadamente 7 em cada 100 pacientes internados em hospitais são afetados por infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Em países em desenvolvimento, estima-se que 10% adquirem infecções relacionadas à assistência à

saúde, afetando centenas de milhões de pacientes globalmente⁹. Entre as IRAS, as mais relevantes, devido ao seu alto impacto em mortalidade, morbidade e custos hospitalares, são a infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter venoso central, laboratorialmente confirmada (IPSC), a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) e a infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora (ITU-AC).

As infecções hospitalares, hoje reconhecidas como potenciais falhas na assistência à saúde, são objeto de medidas preventivas e de controle bem conhecidas e amplamente divulgadas. No contexto brasileiro, a PNSP e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013 esclarecem o conceito de IRAS como um evento adverso durante o atendimento, destacando a sua importância na busca pela excelência no cuidado¹⁰.

De acordo com as diretrizes organizadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), este projeto encontra-se alinhado aos seguintes eixos: Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade, tendo como diretrizes:



“Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS”;



“Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas” [Plano Nacional de Saúde – PNS 2016-2019, p.5]¹¹.

Assim, a prevenção dessas infecções tornou-se uma prioridade global, envolvendo equipes médicas, gestores de saúde e a sociedade em geral. No Brasil, é fundamental capacitar equipes de saúde para implementar medidas preventivas baseadas em evidências científicas, visando melhorar os índices de infecção e reduzir os custos associados. Nesse sentido, o Saúde em Nossas Mãos visa fornecer suporte técnico para que as instituições participantes implementem práticas seguras de prevenção de infecções em UTIs brasileiras, alinhado com os eixos temáticos do PNSP, garantindo acesso a serviços de saúde de qualidade e promovendo a melhoria contínua no atendimento em todo o país.

Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde: cenário na América Latina

Apesar dos esforços globais para monitorar e prevenir IRAS, é inegável que países de alta renda demonstram uma implementação mais eficaz de medidas de prevenção e controle de infecções. Isso se deve principalmente ao acesso a sistemas robustos de vigilância, recursos financeiros e tecnológicos, maior adesão aos procedimentos de higiene e facilidade de tratamentos e ferramentas diagnósticas. Enquanto a prevalência de IRAS entre pacientes hospitalizados variou de 3,5% a 12% na América do Norte e na Europa¹², as taxas na América Latina podem ser até cinco vezes mais altas¹³⁻¹⁵.

A avaliação do impacto direto e do ônus das IRAS representa um desafio para a vigilância epidemiológica adequada e, consequentemente, há uma falta de informações e dados consistentes em países de baixa renda. No entanto, um estudo realizado em quatro países da América Latina (Brasil, Colômbia,

México e Venezuela) mostrou que um em cada dez indivíduos teve pelo menos uma IRAS contraída em serviços de saúde¹⁵.

O risco de adquirir IRAS em UTIs é consideravelmente maior, com aproximadamente 30% dos pacientes experimentando pelo menos um episódio de infecção hospitalar¹². Além disso, um estudo prospectivo de 24 anos conduzido em 198 UTIs de 12 países da América Latina mostrou que infecções adquiridas na UTI constituem um fator de risco independente para mortalidade¹³.

Como uma tentativa de mitigar o surgimento de IRAS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem trabalhado com a OMS para promover a prevenção e o controle em escala global, em um programa colaborativo denominado "The PAHO/WHO Global Initiative for Prevention of Healthcare-Associated Infection" (em português: "A Iniciativa Global da OPAS/OMS para Prevenção de Infecções Relacionadas aos Cuidados de Saúde"). Esse programa enfatiza significativamente a vigilância epidemiológica, a higiene das mãos, a implementação de precauções padrão, o uso racional de antimicrobianos e outras medidas-chave para reduzir a incidência de IRAS¹⁶.

Enquanto a prevalência de IRAS entre pacientes hospitalizados variou de 3,5% a 12% na América do Norte e na Europa, as taxas na América Latina podem ser até cinco vezes mais altas.

Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde: cenário no Brasil

Historicamente, a primeira Comissão de Controle de Infecção Hospitalar [CCIH] foi estabelecida no Brasil no início dos anos 1960, no Hospital Ernesto Dornelles, em Porto Alegre/RS. Essa iniciativa pioneira marcou o início dos esforços formalizados de controle de infecções nas instituições de saúde do país¹⁷. Duas décadas depois, reconhecendo a importância do controle de infecções, tornou-se obrigatório para todos os hospitais no Brasil estabelecer e manter uma CCIH. Essa regulamentação tinha como objetivo padronizar práticas de controle de infecções e priorizar a segurança do paciente em todo o sistema de saúde brasileiro. Na época, para apoiar a implementação de medidas de controle de infecções, foi iniciado um programa de treinamento de qualificação para 14.000 profissionais¹⁸. No entanto, somente em 1997 a Lei nº 9.431 foi sancionada e entrou em vigor, ditando a obrigação de manter um Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Essa legislação enfatizou ainda mais a importância do controle de infecções e forneceu um arcabouço legal para o estabelecimento e a manutenção de programas abrangentes de controle de infecções em instalações de saúde em todo o Brasil.

Alguns anos depois, a concepção da Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa] foi um marco significativo nas conquistas do país para garantir a segurança e a qualidade de produtos, serviços e práticas de saúde. Posteriormente, o programa de controle foi integrado à Anvisa, que assumiu a coordenação e a colaboração com outras entidades de vigilância em saúde. Desde então, a Anvisa tem implementado numerosas ações estratégicas em nível nacional para reduzir o risco de IRAS, alinhando-se com as recomendações estabelecidas pela OPAS e pela OMS¹⁹.

Uma importante iniciativa da Anvisa foi a criação do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde [PNP-

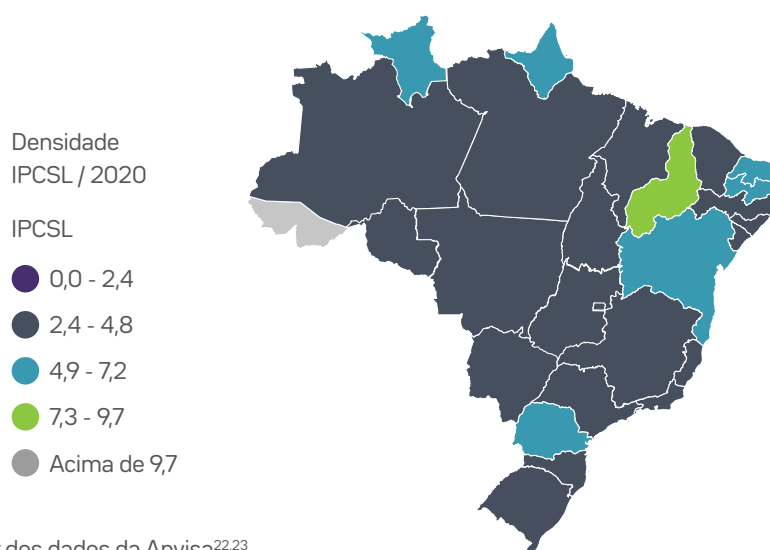
Uma importante iniciativa da Anvisa foi a criação do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS), em 2013. Esse programa foi lançado em resposta ao reconhecimento crescente do impacto das IRAS nos resultados dos pacientes e à necessidade de uma abordagem abrangente para prevenção e controle de infecções.

CIRAS], em 2013. Esse programa foi lançado em resposta ao reconhecimento crescente do impacto das IRAS nos resultados dos pacientes e à necessidade de uma abordagem abrangente para prevenção e controle de infecções²⁰. O programa foi implementado por meio da RDC nº 36/2013, que delineou as diretrizes e as estratégias para prevenir e controlar IRAS em ambientes de saúde¹⁰. Como consequência, dados recentes têm mostrado um progresso nacional significativo na redução das taxas de IRAS prioritárias em UTIs adulto, pediátricas e neonatais, apesar do aumento da adesão e regularidade de relatórios mensais pelos serviços de saúde.

Além disso, no mesmo ano, outra ação significativa ocorreu com o estabelecimento do PNSP pelo decreto GM/MS nº 529/2013, tendo como objetivo principal melhorar a qualidade da assistência à saúde em todos os estabelecimentos de saúde do país por meio de ações simples, como promover práticas de higiene das mãos entre pacientes e profissionais de saúde²¹.

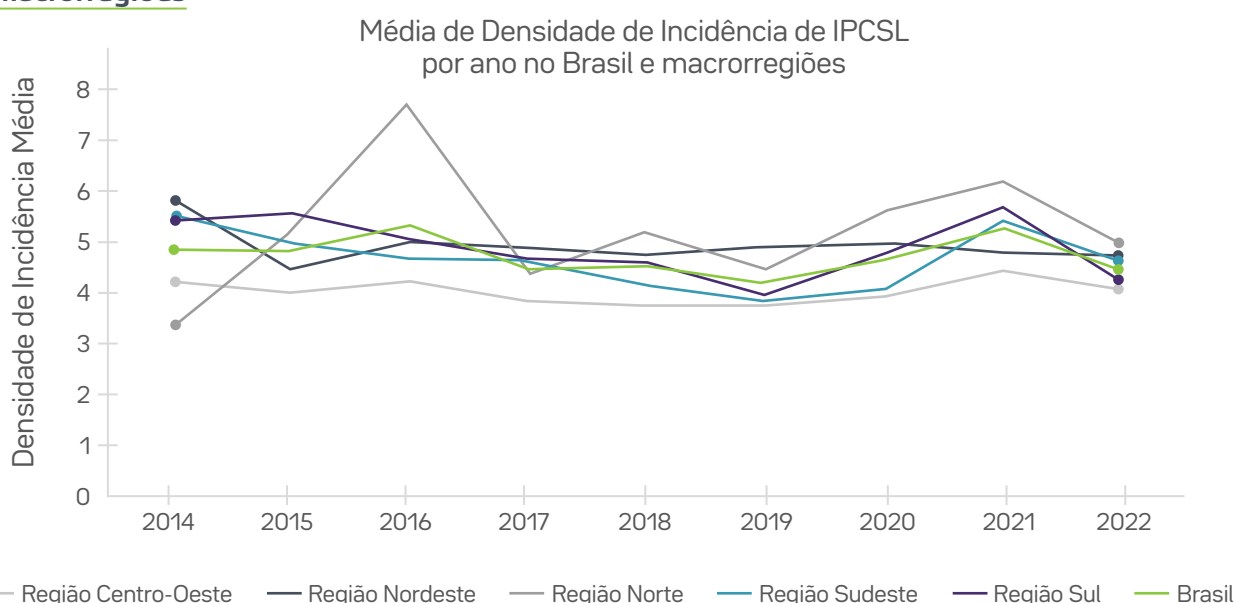
De acordo com os dados de vigilância reportados pela Anvisa^{22,23}, é possível observar a distribuição geográfica por estados das três principais IRAS para o ano de 2020, além de sua evolução temporal de 2014 a 2022 (**Figuras 1 a 6**). Destaca-se que essas informações correspondem exclusivamente a dados agregados das UTIs, reportados para a Anvisa. Existe uma tendência global à diminuição com variações importantes no contexto da pandemia por covid-19. Ressalta-se, ainda, que as regiões Norte e Nordeste do país sempre se encontram acima da média nacional.

Figura 1. Distribuição geográfica da densidade de incidência de infecções primárias de corrente sanguínea associada a cateter venoso central, laboratorialmente confirmada no Brasil (2020)



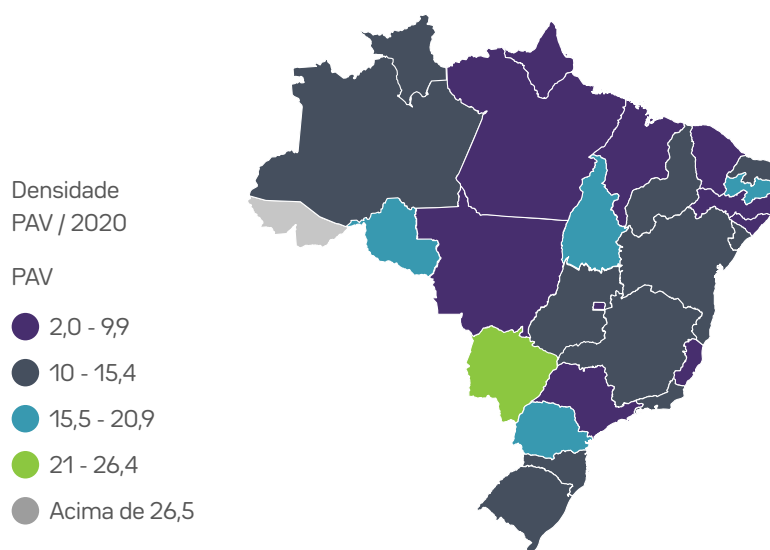
Fonte: elaborada a partir dos dados da Anvisa^{22,23}.

Figura 2. Evolução temporal da densidade de incidência média de infecções primárias de corrente sanguínea associada a cateter venoso central, laboratorialmente confirmada no Brasil e macrorregiões



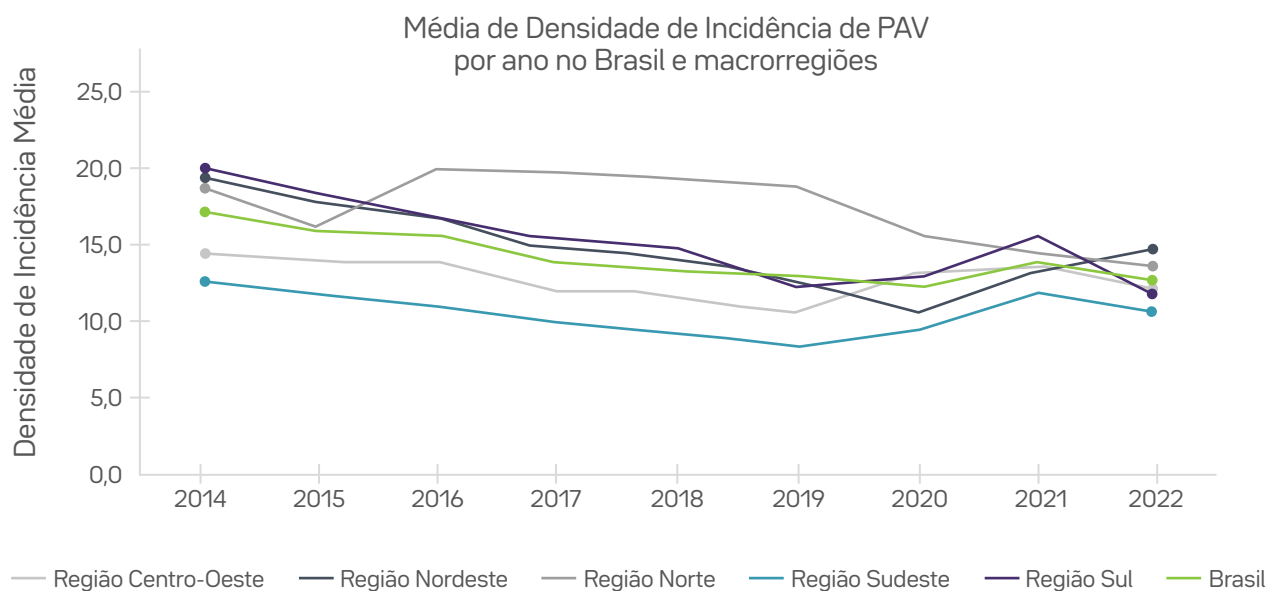
Fonte: elaborada a partir dos dados da Anvisa^{22,23}.

Figura 3. Distribuição geográfica da densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação no Brasil (2020)



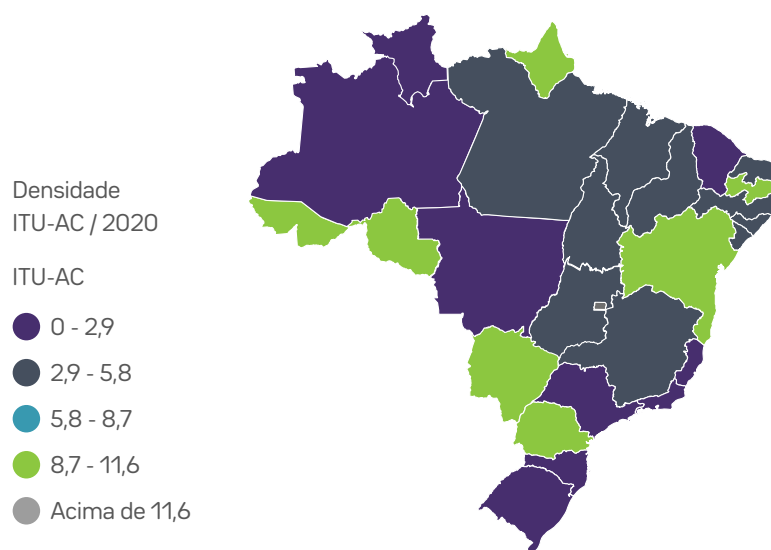
Fonte: elaborada a partir dos dados da Anvisa^{22,23}.

Figura 4. Evolução temporal da densidade de incidência média de pneumonia associada à ventilação no Brasil e macrorregiões



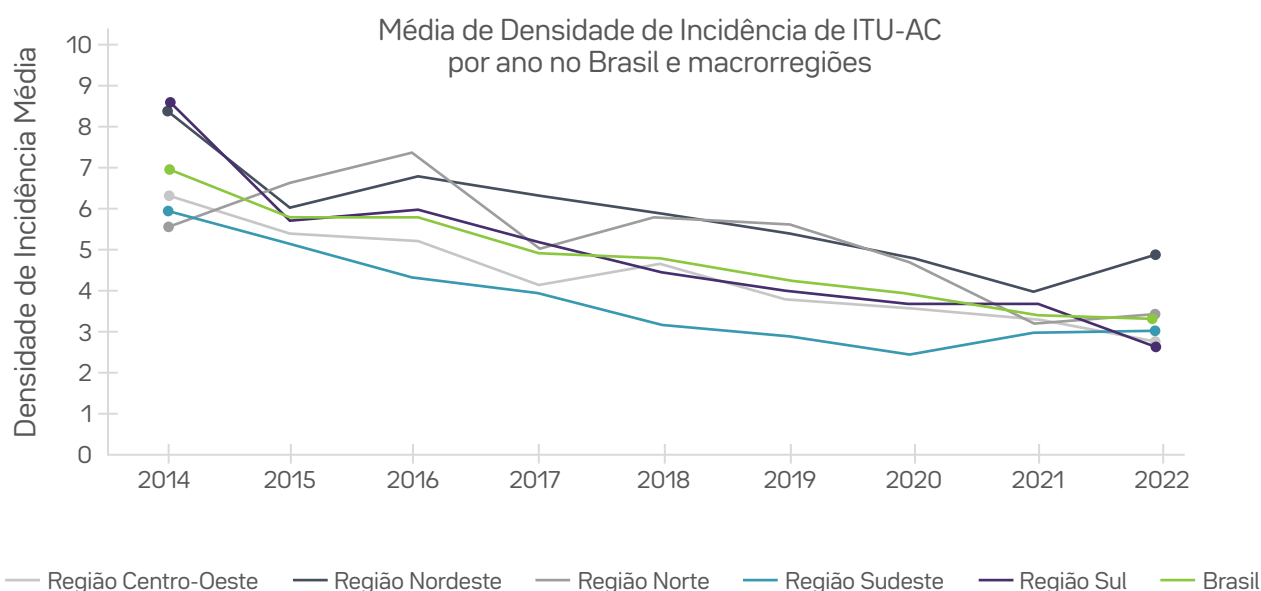
Fonte: elaborada a partir dos dados da Anvisa^{22,23}.

Figura 5. Distribuição geográfica da densidade de incidência de infecções do trato urinário associada a cateter vesical de demora no Brasil (2020)



Fonte: elaborada a partir dos dados da Anvisa^{22,23}.

Figura 6. Evolução temporal da densidade de incidência média de infecções do trato urinário associada a cateter vesical de demora no Brasil e macrorregiões



Fonte: elaborada a partir dos dados da Anvisa^{22,23}.



Por quê?

Por que uma Colaborativa de melhoria assistencial?

Em 1995, o IHI concebeu as Colaborativas com o propósito de auxiliar as instituições de saúde na realização de melhorias de natureza inovadora e ambiciosa, propiciando produzir avanços significativos na qualidade dos serviços prestados, ao mesmo tempo em que melhoram a experiência do paciente e promovem a redução de custos²⁴. A filosofia subjacente às Colaborativas é fundamentada na constatação de que existe uma base sólida de conhecimento científico que demonstra a possibilidade de aprimorar tanto os custos quanto os resultados das práticas de saúde atuais; porém, grande parte desse conhecimento não é aplicada de forma efetiva na rotina laboral. Portanto, há uma lacuna entre o saber e o fazer²⁵.

Inicialmente, as Colaborativas foram concebidas como um sistema de aprendizado de curto prazo, com duração de 6 a 15 meses. Contudo, em decorrência da utilização das Colaborativas em contextos mais amplos ou diante de problemas de alta complexidade, esse período foi estendido para até 36 meses, dependendo da natureza do sistema, do ambiente ou do problema a ser abordado. Todas as Colaborativas

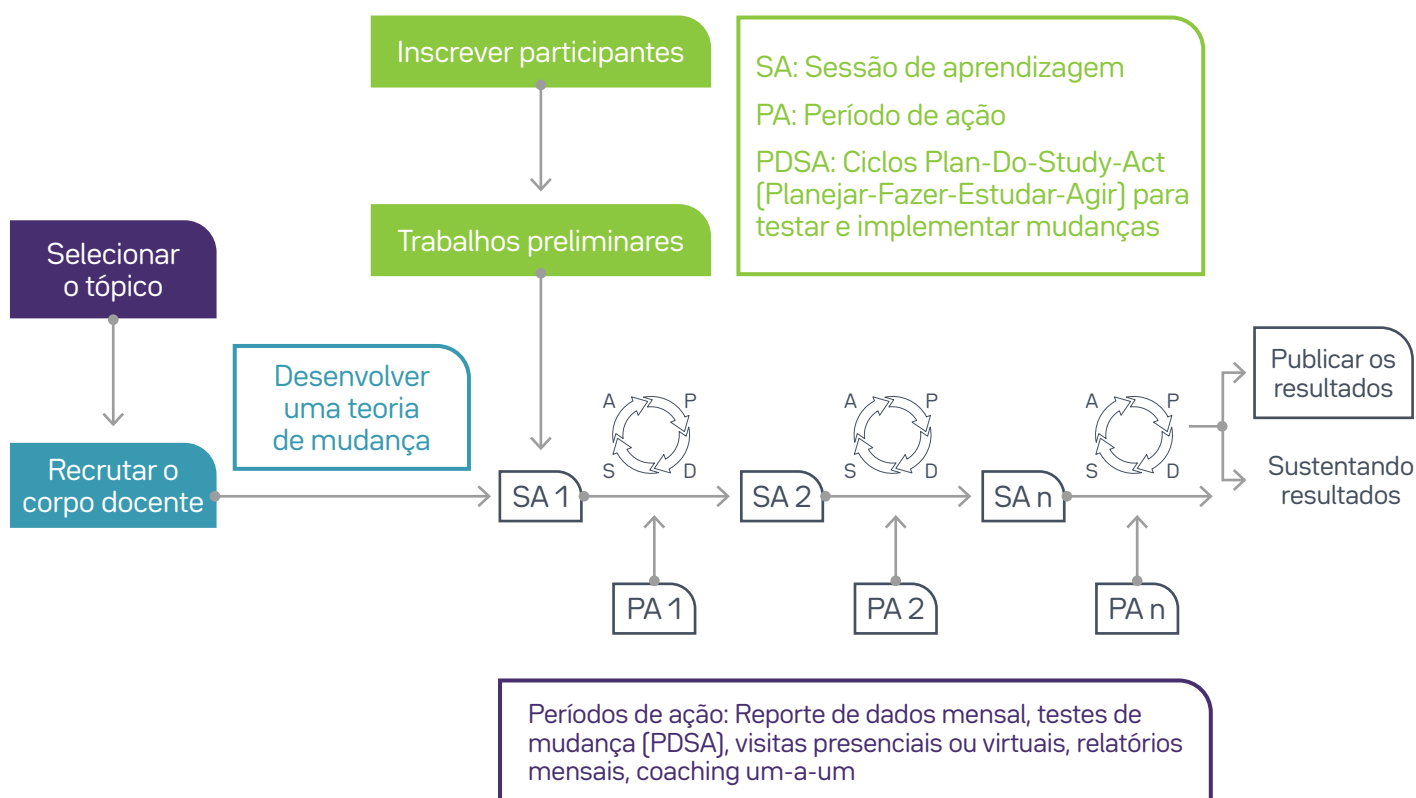
compartilham o propósito de reunir múltiplas equipes hospitalares com o objetivo de promover melhorias em uma área temática específica²⁴.

Desde então, o IHI tem coordenado ou coproduzido centenas de Colaborativas abordando uma vasta gama de tópicos, envolvendo milhares de profissionais e organizações do setor de saúde. As dimensões das Colaborativas variam e podem envolver entre 12 e 160 equipes. Cada equipe geralmente designa entre três e cinco membros para participar das sessões de aprendizagem (geralmente realizadas presencialmente, com pelo menos três sessões ao longo da Colaborativa), enquanto outros membros podem se envolver nas etapas de testes e implementações de mudanças durante os Períodos de Ação (comumente com duração de 3 a 6 meses). As equipes participantes de Colaborativas bem-sucedidas têm alcançado resultados notáveis. Ademais, o IHI capacitou milhares de profissionais de saúde na metodologia Colaborativa, assim como em outras áreas, incluindo educação e outros processos de melhoria assistencial.

Elementos-chave de uma Colaborativa

A **Figura 7** delinea os componentes fundamentais de uma Colaborativa. Cada Colaborativa deve aderir a este plano e considerar minuciosamente a importância de cada elemento.

Figura 7. Modelo de Colaborativa



Fonte: Institute for Healthcare Improvement [Colaboração para grandes avanços ou "Colaborativa": modelo colaborativo do IHI para grandes avanços, p. 5].²⁴

- **Seleção do tópico:** envolve a escolha de um tópico ou problema na assistência à saúde que esteja pronto para melhorias. Ou seja, quando o conhecimento existente é substancial, porém subutilizado, ou quando melhores resultados foram demonstrados em outras organizações. A Colaborativa serve, então, como um meio para reduzir a discrepância entre o conhecimento baseado em evidências e a prática real.
- **Recrutamento do corpo docente:** implica na identificação de especialistas em disciplinas pertinentes, incluindo expertos nacionais e/ou internacionais no tópico, bem como especialistas em implementação ou profissionais médicos que tenham demonstrado desempenho inovador em suas próprias práticas. Um líder especializado em intervenções de melhoria da qualidade deve dirigir a Colaborativa, e será responsável por estabelecer a visão de um novo sistema de cuidados, fornecendo uma gestão entre os docentes, e ensinando e orientando as equipes participantes. Geralmente, esse diretor dedica um ou dois dias por semana à Colaborativa. O corpo docente especializado auxilia na formulação de conteúdo específico para a Colaborativa, incluindo objetivos apropriados, estratégias de mensuração e uma lista de mudanças baseadas em evidências. Um especialista em ciências da melhoria instrui e treina as equipes sobre métodos de melhoria e sua aplicação em contextos específicos.

- 
- 
- **Desenvolvimento de uma teoria de mudança:** a teoria de mudança é o cerne da Colaborativa. Sem uma teoria coesa e fundamentada em evidências, uma Colaborativa se torna inviável. A teoria de mudança abrange o planejamento necessário para implementar um projeto de melhoria da qualidade, descrevendo as mudanças que os participantes da Colaborativa devem testar e eventualmente implementar. Além disso, a estratégia de mensuração e a estratégia de execução devem ser estruturadas em conjunto com a teoria de mudança. Esses três pilares [teoria de mudança, estratégia de mensuração e teoria de execução] formam a base essencial para impulsionar uma intervenção de melhoria da qualidade. Em conjunto, tais pilares compõem uma teoria de melhoria, delineando um plano de execução para uma intervenção em rede e respondendo às três questões do modelo de melhoria: o que queremos melhorar, como saberemos se uma mudança é uma melhoria e quais mudanças acreditamos que resultarão em melhoria.
 - **Inscrição dos participantes:** as organizações optam por participar de uma Colaborativa por meio de um processo de inscrição voluntária, designando equipes multidisciplinares dentro da organização responsável por aprender, testar mudanças em pequena escala e auxiliar na transformação de mudanças bem-sucedidas em práticas padrão durante e após a Colaborativa. Espera-se que os líderes seniores das organizações participantes orientem, apoiem e incentivem as equipes de melhoria, sendo responsáveis pela sustentabilidade das mudanças eficazes das equipes.
 - **Trabalhos preliminares:** para preparar as equipes para o início da Colaborativa, os coordenadores da Colaborativa organizam reuniões preliminares. Essas reuniões visam esclarecer as expectativas dos líderes das organizações participantes em relação ao nível de ambição da Colaborativa e a necessidade de estabelecer uma equipe de melhoria em cada organização.
 - **Reunião de expertos** — dentro das atividades iniciais da Colaborativa, a *Expert Meeting* é um elemento fundamental. Esse encontro congrega especialistas para trocar ideias sobre melhorias acerca do tópico escolhido. Entre os especialistas pode haver clínicos, pesquisadores, líderes de pensamento e profissionais com experiência direta na implementação de mudanças significativas em ambientes de cuidados de saúde. Essas reuniões envolvem apresentações, compartilhamento de experiências, sessões interativas e desenvolvimento de planos de ação. O evento facilita o trabalho em rede e coleta *feedback* para aprimoramentos futuros, promovendo a adoção de práticas inovadoras em saúde, adaptando-as às necessidades específicas das organizações participantes.

- **Sessões de aprendizagem** — durante as sessões de aprendizagem, equipes multidisciplinares de cada organização se reúnem com o corpo docente especializado para trocar ideias. Na primeira sessão, o corpo docente apresenta a teoria de mudança e a estratégia de mensuração da Colaborativa. As equipes aprendem com um Especialista em Melhoria o Modelo de Melhoria do IHI, que permite testar localmente ideias de mudança e refletir, aprender e aprimorar esses testes. Nas sessões subsequentes, os membros das equipes aprendem uns com os outros, compartilhando sucessos, obstáculos e lições aprendidas por meio de aulas, grupos de trabalho, apresentações de projetos e diálogos informais. O conhecimento acadêmico é reforçado pelas experiências práticas dos colegas.
- **Períodos de ação** — durante os períodos de ação, que ocorrem entre as sessões de aprendizagem, as equipes testam e implementam mudanças, coletando dados para medir o impacto dessas mudanças. As equipes devem enviar relatórios mensais para o corpo docente da Colaborativa para revisão e *feedback*, e serão apoiadas por encontros presenciais e virtuais que permitam compartilhar informações e aprender com especialistas e outras organizações participantes. O objetivo é promover a colaboração e oferecer suporte remoto às organizações enquanto experimentam novas ideias.

Os resultados exitosos desses projetos serviram de inspiração para que o primeiro projeto de melhoria em larga escala da segurança do paciente fosse apoiado pelo Ministério da Saúde.

Em 2014, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Ministério da Saúde propuseram e contrataram o primeiro projeto colaborativo, com orientação técnica do IHI e do Hospital Israelita Albert Einstein, visando melhorar a segurança durante o parto e o nascimento, tanto em hospitais privados quanto no SUS (Colaborativa “Parto Adequado”)²⁶.

Em 2016, o PNSP propôs a implementação de projetos colaborativos e a utilização da ciência da melhoria nos projetos implantados nos hospitais do SUS. Os primeiros passos foram dados com os projetos “Paciente Seguro”, coordenado pelo Hospital Moinhos de Vento, e em seguida com o Projeto “Qualiti Hospitalar”, coordenado pelo Hcor, ambos realizados em hospitais do SUS em todas as cinco regiões do país.

Os resultados exitosos desses projetos serviram de inspiração para que o primeiro projeto de melhoria em larga escala da segurança do paciente fosse apoiado pelo Ministério da Saúde.



Como?

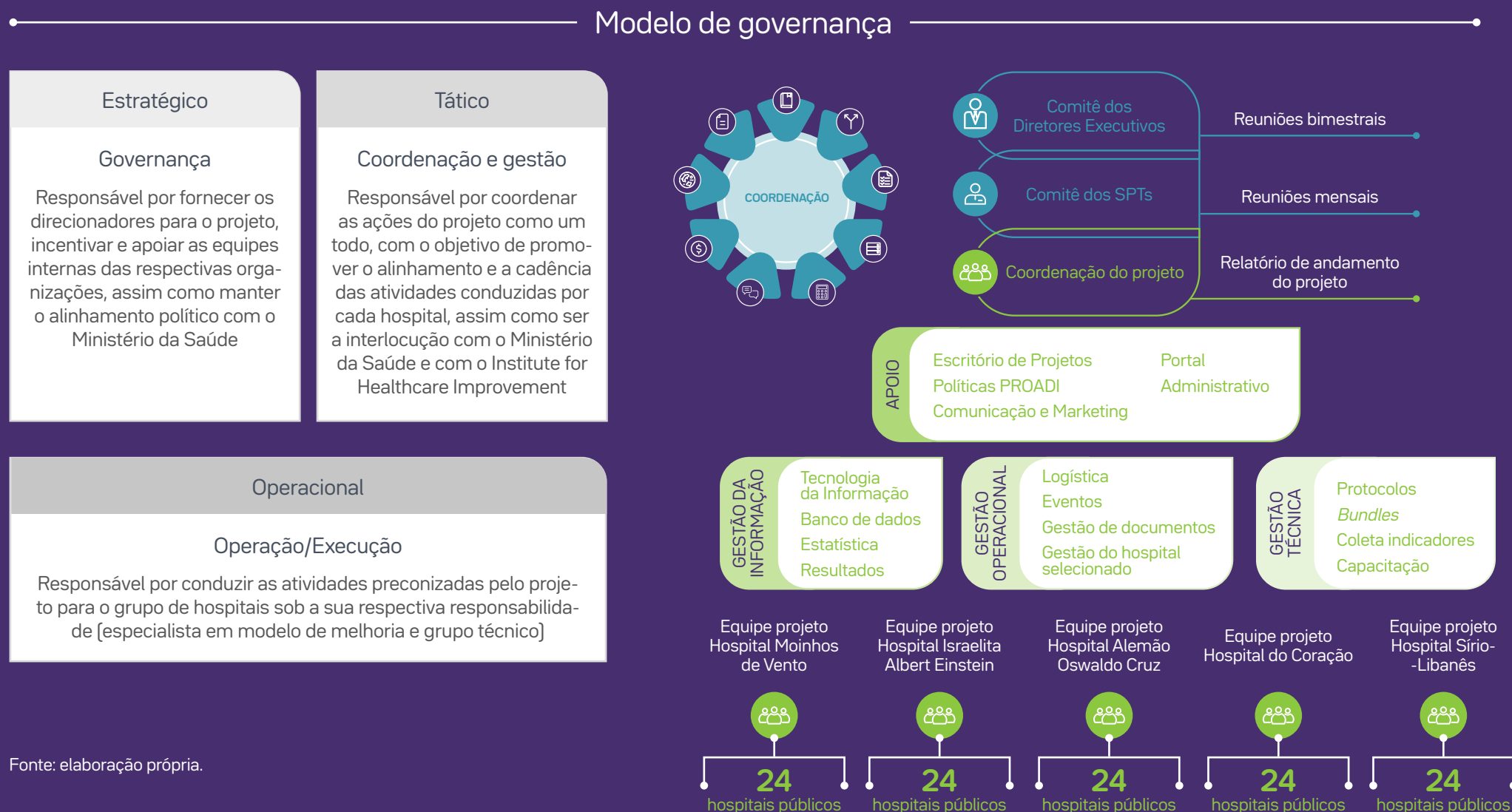
Como funciona o Saúde em Nossas Mãos?

Estrutura gerencial do projeto

A Colaborativa Saúde em Nossas Mãos é de uma proposta conjunta das seis ESRE do PROADI-SUS, o que contribuiu para o estabelecimento de uma estrutura de Governança desde o princípio, auxiliando na definição de papéis e responsabilidades, desenho dos fluxos de decisão e comunicação, assim como a provisão e a aprovação de recursos, como ilustram as **Figuras 8 e 9**.

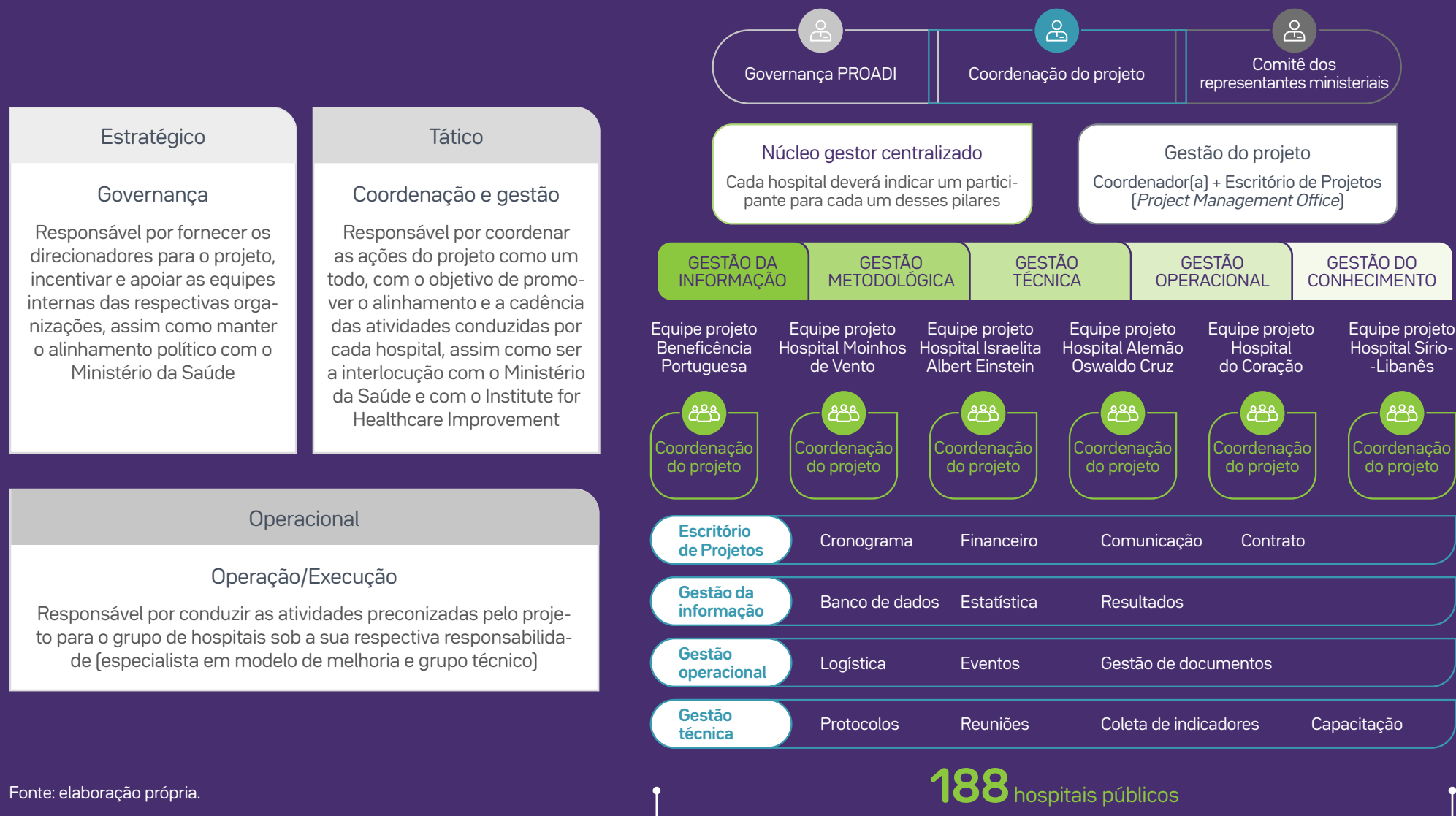


Figura 8. Estrutura de governança do projeto colaborativo “Saúde em Nossas Mãos: Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil” — triênio 2018-2020



Fonte: elaboração própria.

Figura 9. Estrutura de governança do projeto colaborativo “Saúde em Nossas Mãos: Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil” — triênio 2021-2023



Fonte: elaboração própria.

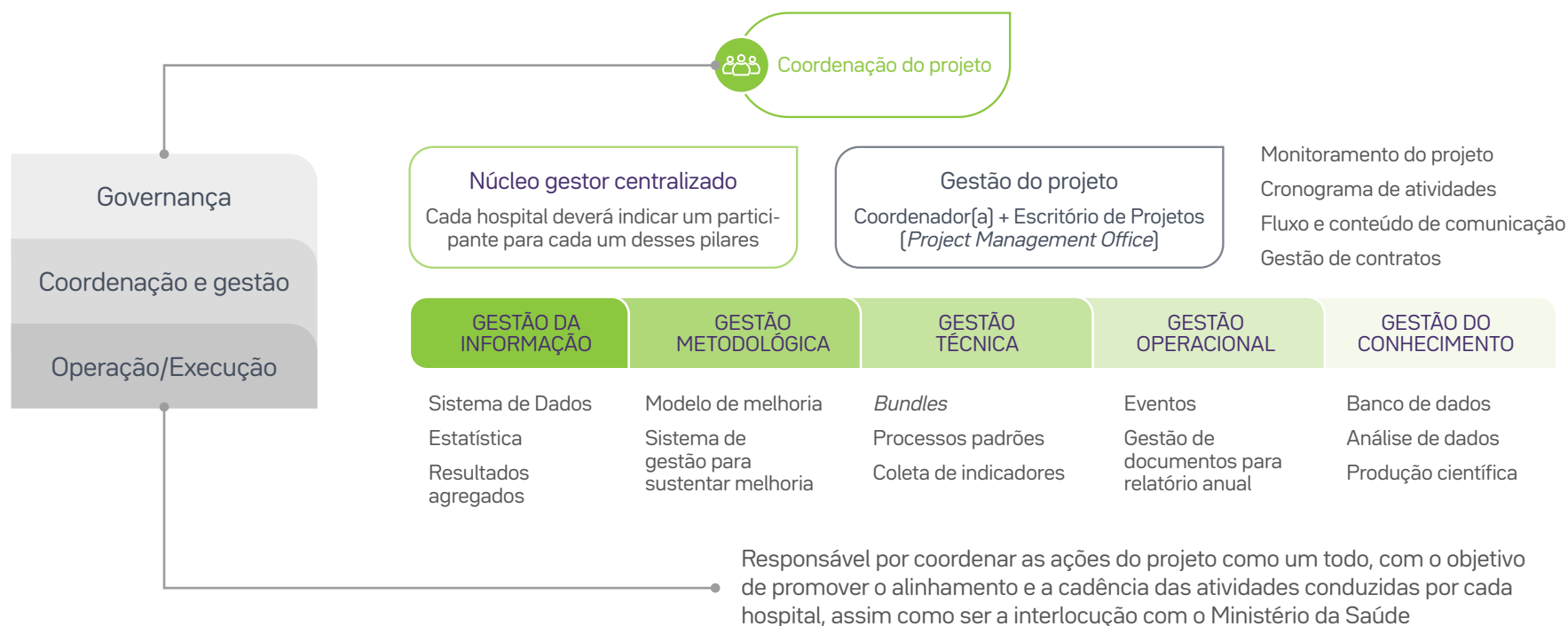
O Comitê dos Superintendentes é composto por Dirigentes das ESRE que representam e respondem pelos Institutos de Responsabilidade Social e pela gestão das carteiras de projetos PROADI-SUS nas respectivas instituições, fazendo a interlocução com a Secretaria de Atenção à Saúde e o Ministério da Saúde.

A coordenação nacional da Colaborativa compete a um líder de um dos hospitais PROADI-SUS, eleito pela Governança, substituído ou reeleito a cada ci-

clo de 18 meses. Além de manter a Governança informada do andamento do projeto, necessidades e resultados, o líder gerencia os Grupos de Trabalho e os Coordenadores de cada hospital de excelência.

A **Figura 10** ilustra o organograma da coordenação do projeto.

Figura 10. Coordenação do projeto colaborativo “Saúde em Nossas Mãos: Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil” — triênio 2021-2023



Fonte: elaboração própria.

Grupos de apoio técnico, gestão da informação, gestão operacional e gestão técnica apoiam os coordenadores e a Governança no cumprimento das regras, na revisão de recursos, na organização das sessões de aprendizagem, nas sessões de imersão, na logística dos participantes, entre outros.

Cada hospital de reconhecida excelência representa um *hub*, responsável por coordenar e acompanhar as implantações nas UTIs participantes distribuídas por diferentes regiões do Brasil. Esse acompanhamento inclui visitas técnicas locais, *feedback* sobre os relatórios mensais, reuniões presenciais e virtuais de treinamento, análise de resultados e planos de ações. Todos utilizam as estratégias de mudança propostas nos Diagramas Direcionadores [DD] para a prevenção

de cada tipo de infecção, para o envolvimento da liderança e para o engajamento do paciente e sua família.

Inicialmente eram cinco os hospitais certificados como hospitais sem fins lucrativos (Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social), de excelência, denominados Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (ESRE): Hospital Moínhos de Vento (Porto Alegre/RS), Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hcor, Hospital Israelita Albert Einstein e Hospital Sírio Libanês (São Paulo/SP). A partir de 2021, a Beneficência Portuguesa de São Paulo também passa a ser parte deste grupo, sendo integrado à Colaborativa Saúde em Nossas Mãos no segundo triênio da iniciativa. A **Figura 11** apresenta os hospitais integrantes do PROADI-SUS.

Figura 11. Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

**HOSPITAIS
PROADI-SUS**
Fortalecendo a saúde pública do país



Fonte: Hospitais PROADI-SUS²⁷.



Grupos de Trabalho

Para apoiar a Colaborativa em uma ampla gama de áreas temáticas, foram estabelecidos grupos de trabalho compostos por membros das ESRE, incluindo, em alguns casos, representantes dos hospitais participantes. Con-

forme a Colaborativa progredia, percebeu-se a necessidade de novos grupos, que se somaram aos inicialmente identificados. A **Figura 12** mostra os Grupos de Trabalho presentes no triênio 2018-2020.

Figura 12. Grupos de Trabalho da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos — triênio 2018-2020



Fonte: elaboração própria.

Saúde em Nossas Mãos:

Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil



- **Seleção:** responsável pela seleção inicial das UTIs participantes, redistribuição e substituição de hospitais, quando necessário ao longo da Colaborativa, e exclusão de hospitais que não atendem às expectativas acordadas no termo de adesão.



- **Coordenadores de *hub*:** encarregados de aplicar a metodologia nos hospitais participantes, desenvolvendo conteúdos e dinâmicas para as Sessões de Aprendizagem Presenciais [SAP], Sessões de Aprendizagem Virtuais [SAV] nacionais e regionais, fazendo visitas, fornecendo *feedback* mensal aos hospitais e apoiando-os em seu processo de aprendizado e implementação. Contam com uma equipe composta por especialistas em melhoria, enfermeiros, infectologistas, intensivistas, entre outros, para apoiá-los nessas atividades. Também desenvolvem estratégias específicas para os hospitais, dependendo de sua *performance* e trajetória na Colaborativa.



- **Pacotes [*Bundles*]:** este grupo trabalhou intensamente no início da Colaborativa, desenvolvendo pacotes de mudanças, DDs de infecções, diagramas de paciente e família, e diagramas de liderança. À medida que a Colaborativa avançava, reavaliavam alguns pontos dos DDs quando identificavam áreas passíveis de melhoria.



- **PROADI-SUS e Logística:** atua em duas frentes: o PROADI, lida com questões formais junto ao Ministério da Saúde, como desenvolvimento do projeto até a publicação no Diário Oficial da União, solicitação de novos aditivos e elaboração do Relatório Anual de Prestação de Contas, além de responder formalmente a questionamentos do Ministério; a Logística é responsável pela coordenação



- **Indicadores e Banco de Dados:** responsáveis por definir inicialmente os indicadores do projeto, desenvolver a definição operacional e o método de coleta. Esses dados foram entregues ao Ministério da Saúde ao final de cada triênio do projeto.



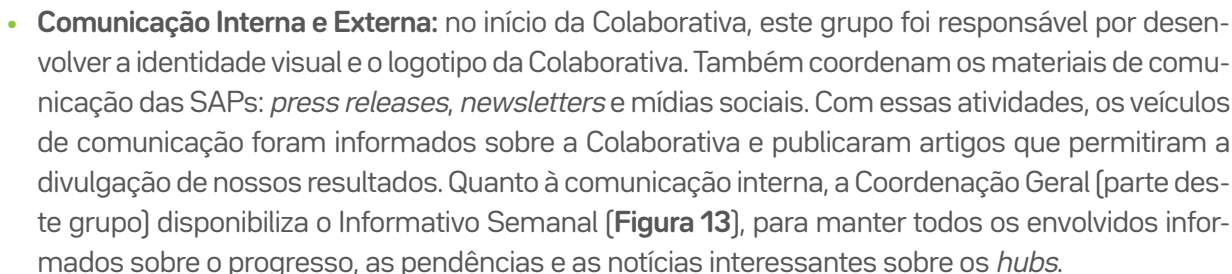
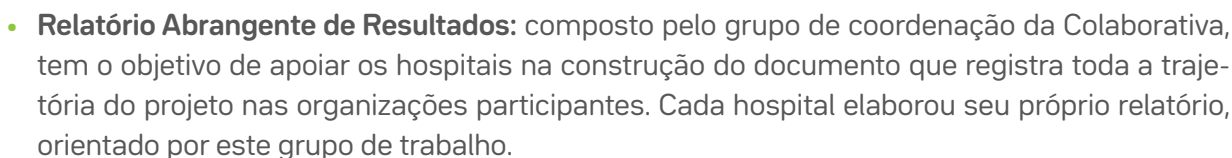
- **Microbiologia:** responsável por encontrar soluções para a falta de tecnologia e insumos necessários para a realização de hemoculturas nos hospitais participantes, um exame crucial para a confirmação diagnóstica de infecções e para fornecer métricas confiáveis ao processo.



- **Insumos:** iniciado em junho de 2019, este grupo é composto por profissionais de suprimentos dos hospitais PROADI e voluntários dos hospitais participantes. O objetivo é desenvolver um processo robusto de compras para os hospitais públicos, envolvendo inclusive as Secretarias Estaduais, para evitar as frequentes faltas de materiais. Também foi tratada a padronização dos principais materiais e insumos utilizados nos pacotes de mudanças das IRAS.



- **Modelo de Custeio:** uma das entregas do projeto é avaliar a economia que a redução de infecções traz para o sistema de saúde, por meio da redução do tempo de internação, dos custos de exames, antibióticos, entre outros. Este grupo desenvolveu um modelo para quantificar essas economias. Ao final de cada triênio, todos os hospitais estiveram aptos a medir os custos das infecções em suas respectivas UTIs.



SAÚDE

em nossas mãos

atitudes que salvam vidas

NOTÍCIAS DA 1ª. SAP

GOVERNANÇA PROADI

PERÍODO ELEITORAL - CONFIDENCIAL

Outubro de 2022 • Edição 01 • Trimestre 2021-2022

Aconteceu nos dias 13 e 14 de outubro a 1ª. Sessão de Aprendizagem Presencial (SAP) do projeto Saúde em Nossas Mãos, em São Paulo. Esta iniciativa teve o objetivo de mobilização, geração de novas ideias, alinhamento da metodologia e da execução e o compartilhamento de conhecimento entre os hospitais participantes do projeto.

Na abertura do evento contamos com a participação de membros da Governança – Dante Gamburgella (BP) e Leonardo Rohm (representando Guilherme Schettino, HIAE), além de Cristiane Cristallo (representando Bruno Carraro, Diretor do DAHU/SAES/MS).

Em dois dias de imersão, os profissionais da saúde de 9 estados diferentes (PA, PB, ES, RJ, MG, GO, SP, PR, SC) discutiram os principais conceitos e práticas, a fim de aprimorar as habilidades em interpretar dados para tomar decisões, gerar e sustentar melhorias.

Nesta primeira SAP reunimos cerca de 120 profissionais que atuam em 131 das 194 hospitais participantes do projeto. No primeiro dia as atividades foram organizadas em sete oficinas clínicas com cenários interativos para alinhamento técnico e metodológico. Divididos em grupos, os profissionais multidisciplinares revisaram temas essenciais para o sucesso do projeto. Entre os temas estavam a utilização de Ferramentas para gerar melhoria como o uso do Diagrama Direcionador na redução das três IRAS (IPCIS, PAV, ITU-AC), o uso do PDSA nos testes das ideias de mudança, a importância dos huddles, o escopo das vistas multidisciplinares, o conceito do kamishibai, a interpretação dos indicadores de resultados e a prática correta de higienização das mãos.

O segundo dia foi reservado para as equipes dos hospitais participantes compartilharem as ideias de mudanças testadas à beira do leito e implementadas com sucesso. O método utilizado é a narrativa com auxílio de pôsters com fotos que ilustram as mudanças, desafios e equívocos envolvidos. Esta atividade visa criar o senso de comunidade e colaboração entre os hospitais favorecendo a troca de experiências e soluções.

Na liderança das oficinas, estiveram os coordenadores e equipes técnicas dos Hubs do @Hospital Alemão Oswaldo Cruz, @A Beneficência Portuguesa, @Hospital do Coração, @Hospital Israelita Albert Einstein, @Hospital Moínhos de Vento e @Hospital Sírio-Libanês.

A participação dos hospitais foi intensa e depoimentos de reforço à importância da SAP foram registrados.

A partir de agosto de 2022 (11 meses de projeto) já identificamos resultados extraordinários em pediatria e neonatologia (superaram as metas) e estamos confiantes no alcance dos resultados nas UTIs Adulto nos próximos meses!

Parabéns a todos!

Claudia Garcia de Barros
 Coordenadora da Colaborativa PROADI-SUS

RESULTADOS DAS IRAS – AGOSTO 2022

PERFIL UTI	INDICADOR	LIMITE DE BASE	META	MÉDIA ATUAL	PORC. REDUÇÃO
	IPCIS	5,3	3,71	5,3	0%
ADULTO	ITU-AC	3,4	2,38	2,5	28%
ADULTO	PAV	14,8	10,30	12,5	16%
NEONATAL	IPCIS	11,2	7,84	8,9	23%
NEONATAL	PAV	5	3,5	2,6	48%
PEDIÁTRICO	IPCIS	6,7	4,69	3	55%
PEDIÁTRICO	ITU-AC	2,8	1,96	1,1	68%
PEDIÁTRICO	PAV	4,3	3,01	2,6	40%

Legenda:

✓ Meta não atingida

✓ Meta quase atingida

✓ Meta superada

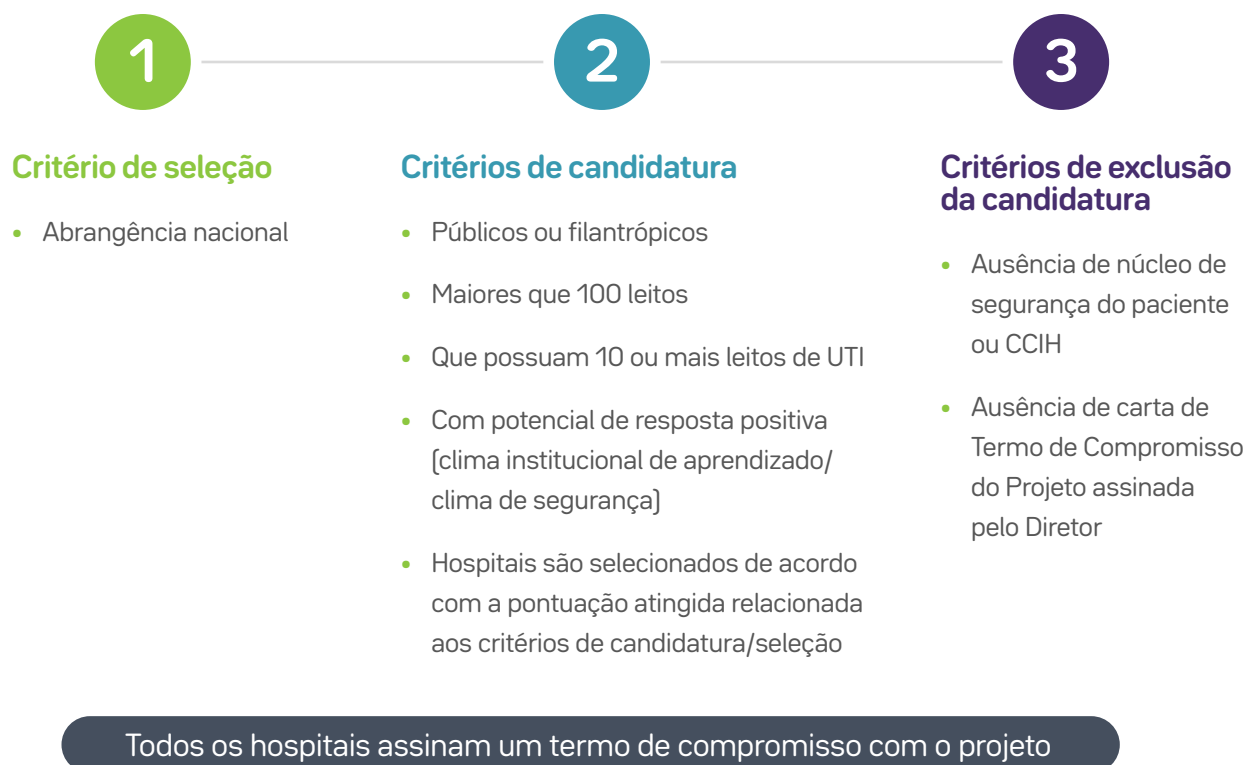
PROADI-SUS

Posteriormente, durante o triênio 2021-2023, os grupos de trabalho foram ajustados de acordo com as novas demandas deste novo ciclo de intervenção: Gestão da Informação, Gestão Metodológica, Gestão Técnica, Gestão Operacional e Gestão do Conhecimento (vide **Figura 10**).

A seleção das UTIs participantes

As inscrições foram feitas de modo voluntário por um formulário eletrônico disponibilizado pelo Ministério da Saúde, via portal. Os critérios de elegibilidade estão descritos na **Figura 14**.

Figura 14. Critérios de seleção para participar da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos

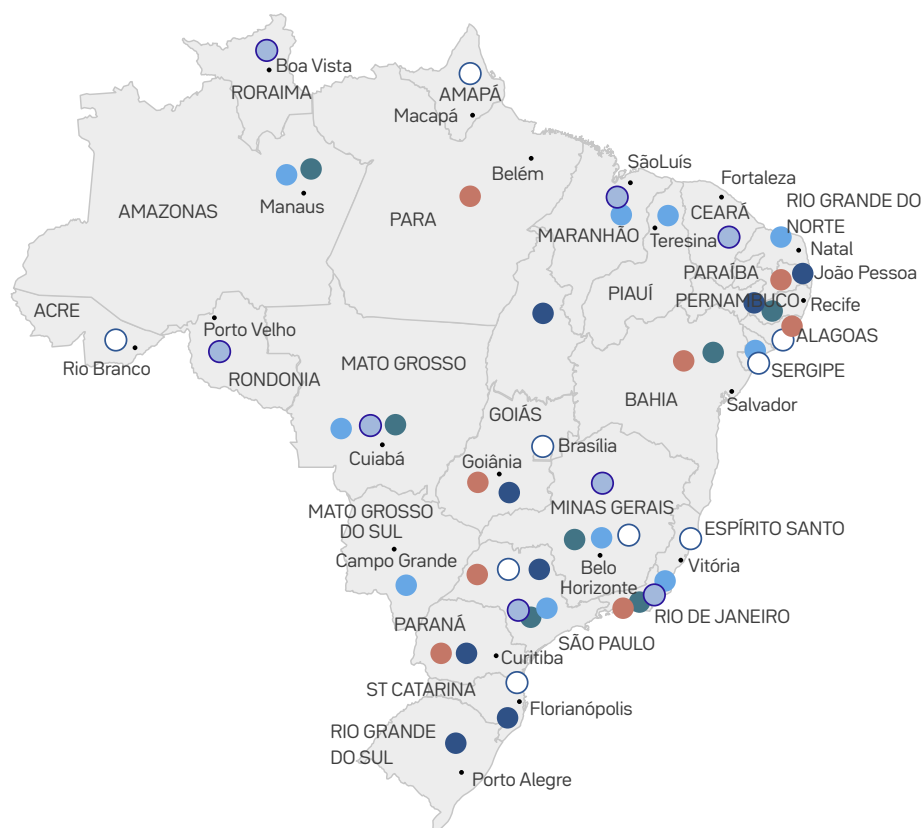


Fonte: elaboração própria

Os perfis dos hospitais selecionados são diferentes quanto ao tipo de natureza, ao sistema de gerenciamento e aos processos de qualidade implementados. Ao longo dos dois triênios, houve a participação de hospitais públicos (municipais, estaduais e federais), filantrópicos, acadêmicos, com e sem acreditação, entre outros. Tais diferenças trazem para este projeto colaborativo ampla oportunidade de aprendizado, favorecendo o aperfeiçoamento do método e o desenho de processos assistenciais e administrativos mais flexíveis, úteis para a fase de disseminação das práticas para um maior número de instituições.

O processo seletivo, nos dois triênios [2018-2020 e 2021-2023], garantiu a abrangência nacional do projeto, considerando a nomeação de pelo menos um hospital por estado brasileiro, desde que inscritos voluntariamente. Para o último triênio 2021-2023, o Saúde em Nossas Mãos conseguiu abranger todos os estados brasileiros e o Distrito Federal. A **Figura 15** mostra os estados participantes do projeto e o número de hospitais participantes no primeiro e no segundo triênio.

Figura 15. Distribuição geoespacial das UTIs participantes do Saúde em Nossas Mãos nos triênios 2018-2020 e 2021-2023



PROADI-SUS

Hospitais 2018-2020



116

Hospitais
participantes



25

Unidades
federativas

Hospitais 2021-2023



188

Hospitais
participantes



27

Unidades
federativas



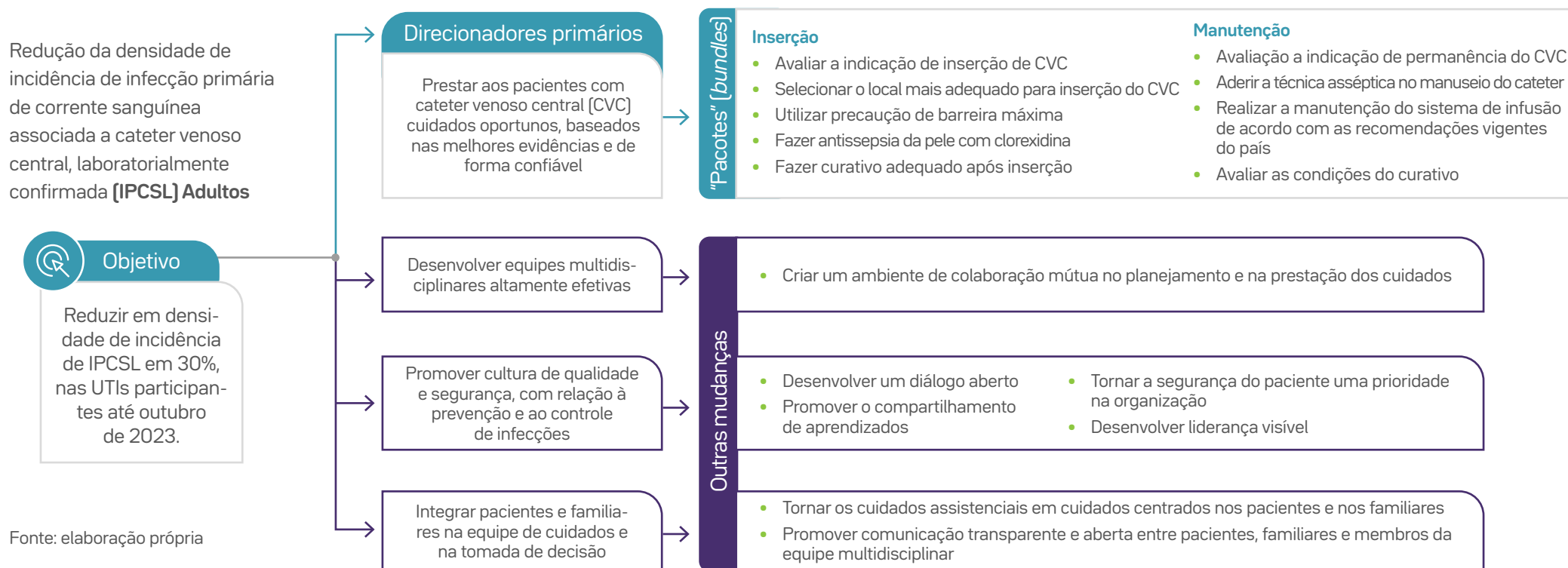
Fonte: elaboração própria

A intervenção

Nesta Colaborativa, médicos intensivistas, infectologistas, equipes multiprofissionais de terapia intensiva e profissionais com experiência em prevenção de infecções, juntamente com especialistas em melhoria da qualidade e segurança, utilizaram as recomendações para prevenção de infecção propostas pela literatura científica nacional e internacional para definir as estratégias de

mudança para este projeto. Estudou-se também a experiência de um projeto semelhante feito em Portugal para evitar a adoção de medidas desnecessárias. A partir dessas definições foram construídos os DDs, a teoria de mudança e um Pacote de Mudanças para se alcançar os objetivos propostos [Figura 16].

Figura 16. Exemplo de Diagrama Direcionador para atingir o objetivo de redução da densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter



Os demais DDs aplicados durante o triênio 2021-2023 encontram-se disponíveis no **Anexo 1**.

Em termos operacionais, as UTIs participam de um processo de aprendizagem colaborativo que conduz à melhoria progressiva das práticas, dos relatos, do monitoramento e da análise dos resultados alcançados. Assim, cada hospital coordenador (*hub*) acompanhou o mesmo número de UTIs através de reuniões SAPs

e/ou SAVs, respostas às dúvidas, *feedback* sobre os relatórios mensais e visitas técnicas periódicas aos hospitais.

A **Figura 17** e a **Figura 18** representam, respectivamente, as trilhas de trabalho dos triênios 2018-2020 e 2021-2023 do Saúde em Nossas Mãos, mostrando o passo a passo da aplicação dos componentes da Colaborativa.

Figura 17. Trilha de trabalho do primeiro triênio do Saúde em Nossas Mãos

Atividades	2017											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Sessões de aprendizagem presenciais					1ª Reunião A Proposta			Lançamento Colab		Início dos trabalhos	27-Pub.DOU 29-Hospitais	SAP1
Progresso												
Pontuação atual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Pontuação esperada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Atividades	2018											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Sessões de aprendizagem presenciais				SAP2				SAP3			SAP4	
Sessões de aprendizagem virtuais [SAV]												
Visitas técnicas presenciais												
Progresso												
Pontuação atual	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
Pontuação esperada	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3

Continua...

...continuação

Atividades	2019											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Sessões de aprendizagem presenciais			SAP5						SAP6			
Sessões de aprendizagem virtuais [SAV]												
Visitas técnicas presenciais												
Progresso												
Pontuação atual	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
Pontuação esperada	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4

Atividades	2020											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Sessões de aprendizagem presenciais	SAP7											SAP8
Sessões de aprendizagem virtuais [SAV]												
Visitas técnicas virtuais												
SAV Liderança												
Progresso												
Pontuação atual	4	4										
Pontuação esperada	4	4										

Fonte: elaboração própria

Figura 18. Trilha de trabalho do segundo triênio do Saúde em Nossas Mãos

SIV: Sessão de imersão virtual

SAV-L: Sessão de aprendizagem virtual – liderança

SAV-C: Covid-19 e influenza

SAV: Critérios de diagnóstico – pediátrico e neonatal

SAP: Sessão de aprendizagem presencial

VTV: Visita técnica virtual

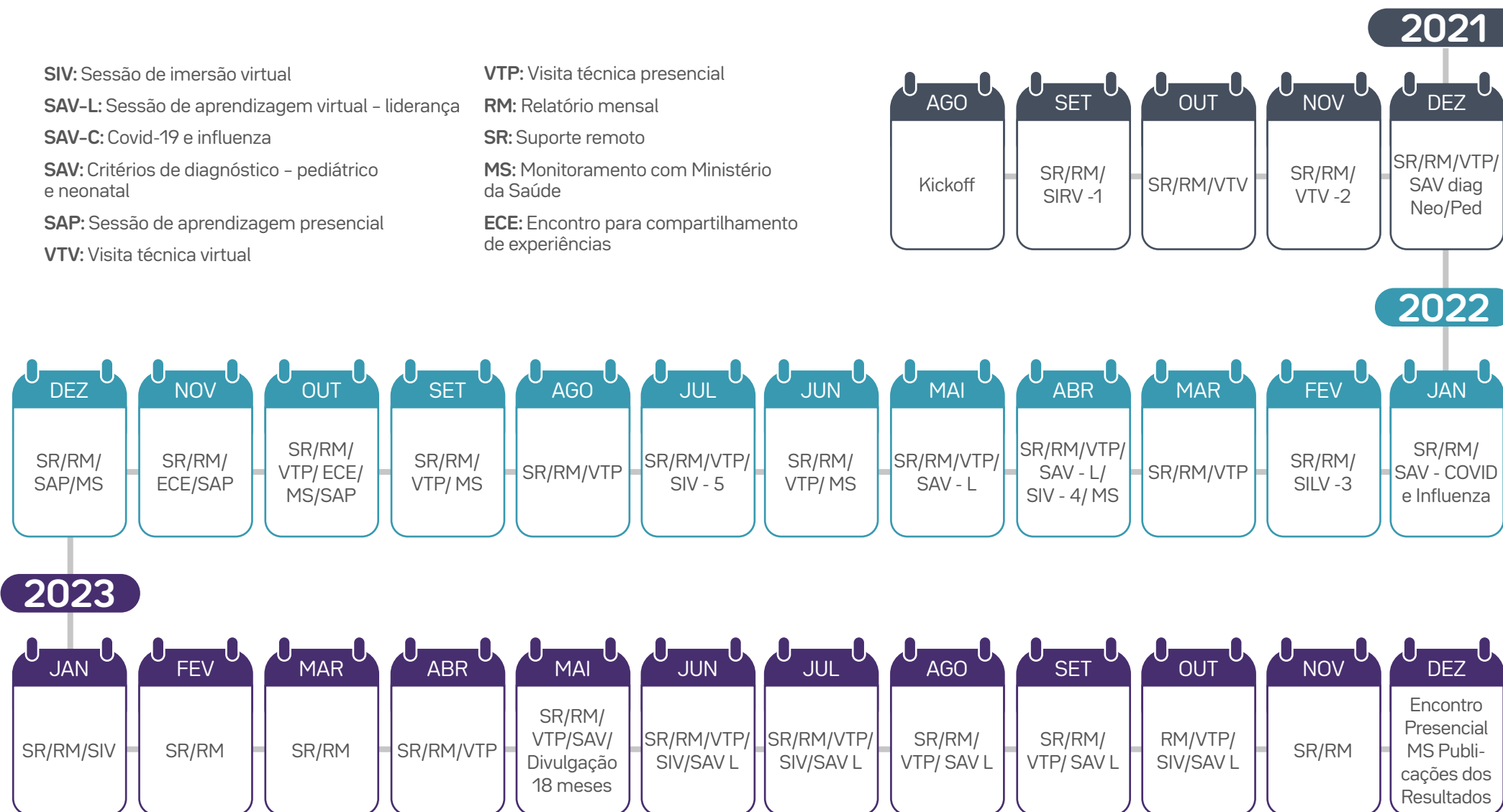
VTP: Visita técnica presencial

RM: Relatório mensal

SR: Suporte remoto

MS: Monitoramento com Ministério da Saúde

ECE: Encontro para compartilhamento de experiências



Fonte: elaboração própria

Adaptações da Colaborativa ao contexto local

O SUS é complexo e marcado por diversas variações e divergências que refletem as características geográficas, econômicas e sociais do país. Essas diferenças podem ser observadas tanto na distribuição de recursos quanto no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. Considerando essas particularidades, algumas adaptações inovadoras foram incorporadas para atender às necessidades específicas dos variados contextos das UTIs brasileiras. E essas adaptações visaram reforçar a implementação e a sustentabilidade das práticas de melhoria, além de fomentar o engajamento e a compreensão entre os participantes. A seguir são descritas as principais adaptações incrementadas:



- **Inclusão de visitas presenciais**

Reconhecendo a importância do contexto local e a necessidade de avaliação técnica detalhada, as visitas presenciais foram incorporadas para examinar principalmente a infraestrutura e os recursos humanos disponíveis em cada unidade. Essa abordagem permite uma adaptação mais precisa do projeto às condições locais, facilitando a identificação de obstáculos específicos à implementação e promovendo soluções customizadas.



- **Sessões de Aprendizagem Virtual**

As Sessões de Aprendizagem Virtual (SAV) são encontros online para facilitar a troca de conhecimento e aprendizado entre as equipes durante os períodos de ação. Elas permitem discutir resultados, compartilhar práticas bem-sucedidas e resolver dúvidas, promovendo a colaboração e a aplicação prática dos conceitos para aprimorar o desempenho e a eficácia do projeto.



- **Oficinas clínicas durante as sessões de aprendizagem presencial**

As oficinas foram conduzidas por diversos especialistas incluindo médicos infectologistas, enfermeiros, fisioterapeutas e especialistas em ciência da melhoria. As oficinas utilizaram uma combinação de palestras, demonstrações práticas e simulações. Tais sessões são projetadas para serem interativas, permitindo a discussão em grupo e o esclarecimento de dúvidas em tempo real. Os participantes são encorajados a compartilhar experiências e desafios enfrentados em seus locais de trabalho, promovendo um ambiente de aprendizado colaborativo no qual “todos ensinam e todos aprendem”.



- **Ferramenta “Modelo de Custeio – 10 Passos”**

A ferramenta proposta, inspirada em jogos de tabuleiro, foi criada para facilitar de forma lúdica a compreensão da equipe assistencial na coleta dos dados necessários para o cálculo dos indicadores de custeio para a análise do custo incremental das IRAS e os ganhos (*savings*), com base nas infecções evitadas. Os 10 passos estabelecem os dados a serem coletados, sugerindo as áreas em que frequentemente tais dados são encontrados nos hospitais, ao longo do processo assistencial do paciente, desde a admissão até a alta (**Figura 19**).

Figura 19. Modelo de Custeio — 10 Passos da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos



Fonte: elaboração própria

No triênio 2021-2023, a inclusão de duas novas ferramentas (Kamishibai e Training Within Industry) foram propostas pelo IHI para atender a uma solicitação do Ministério da Saúde de melhorar a capacidade dos hospitais do SUS em sustentar as melhorias e os ganhos alcançados nos pós projeto.



- **Kamishibai**

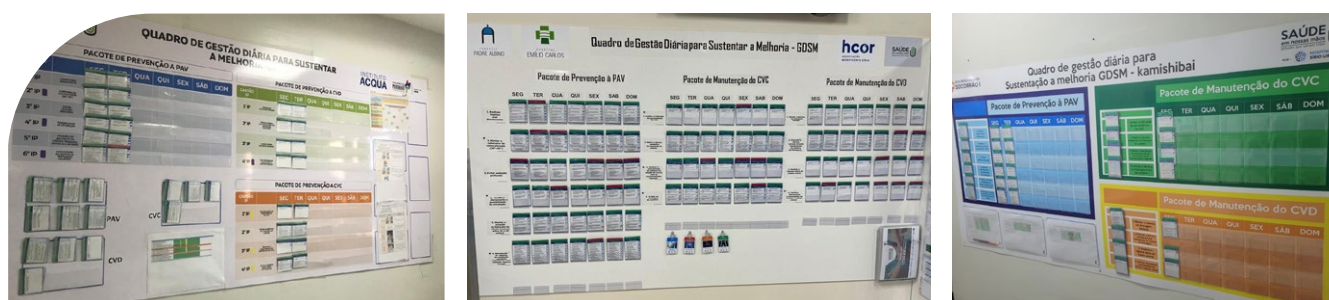
Inspirando-se em práticas de *Lean management* adaptadas para prevenir infecções associadas à assistência à saúde, os cartões e o quadro Kamishibai foram adotados como uma estratégia de baixo custo para manter a conformidade com os *bundles* de prevenção. Esses cartões funcionam como uma ferramenta visual que ajuda a recordar e verificar tarefas essenciais, reforçando a aderência às práticas recomendadas e facilitando a comunicação e o *feedback* de forma rápida e oportuna. Para mais detalhes sobre essa ferramenta, recomendamos a leitura de nosso artigo “Adapting lean management to prevent healthcare-associated infections: a low-cost strategy involving Kamishibai cards to sustain bundles’ compliance” (em português: “Adaptando a gestão *Lean* para prevenir infecções relacionadas à assistência à saúde: uma estratégia de baixo custo envolvendo cartões Kamishibai para manter a conformidade dos *bundles*”)²⁸.



- **Training Within Industry**

A implementação do quadro de gestão à vista, juntamente com as ferramentas do Training Within Industry (TWI) (em português: “Treinamento Dentro da Indústria”), denominadas instrução de processo (IP) e folha de instrução de processo (FIP), serviram para esclarecer processos e melhorar a adesão aos *bundles* de prevenção de infecções. Essas ferramentas promovem uma comunicação clara das instruções de trabalho, garantindo que as tarefas sejam realizadas corretamente e consistentemente, facilitando o entendimento passo a passo de todas as ações a serem seguidas dentro dos pacotes de prevenção propostos.

Figura 20. Alguns exemplos *in loco* de quadros de gestão diária para sustentar a melhoria implementados durante o projeto Saúde em Nossas Mãos



Fonte: Saavedra Bravo *et al.* [p.3]²⁸.



- **Novas estratégias pedagógicas**

Para fortalecer a compreensão e o engajamento dos participantes, novas estratégias pedagógicas foram introduzidas durante as SAPs. Atividades pedagógicas baseadas em jogos (**Figura 21**) foram empregadas para aprimorar a assimilação dos conceitos de *huddles* (reuniões de equipe), ciclos de PDSA (do inglês, *Plan, Do, Study, Act*) e práticas de higienização das mãos. Essas atividades lúdicas facilitam o aprendizado ativo e promovem uma maior retenção de conhecimento. Os resultados dessa iniciativa estão publicados na revista *BMJ Open Quality* ²⁹.

Figura 21. Estratégias pedagógicas baseadas em jogos durante as sessões de aprendizagem presencial do projeto Saúde em Nossas Mãos: jogo de cartas (esquerda) e *escape room* (direita)



Fonte: Da Silva *et al.* [p.4]²⁹.

Essas adaptações ao modelo de melhoria BTS Collaborative refletem um compromisso com a personalização e a inovação na busca pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Ao ajustar o modelo para atender às necessidades locais e incorporar estratégias pedagógicas e de gestão inovadoras, as organizações de saúde podem aumentar significativamente a eficácia e a sustentabilidade de seus esforços de melhoria.



Impacto. Quais foram os resultados do Saúde em Nossas Mãos?

Resultados do triênio 2018-2020

Das 120 UTIs inicialmente selecionadas, 4 desistências foram relatadas até dezembro de 2020, totalizando 116 UTIs no final desse triênio. Apresentamos, a seguir, os resultados mais relevantes do ciclo 2018-2020.

As atividades implementadas incluíram: [1] SAPs: 6 encontros nos quais foram desenvolvidas 28 palestras, 23 oficinas e 226 *storyboards*, coordenados por representantes do Ministério da Saúde e funcionários dos 5 *hubs*. As SAP foram realizadas tanto em nível nacional como regional, com a participação de 3.381 e 1.670 profissionais de saúde, respectivamente; [2] SAV: 28 encontros com a participação de 12.960 profissionais; e [3] *huddles* e visitas: 600 visitas, incluindo reuniões de liderança, encontros técnicos e encontros para comemorar bons resultados, para os quais foram percorridos mais de 1,68 milhão de quilômetros e dedicadas mais de 160.668 horas.

As Sessões de Aprendizagem Presenciais (SAP) foram eventos marcantes, uma vez que promoveram o encontro de todas as equipes dos 116 hos-

pitais hospedados em um mesmo hotel onde participavam de atividades interativas por dois dias, criando o senso de comunidade de aprendizagem, e favorecendo o engajamento, a troca de experiências e o espírito de colaboração [Figura 22]. Afinal, em colaborativas, a meta acordada está no resultado coletivo [agregado] e todos devem contribuir para alcançá-la!

Figura 22. Fotografia dos assistentes em umas das sessões de aprendizagem do Saúde em Nossas Mãos



Fonte: acervo próprio.

Foram oferecidas oficinas nas SAPs (**Figura 23**) para proporcionar as revisões das técnicas, os conceitos e as ferramentas a serem adotadas para o alcance de resultados, oportunizando trocas com especialistas para eventuais ajustes necessários ao contexto das UTIs públicas.

Figura 23. Fotografia de uma das oficinas realizadas durante as sessões de aprendizagem presencial



Fonte: acervo próprio.

As visitas técnicas presenciais das equipes dos *hubs* aos hospitais participantes aconteciam nos meses subsequentes às SAPs, visando o acompanhamento e a validação das práticas das equipes no cuidado ao paciente e sua família no ambiente intensivo (**Figura 24**). Adicionalmente, também eram desenvolvidas [co-criadas] novas ideias, diante dos desafios vivenciados nas visitas.

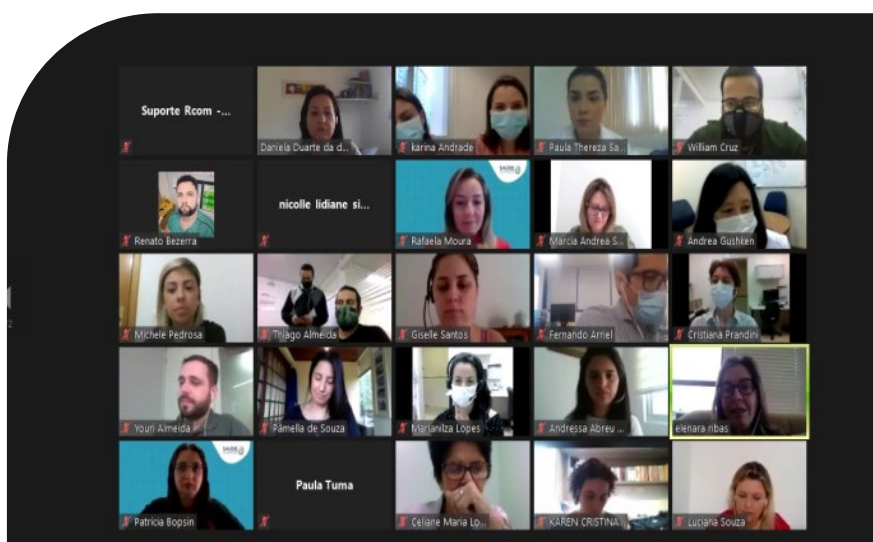
Figura 24. Fotografia de uma das visitas técnicas presenciais



Fonte: acervo próprio.

Em 2020, além de uma programação específica, foram ofertadas, como apoio ao enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, 29 SAVs com temas específicos relacionados ao combate à covid-19, contando com a participação de 1.008 profissionais; além de 250 visitas técnicas virtuais durante o período mais intenso da pandemia [Figura 25].

Figura 25. Screenshot de uma Sessão de Aprendizagem Virtual realizada durante a pandemia de covid-19



Fonte: acervo próprio.

Ao longo do projeto também foi desenvolvido um modelo de análise incremental do custo das IRAS, para o qual contamos com a participação de 12 hospitais para aplicação, desenvolvimento e implantação do modelo, trabalho este que gerou como resultado uma estimativa de R\$ 354.393.744 de *savings* da colaborativa, até dezembro de 2020 (Figura 26).

Figura 26. Estimativa de *savings* da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (2018-2020)

Como calcular: Estimativa do <i>savings</i> (R\$) = Custo médico infecção X Número de infecções evitadas			
Tipo de infecção	Custo médio (valor agregado 13 hospitais)	Número de infecções evitadas até dezembro de 2020	Estimativa de <i>savings</i>
PAV	R\$ 51.702,41	3.797	R\$ 196.314.049
IPCSL	R\$ 43.677,11	1.727	R\$ 75.430.376
ITU-AC	R\$ 38.441,54	2.150	R\$ 82.649.319
Total			R\$ 354.393.744

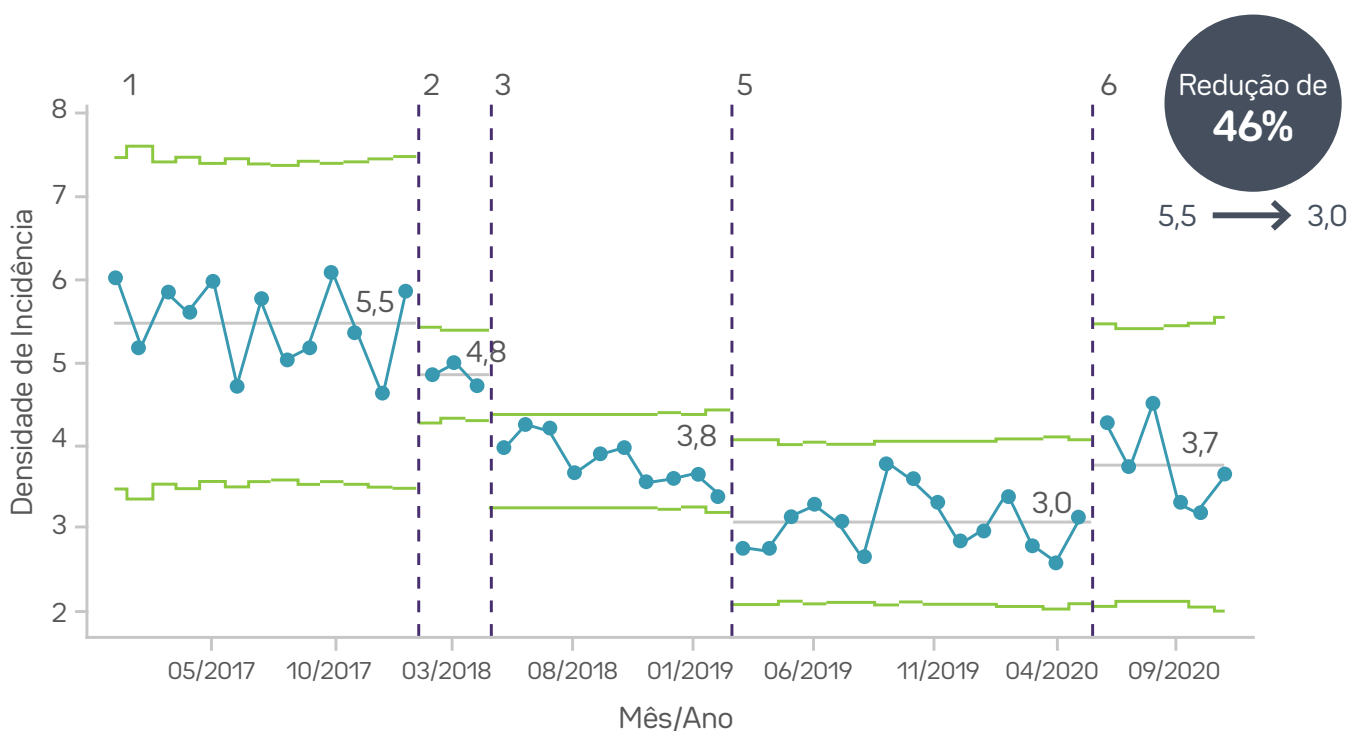
Fonte: acervo próprio.

Impacto nas IRAS nas UTIs para Adultos

A densidade de incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde, nas UTIs para adultos inscritas, foi de 5,5, 13,9 e 4,5 por 1.000 dispositivo-dia para IPCSL, PAV e ITU-AC, respectivamente. Até antes do início da pandemia de covid-19, a IPCSL alcançou uma redução de 43,5%, diminuindo para 3,0; a PAV alcançou uma redução de 52,1%, diminuindo para 6,6; e a ITU-AC alcançou uma redução de 65,8%, diminuindo para 1,4 caso por 1.000 dispositivo-dia.

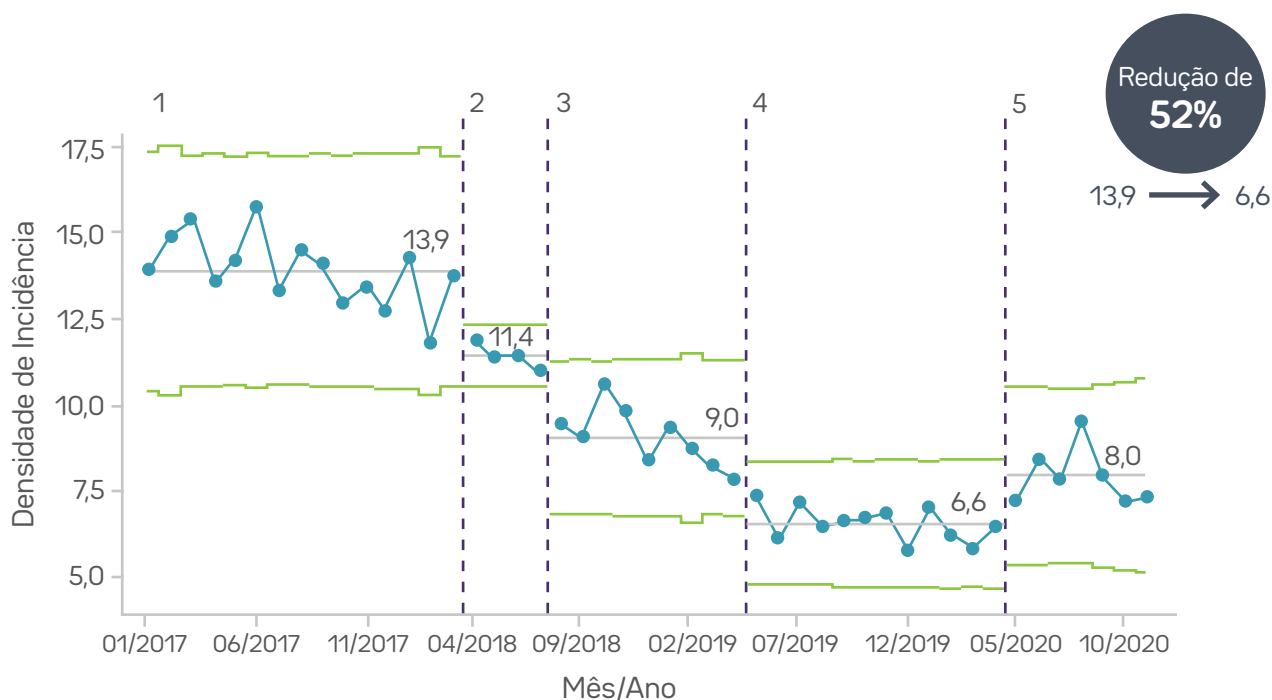
Desde a chegada do SARS-CoV-2 no Brasil em março de 2020, as medidas de isolamento e combate à pandemia impactaram os indicadores de Saúde em Nossas Mãos. IPCSL e PAV tiveram um aumento de 23% e 21%, respectivamente, sem repercussões na incidência de ITU-AC. Apesar desse impacto, de forma global, a IPCSL teve uma diminuição global de 32,7% (5,5 para 3,7 por 1.000 cateter-dia) (**Figura 27**), a PAV diminuiu em 42,4% (13,9 para 8,0 por 1.000 ventilador-dia) (**Figura 28**), e a ITU-AC manteve a queda de 65,8% (**Figura 29**).

Figura 27. Resultados da densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (laboratorialmente confirmada) na Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (2018-2020)



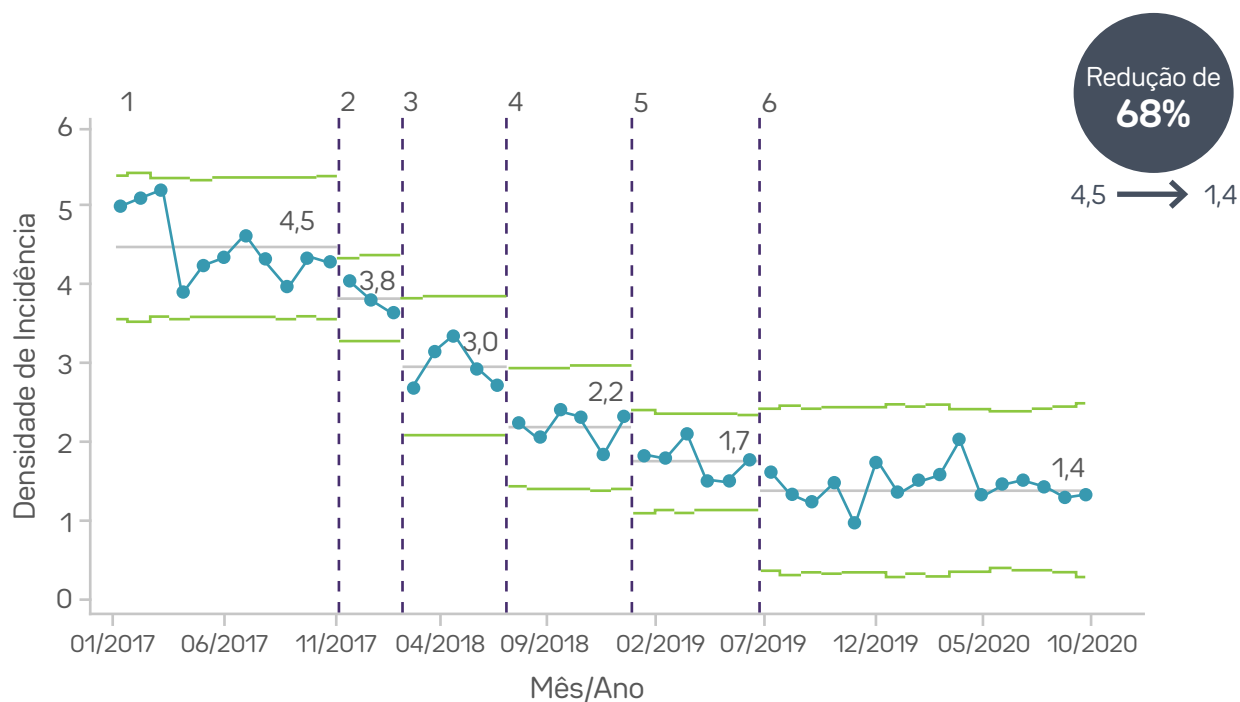
Fonte: elaboração própria

Figura 28. Resultados da densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação na Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (2018-2020)



Fonte: elaboração própria

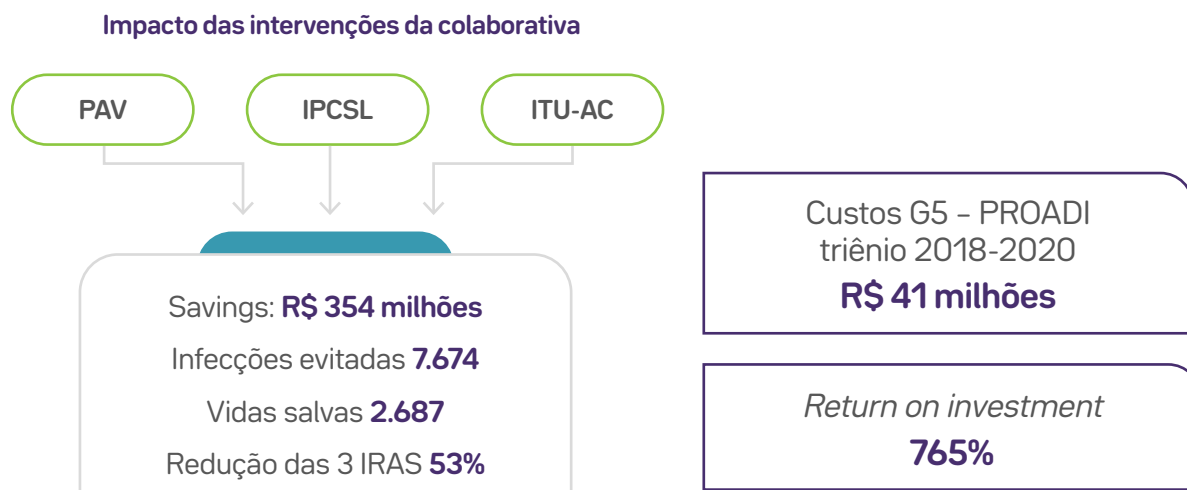
Figura 29. Resultados da densidade de incidência de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora na Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (2018-2020)



Fonte: elaboração própria

A **Figura 30** mostra os resultados agregados do triênio 2018-2020.

Figura 30. Resultados agregados da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (janeiro de 2018 a dezembro de 2020)

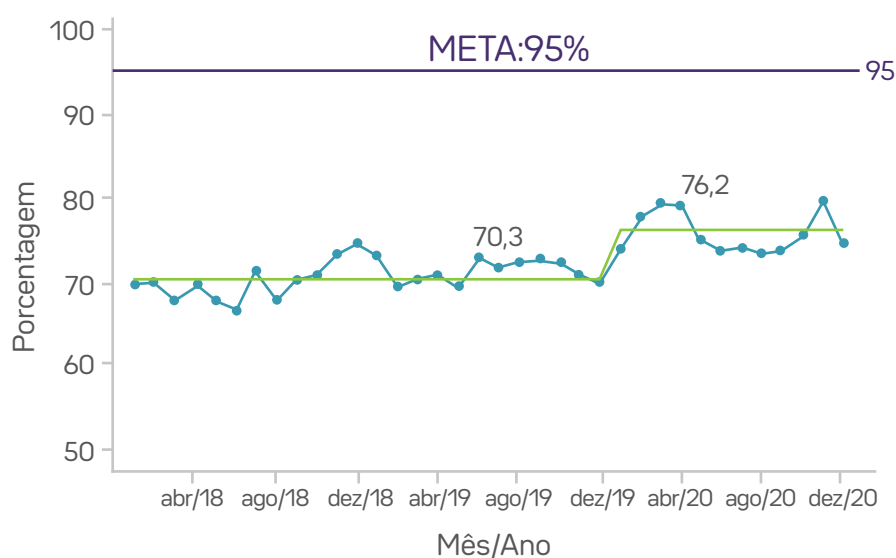


Fonte: elaboração própria

Higienização das Mãos

Em janeiro de 2018, fase inicial do projeto, o percentual de adesão era de 69,6%, com uma média de 70,3%. Ao final, a média de adesão chegou a 76,2%. No início do projeto, somente 33% [40 hospitais] monitoravam a adesão ao processo de higienização das mãos. Em dezembro de 2019, esse percentual chegou a 78% [94 hospitais] aferindo mensalmente a adesão ao processo (**Figura 31**).

Figura 31. Resultados da adesão à higiene das mãos na Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (2018-2020)



Fonte: elaboração própria

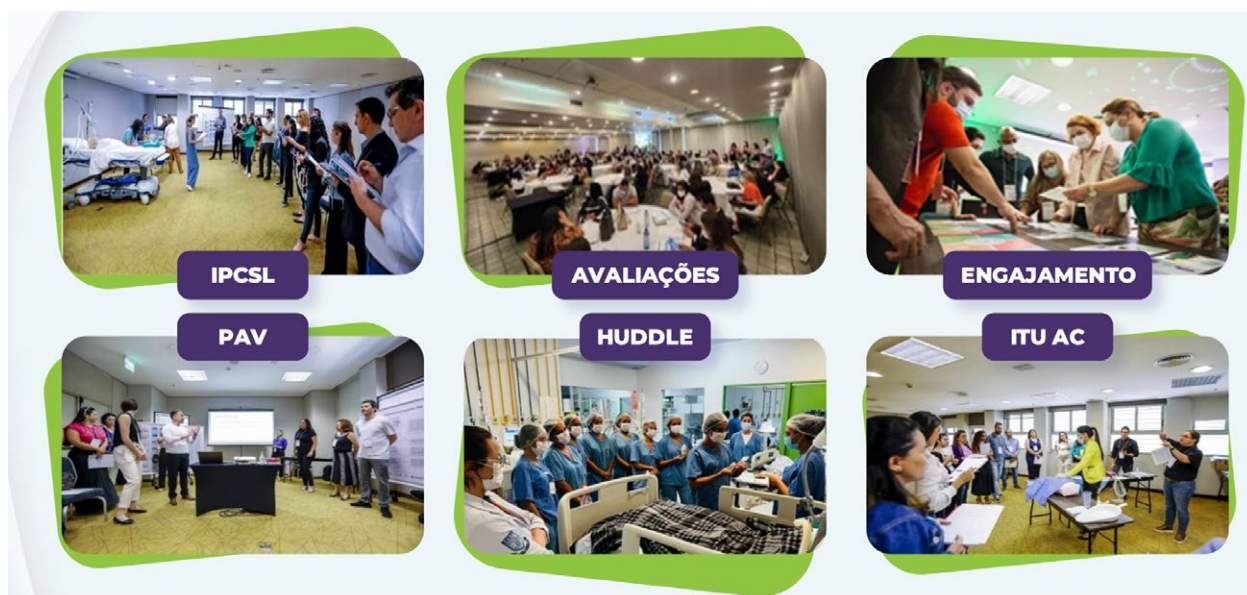
Resultados do triênio 2021-2023

Das 204 UTIs inicialmente selecionadas, 16 desistências foram relatadas até dezembro de 2023, totalizando 188 UTIs incluídas nesta iniciativa: 169 para adultos, 11 pediátricas e oito neonatais.

Ao longo da iniciativa, as equipes de melhoria implementaram estratégias de engajamento e empoderamento, cultivando uma abordagem multidisciplinar dentro das equipes participantes. Essas atividades foram realizadas igualmente em todas as UTIs e incluíram o seguinte: oito SAPs (uma em

nível nacional e sete regionais) com a participação de 1.200 trabalhadores da saúde; 14 SAVs (liderança e pacotes de segurança) com 4.385 e 2.314 participantes, respectivamente; sessões de imersão virtual (oito reuniões) com a presença de 15.815 profissionais; e reuniões (550 visitas incluindo encontros de liderança, encontros técnicos e comemorações de bons resultados), para as quais mais de 1,35 milhão de quilômetros foram percorridos e 17.000 horas dedicadas (**Figura 32**).

Figura 32. Exemplos de atividades *in loco* (oficinas) da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (2021-2023)



Fonte: elaboração própria

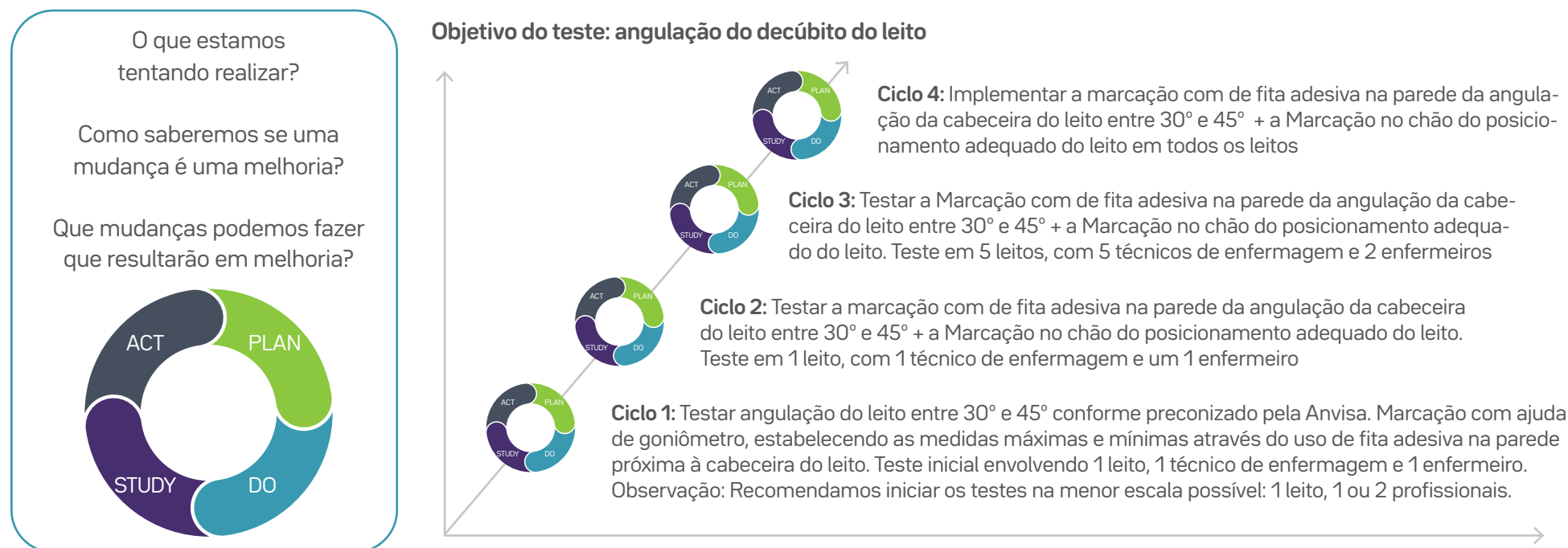
Mensalmente, as equipes das UTIs postavam seus dados de resultado, processo e equilíbrio em um banco de dados do projeto, e enviavam um relatório mensal ao seu *hub* para análise, discussão e *feedback*. Os dados foram agregados e analisados pela equipe de governança para avaliar o progresso do projeto.

Ciclos de *Plan-Do-Study-Act*

Desde o início do projeto, adotamos uma estratégia interativa baseada nos ciclos de PDSA [do inglês, *Plan, Do, Study, Act*], explorando e refinando ideias de mudança que abordassem diretamente os *bundles* das três infecções mais desafiadoras, da higienização das mãos e de aspectos críticos de liderança, como rondas e *Safety Huddles*. O emprego de ferramentas de análise e planejamento, como diagrama de Ishikawa, 5 Porquês, mapeamento de processos, 5W2H [*checklist* administrativo de atividades, prazos e responsabilidades], diagrama de afinidades e *checklists* direcionados, permitiu uma abordagem estruturada para identificar, testar e implementar melhorias operacionais e clínicas.³¹

Ao longo do projeto, foram realizados 7.723 ciclos de PDSA, centrados nos tópicos mencionados [1.646, 1.749 e 1.289 para IPSC, PAV e ITU-AC, respectivamente; e 1.441 e 1.404 para higienização das mãos e ferramentas de gestão, respectivamente]. Esse número expressivo não apenas demonstra a amplitude e profundidade do nosso empenho em melhorar a qualidade do atendimento e a segurança do paciente, mas também ilustra a eficácia de adotar uma abordagem sistemática e baseada em evidências para a inovação em cuidados de saúde [Figura 33].

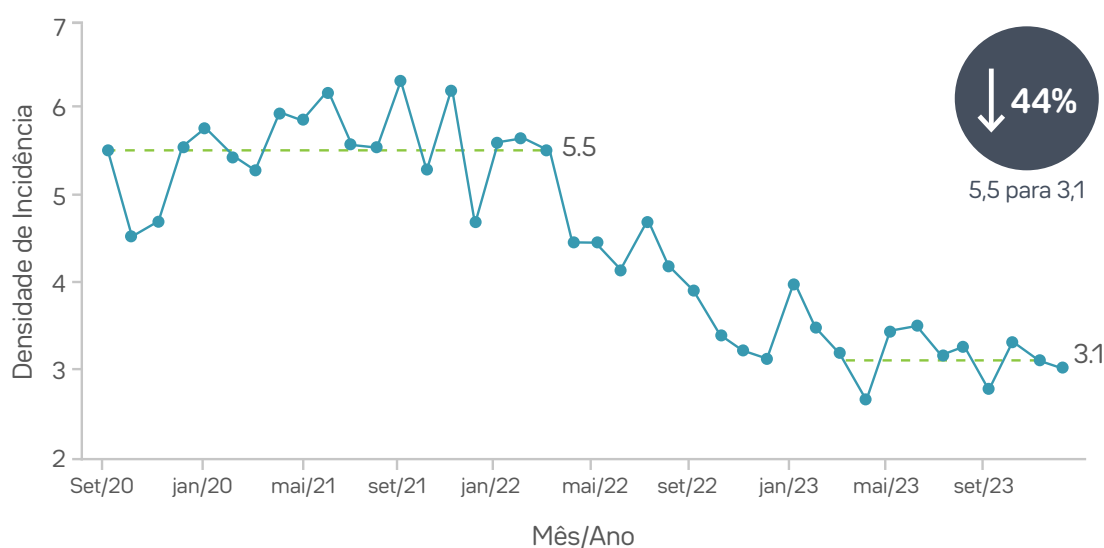
Figura 33. Execução de PDSA durante a Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (2021-2023)



Impacto nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde globalmente

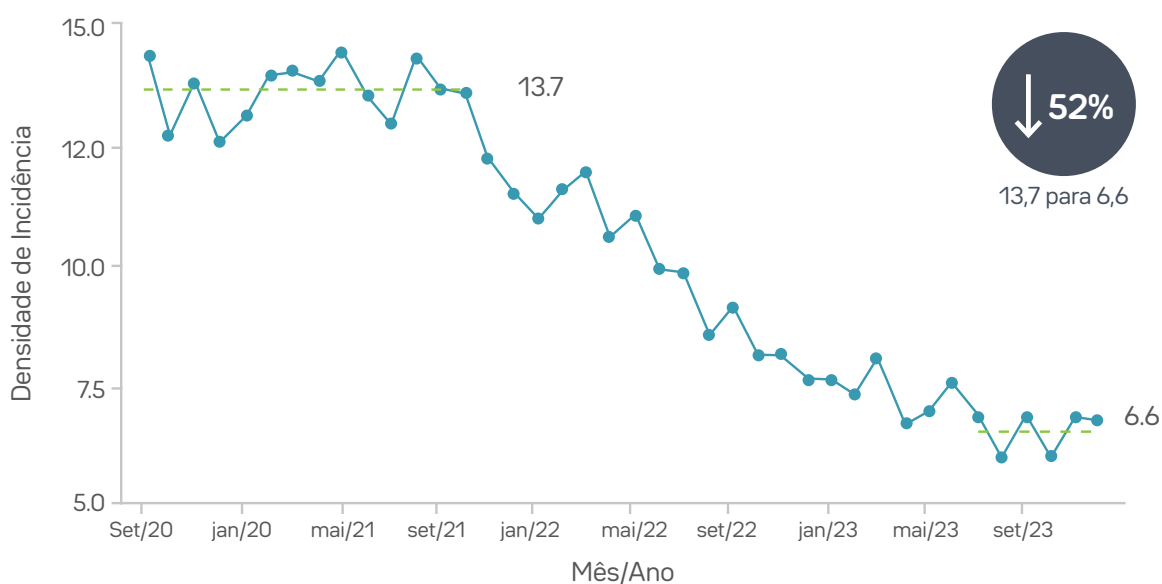
A densidade de incidência de infecções associadas aos cuidados de saúde nas UTIs inscritis foi de 5,5, 13,7 e 3,3 por 1.000 dispositivo-dia para IPCSL, PAV e ITU-AC, respectivamente. Durante o período do estudo, a IPCSL alcançou uma redução de 44%, diminuindo para 3,1 (**Figura 34**); o PAV alcançou uma redução de 52%, diminuindo para 6,6 (**Figura 35**); e a ITU-AC alcançou uma redução de 54%, diminuindo para 1,5 caso por 1.000 dispositivo-dia (**Figura 36**).

Figura 34. Resultados da densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (laboratorialmente confirmada) na Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (2021-2023)



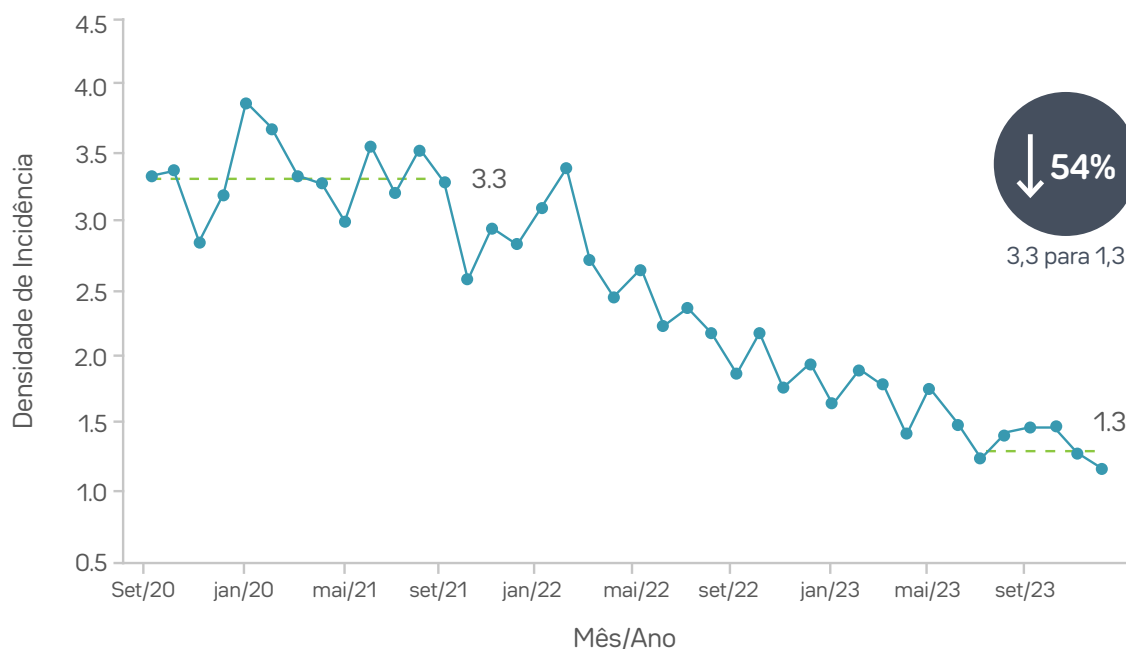
Fonte: elaboração própria

Figura 35. Resultados da densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação na Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (2021-2023)



Fonte: elaboração própria

Figura 36. Resultados da densidade de incidência de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora na Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (2021-2023)



Fonte: elaboração própria

De forma global, a redução das três IRAS nos três tipos de UTIs foi de 53% [7,2 para 3,4 infecções por 1.000 dispositivo-dia.

Notavelmente, as estratégias do projeto preveniram uma estimativa de 7.342 infecções e salvaram 2.353 vidas, demonstrando o potencial de intervenções sistemáticas e baseadas em evidências em ambientes de cuidados críticos.

Impacto nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde nas UTIs para Adultos

A densidade de incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde nas UTIs para adultos inscritas foi de 5,4, 14,8 e 3,4 por 1.000 dias de dispositivo para IPCSL, PAV e ITU-AC, respectivamente. Durante o período do estudo, a IPCSL alcançou uma redução de 44%, diminuindo para 3,0; a PAV alcançou uma redução de 49%, diminuindo para 7,5; e a ITU-AC alcançou uma redução de 56%, diminuindo para 1,5 caso por 1.000 dispositivo-dia.

**Notavelmente,
as estratégias do
projeto preveniram
uma estimativa
de 7.342 infecções
e salvaram 2.353
vidas, demonstrando
o potencial de
intervenções
sistemáticas e baseadas
em evidências em
ambientes de
cuidados críticos.**

Impacto nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde nas UTIs Pediátricas

A densidade de incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde nas UTIs pediátricas inscritas foi de 4,9, 4,1 e 2,5 por 1000 dispositivo-dia para IPCSL, PAV e ITU-AC, respectivamente. Durante o período do estudo, a IPCSL alcançou uma redução de 33%, diminuindo para 3,3; a PAV alcançou uma redução de 66%, diminuindo para 1,4; e a ITU-AC alcançou uma redução de 66%, diminuindo para 1,4 caso por 1.000 dispositivo-dia.

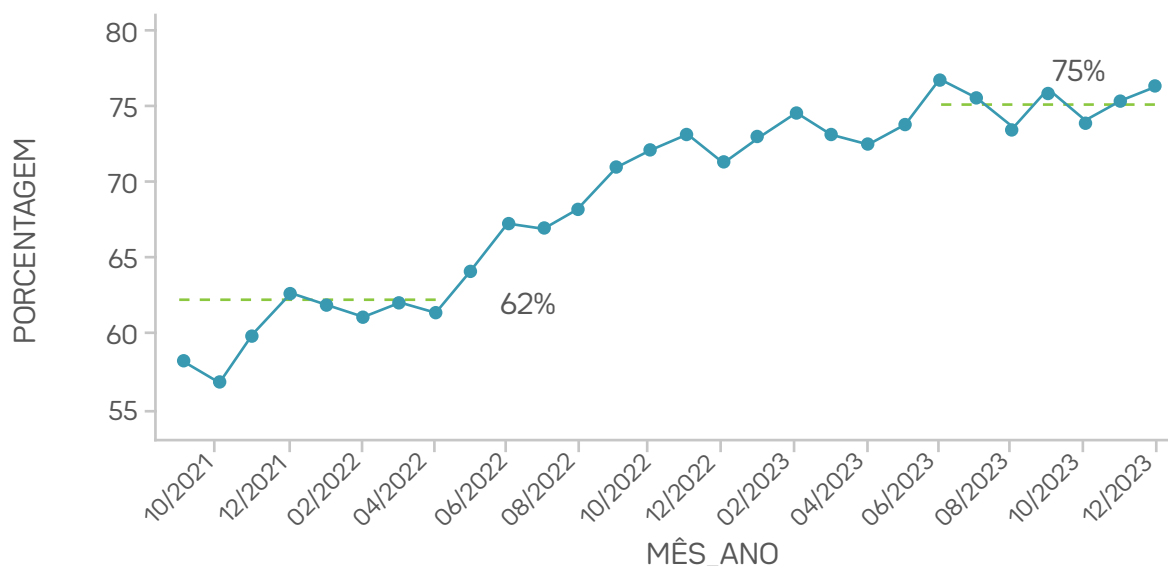
Impacto nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde nas UTIs Neonatais

A densidade de incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde nas UTIs neonatais inscritas foi de 11,2 e 5,0 por 1.000 dispositivo-dia para IPCSL e PAV, respectivamente. Durante o período do estudo, a IPCSL alcançou uma redução de 54%, diminuindo para 5,1; e a PAV alcançou uma redução de 78%, diminuindo para 1,1. ITU-AC não é monitorado em UTIs neonatais.

Higienização das Mãos

A partir da linha de base criada desde o início da Colaborativa, a adesão às medidas de higienização de mãos aumentou em 21% [Figura 37].

Figura 37. Resultados da adesão à higiene das mãos na Colaborativa Saúde em Nossas Mãos (2021-2023)

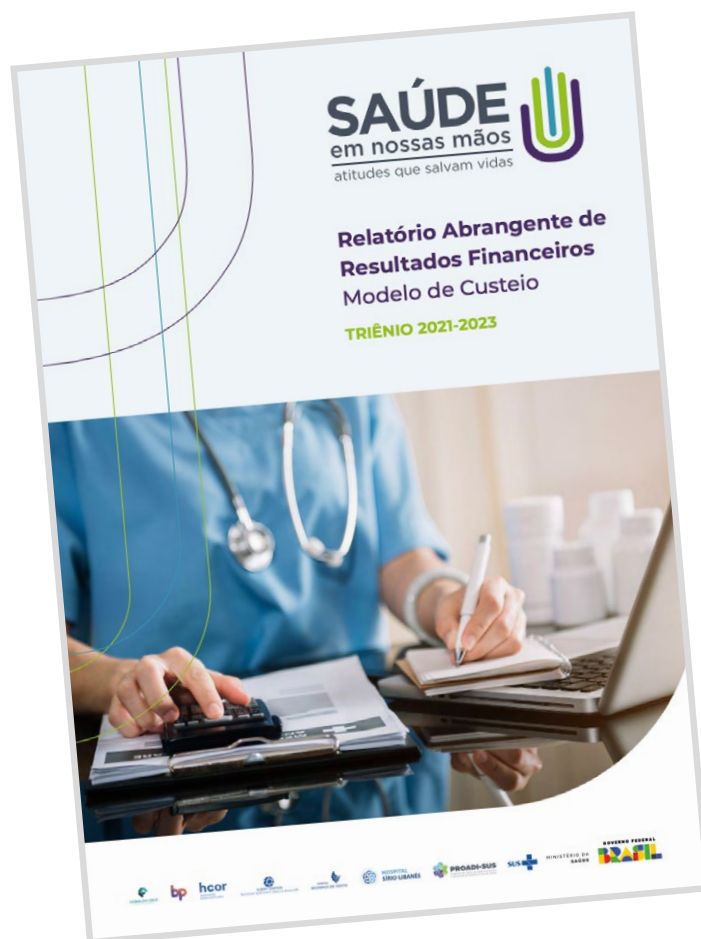


Fonte: elaboração própria

Custeio

O modelo do custeio, assim como os resultados obtidos e os *savings* do projeto Saúde em Nossas Mãos foram divulgados no “Relatório Abrangente de Resultados Financeiros — Modelo de Custeio, Triênio 2021-2023”, disponível no *site* oficial dos hospitais PROADI-SUS [Figura 38].

Figura 38. “Relatório Abrangente de Resultados Financeiros — Modelo de Custeio, Triênio 2021-2023”



Fonte: Relatório Abrangente de Resultados Financeiros Triênio 2021-2023 [documento interno]

O modelo de custeio é baseado nos custos dos atendimentos realizados nos leitos das UTIs participantes. Esse modelo é utilizado para mensurar os custos e as despesas dos hospitais, visando evidenciar informações relevantes dos custos médios dos pacientes internados nas UTIs, com e sem infecção, para demonstrar o impacto econômico dessa colaborativa.

O cálculo do custo de cada paciente é feito considerando os custos diretos e indiretos envolvidos na realização do atendimento, incluindo os custos de materiais, medicamentos, exames, procedimentos, custos de recursos humanos e despesas ligadas à infraestrutura. Além do custo médio por tipo de infecção, o modelo de custeio da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos também considera outros fatores, como o perfil dos pacientes atendidos, a complexidade dos procedimentos realizados e a qualidade dos serviços prestados.

Com base nos achados dos hospitais que submeteram dados de custeio, será projetada a estimativa de *savings* dos demais hospitais, portanto, o valor total dos ganhos contempla 100% dos hospitais participantes.

Vale ressaltar que o modelo de custeio da Colaborativa é um modelo baseado em desempenho, em que os hospitais são incentivados a adotar práticas de gestão eficientes e aprimorar continuamente a qualidade dos serviços prestados. Esse modelo incentiva a adoção de práticas eficazes juntamente com a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados pelos hospitais que participam do projeto.

CUSTEIO POR ABSORÇÃO

O método de custeio por absorção, também chamado de custeio integral, deriva de um sistema alemão conhecido por RKW (Reichskuratorium für Wirtschaftlichkeit), utilizado pelas organizações de forma a considerar todos os custos de prestação de um serviço — diretos ou indiretos, fixos ou variáveis. Além de considerar os custos diretamente relacionados aos serviços, esse modelo também faz o rateio de outros gastos, como aluguel do imóvel, manutenção de equipamentos e demais custos. Isso permite estabelecer o custo unitário total.

Para calcular o custeio por absorção, é importante conhecer a diferença entre custos e despesas. Em linhas gerais, custos são os gastos que têm relação direta com a produção, prestação de um serviço ou a aquisição de estoques³¹.

As despesas, por sua vez, não estão vinculadas à atividade-fim, reunindo os gastos decorrentes de atividades secundárias da organização, como a venda, a administração e áreas de apoio à produção. Estas são incorporadas com critérios de rateio, que permitem sua redistribuição de forma proporcional.

Por considerar também os custos fixos, o custeio por absorção permite verificar o impacto da produtividade sobre o custo de um serviço. Uma característica do custeio por absorção é que esse método está alinhado com os princípios da contabilidade. Por isso, é o único sistema de custeio aceito pela legislação brasileira para a produção de relatórios contábeis, como o Demonstrativo do Resultado do Exercício e para o cálculo de impostos. Assim, o conceito de custo engloba, por exemplo, insumos, materiais comprados para revenda, os salários dos colaboradores que atuam diretamente na produção ou na prestação de um serviço, a energia gasta com os equipamentos utilizados, a depreciação dos equipamentos, entre outros. Alguns desses custos são fixos, ou seja, permanecem no mesmo nível independentemente do volume de produção [produtos ou serviços]. Já os custos variáveis correspondem aos gastos que aumentam ou diminuem de forma proporcional ao nível de atividade [produtos ou serviços], como é o caso dos insumos, já que, quanto maior a quantidade produzida ou os serviços prestados, mais insumos serão necessários para atender a operação³¹.

INDICADORES DE CUSTEIO

Os principais indicadores financeiros foram calculados individualmente para os hospitais que conseguiram coletar as informações solicitadas, seguindo o modelo e a somatória dos valores encontrados nesse grupo, a qual denominamos de valor agregado. Este é considerado o valor de referência a ser utilizado para os cálculos dos demais hospitais da Colaborativa, ou seja, aqueles que não aplicaram o modelo e para o cálculo do impacto financeiro na totalidade.

Principais indicadores:



Custo total: é o gasto total na produção de um produto ou serviço, abrangendo custos diretos e indiretos. Neste estudo de custeio, consideramos o gasto total com todos os pacientes (com e sem infecção) na UTI durante o período estudado, incluindo seus custos diretos e indiretos.



Custo médio [CM] unitário: este indicador é calculado pela divisão do custo total pelo número de pacientes (com e sem infecção) atendidos.



Tempo médio permanência [TMP]: refere-se ao tempo médio de dias que o paciente ficou na UTI.

Classificação e composição das contas:

- **Custo fixo:** custos com pessoal + prestações de serviço fixo + despesas gerais fixas + depreciação (custos ligados à infraestrutura que não alteram conforme volume de produção).
- **Custo variável:** custos com materiais + medicamentos + prestações de serviços variáveis (exames e procedimentos, custos ligados diretamente ao volume de produção).
- **Estimativa de economia [savings]:** uma projeção de economia em um determinado período. Para o projeto, utilizamos a soma da estimativa de infecção evitada, multiplicada pelo custo unitário da infecção.

10 PASSOS & SAVINGS

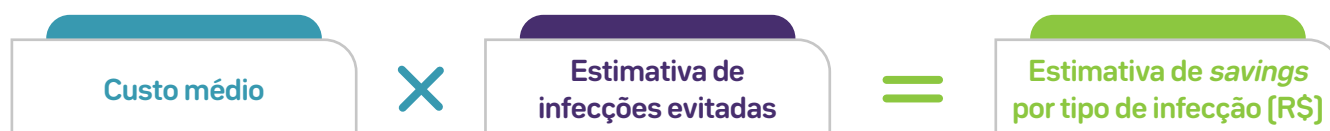
Conhecer os custos da assistência é muito importante para criar uma consciência nos profissionais sobre o quanto as práticas baseadas em evidências, quando executadas da forma correta, de fato, contribuem para a redução do custo *per capita* na saúde. O uso excessivo, ou desnecessário, ou até insuficiente, de recursos na prestação da assistência impactam nos custos hospitalares, uns por gerarem desperdício e outros por eventuais faltas (a exemplo dos insumos) que favoreçam as quebras de barreiras de segurança, facilitando a ocorrência das IRAS. No entanto, coletar dados de custeio para a equipe de saúde é um desafio.

Neste projeto, criamos a figura dos “10 passos” [vide **Figura 19**] a serem percorridos para se obter os custos de cada paciente, em que cada passo representa um conjunto de dados a serem obtidos em diferentes áreas que compõem o fluxo do paciente durante a internação e os principais custos gerados.

O caminho dos 10 passos a serem percorridos requer que cada hospital participante do custeio obtenha as informações necessárias para a composição dos custos de cada atendimento, nas 24 horas, de todos os pacientes admitidos na UTI no período do projeto.

Para calcular os *savings*, consideramos o custo médio agregado do pior cenário, ou seja, aquele que antecedeu a implantação das ações de melhoria, denominado período pré-intervenção, para a linha de base dos dados, considerada do período de setembro de 2020 a outubro de 2021 [**Figura 39**].

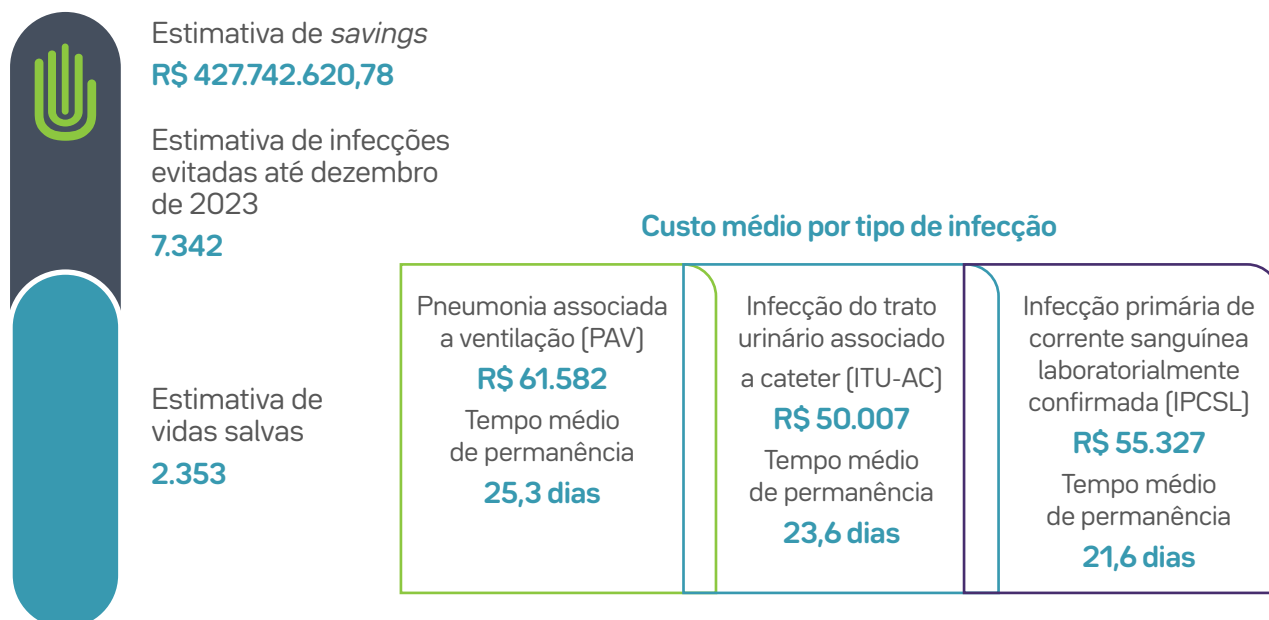
Figura 39. Cálculo da estimativa de *savings* da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos



Fonte: elaboração própria

A **Figura 40** mostra os *savings* e o retorno de investimento estimado para o Saúde em Nossas Mãos para o triênio 2021-2023.

Figura 40. Valor estimado de *savings* e *return of investment* da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos



Valor investido pelos hospitais PROADI-SUS

Return on investment

R\$ 43.188.442

890%

A cada **R\$ 1** investido, temos **R\$ 8,90** de economia com redução de IRAS

Fonte: elaboração própria

Disseminação do Conhecimento

A Colaborativa também ganhou destaque na mídia, com 63 divulgações em 2018, incluindo seis em veículos de primeira linha. Destacam-se uma reportagem na TV Record, no programa Fala Brasil, e uma matéria no jornal O Estado de São Paulo, ampliando a visibilidade e a importância do projeto.

Como foi planejado durante o ano de 2022, os resultados do primeiro triênio de 2018-2020 foram estruturados em três artigos científicos para divulgação (**Figura 41**).

Figura 41. Os três primeiros artigos da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos



Fonte: Tuma *et al.*^{32,33} e Oliveira *et al.*³⁴.

Em 2023, resultados parciais do triênio 2021-2023 também foram enviados para os seguintes congressos nacionais e internacionais:

- A Brazilian collaborative to prevent health-care-associated infections in intensive care units: preliminary results 2021-2023. International Forum on Quality & Safety in Healthcare, Copenhagen, Dinamarca, 2023.
- A Brazilian collaborative to prevent health-care-associated infections in intensive care units: preliminary 18-month period results. 8th Latin American Forum on Health Quality and Safety, Santiago, Chile, 2023.
- Estratégias de aprendizado ativo durante um projeto de melhoria: explorando jogos educativos para aprimorar a aprendizagem entre os profissionais de saúde. Congresso Nacional de Hospitais Privados, São Paulo/SP, 2023.
- Implementação de uma estratégia de baixo custo utilizando cartões Kamishibai para sustentar adesão a *bundles* de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Congresso Nacional de Hospitais Privados, São Paulo/SP, 2023.
- Resultados preliminares de um projeto colaborativo de melhorias em parceria público-privada para prevenir infecções relacionadas à assistência à saúde. Congresso Nacional de Hospitais Privados, São Paulo/SP, 2023.

Durante 2024, os resultados preliminares atualizados do Saúde em Nossas Mãos também foram apresentados no 9º fórum Latino-Americano de Qualidade e Segurança na Saúde, São Paulo/SP.

O suporte técnico das equipes participantes para a divulgação de dados locais também foi mantido durante o ano de 2023 e 2024, quando foram publicados mais cinco trabalhos em diversos congressos nacionais. Os resultados locais decorrentes do Saúde em Nossas Mãos estiveram presentes nos seguintes congressos:

- 26º Congresso Brasileiro de Perinatologia, Florianópolis/SC
- 25º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, João Pessoa/PB
- XXIII Congresso Brasileiro de Infectologia, Salvador/BA
- XXVIII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva, Florianópolis/SC
- Encontro de Infectologia do Litoral Paulista, Santos/SP
- XXIX Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva, São Paulo/SP
- XIX CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE DE INFECÇÃO E EPIDEMIOLOGIA, Belo Horizonte/MG
- 9º fórum Latino-Americano de Qualidade e Segurança na Saúde, São Paulo/SP. Dois trabalhos foram finalistas no “Prêmio Júlia Lima” e receberam Menção Honrosa [Hospital Escola Emílio Carlos, Catanduva/SP e Santa Casa de Poços de Caldas, MG]



Desafios e barreiras

Ao reconhecer a dinâmica de trabalho das equipes dos diferentes hospitais e o modelo assistencial observado durante as visitas técnicas, identificamos uma série de barreiras e desafios que precisaram ser superados para alcançar o desempenho ideal desta Colaborativa.

Barreiras

- A rotatividade dos dirigentes e as mudanças frequentes na equipe comprometem a continuidade e a eficácia das intervenções.
- A falta de horas protegidas impede que os profissionais se dediquem adequadamente ao projeto.
- Indisponibilidade ou inadequação de suprimentos tanto para o diagnóstico de infecção quanto para a implementação dos pacotes de mudanças (*bundles*).
- A metodologia do projeto ainda é pouco conhecida pela maioria dos participantes, e há uma carência de especialistas formados.
- Engajamento insuficiente da liderança, essencial para impulsionar as iniciativas e motivar as equipes.
- Clima organizacional adverso que desfavorece o envolvimento de todos na formação de equipes de alta *performance*.
- Comunicação frágil entre as UTIs, as CCIHs e os Núcleos de Segurança do Paciente.
- Pouca habilidade no manejo de indicadores e dados estatísticos.
- Ausência de uma cultura que promova o engajamento ativo dos pacientes e seus familiares nos cuidados de saúde.



Desafios

- Apoiar os hospitais no desenvolvimento de equipes e na aquisição da metodologia do modelo de melhoria.
- Gerenciar os riscos estabelecidos do projeto e mitigá-los efetivamente (incluindo o enfrentamento à pandemia de covid-19 durante o primeiro triênio).
- Obter o apoio das secretarias e lideranças locais para garantir o suporte necessário ao progresso do projeto.
- Incluir todos os potenciais parceiros para fortalecer o apoio ao projeto.
- Manter o entusiasmo e o comprometimento das equipes, mesmo diante de cenários políticos, econômicos ou sociais adversos.
- Desenvolver um repositório para compartilhar informações e aumentar a transparência do projeto.
- Fomentar a capacidade das equipes para a realização de análises de retorno sobre investimento financeiro.
- Criar um banco de dados robusto e de fácil manuseio.
- Proporcionar potenciais soluções frente à escassez de exames laboratoriais e de imagem para diagnóstico de infecções devido a falta de materiais, entrega não regular e processos inadequados nos finais de semana, ou equipamentos com defeito.



Vozes da colaborativa

Nesta seção, apresentamos um mosaico das vozes da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos, compilando impressões, depoimentos e experiências valiosas dos funcionários das UTIs participantes. Essas narrativas pessoais ilustram os desafios, as conquistas e os *insights* vivenciados no coração de nosso projeto de melhoria contínua. Por meio dessas histórias, buscamos oferecer uma perspectiva autêntica e multifacetada do impacto da Colaborativa nos cuidados de saúde e na cultura organizacional das UTIs envolvidas.

TRIÊNIO 2018-2020

Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza/CE

- **Técnica em Enfermagem:** *"No começo eu acho não tinha muito conhecimento do que era a prevenção de infecção relacionada à assistência. Depois que eu vi comentários que ia chegar essa turma nova para aumentar nossos conhecimentos. Então eu comecei a fazer curso pela internet, fui procurar, fui ver o que era realmente reduzir a infecção hospitalar. Eu comecei a perceber e olhar com outros olhos como é importante, é a nossa função, porque o paciente pode chegar aqui com algo simples e de repente pela má assistência e ele fica com uma infecção, uma sepse e morrer... Então cresci não só profissionalmente, mas como ser humano também, amei."*

Hospital Santa Casa Dona Carolina Malheiros, São João da Boa Vista/SP

- **Enfermeira Coordenadora CCIH:** *"Passei a trabalhar mais com a equipe, estar mais perto da equipe, a delegar mais funções, a celebrar os resultados, a reconhecer realmente os problemas, ver onde está a falha e o que podemos fazer para estar melhorando, tudo isso em equipe. E realmente isso fez toda a diferença no nosso trabalho. Nós conseguimos a adesão, eles se sentem parte do nosso projeto."*
- **Médico Coordenador UTI:** *"Notei uma grande melhora nos índices de infecções hospitalares na UTI e também no hospital. Houve maior treinamento do pessoal, muito melhor orientados e só trouxe benefício para todo mundo."*

Hospital Geral Roberto Santos, Salvador/BA

- **Diretor Geral:** *"O impacto é muito grande, a gente consegue rodar um maior número de leitos, tem economia financeira e acaba tendo melhor resultado para o paciente, que é a satisfação."*
- **Coordenadora da UTI:** *"Quando a equipe veio me apresentar o projeto e não acreditei que seria possível em nosso hospital pela resistência dos profissionais, falta de material, falta de funcionários. Mas fui convidada a participar da primeira SAP. Foi onde observei que tudo seria possível pelos métodos de trabalho, foi onde tudo me transformou e o meu comportamento mudou. E tudo vale a pena tentar e realmente era mais simples do que eu imaginava. Estou muito grata por participar deste projeto. Muito obrigada!"*

Hospital Santa Casa de Maringá, Maringá/PR

- **Enfermeira:** *"Participando há um ano no projeto eu percebo a evolução do nosso pensamento quanto a segurança do paciente. Além dos números, que nós estamos reduzindo as infecções, de corrente sanguínea, do trato urinário e da pneumonia, eu vejo que hoje nós estamos pensando mais facilmente na segurança do paciente. Se antes a gente pensava que tudo estava certo que a gente não tem nada para melhorar, hoje a gente percebe que sim, estamos muito bem mas não é o bastante. Hoje a equipe está muito mais engajada, a equipe entende quando nós falamos de segurança do paciente, que é muito além do que nós imaginamos, que não é só a questão de não cair do leito, não fazer uma lesão, mas sim dar uma qualidade de vida para ele dentro da UTI. Então hoje o maior impacto, além da redução que a gente está vendo das infecções, é essa consciência crítica da equipe que melhorou e que cada vez está melhorando mais."*

TRIÊNIO 2021-2023

Hospital Escola Emílio Carlos, Catanduva/SP

- **Enfermeiro Coordenador:** *"Foi muito gratificante para nós participar deste projeto e das ações implementadas e mais gratificante é ver a equipe engajada no projeto, ver os resultados [a gente teve uma redução em torno de 70% das três infecções]. Com isso, a gente agregou valor para o atendimento do paciente e para a população com a redução do tempo de permanência dos nossos pacientes."*

Hospital Presidente Dutra, Presidente Dutra/MA

- **Técnico de Enfermagem:** *"Hoje, mais ou menos, 89% dos pacientes nós estamos do lado deles. Então, a gente sabe o que eles sentem, o que eles querem, o que está acontecendo, o que está passando e a gente sabe dizer na ponta do lápis o que realmente vai dar certo e o que não vai."*

Hospital São José de Aracaju, Aracaju/SE

- **Enfermeira — Gerente Assistencial:** *"Nestes três anos nós trabalhamos desde a equipe da limpeza até a equipe médica no processo do cuidado... Tivemos uma redução da pneumonia associada à ventilação mecânica, mais de um ano sem casos registrados."*

Hospital Estadual Américo Brasileiro, Américo Brasileiro/SP

- **Farmacêutica/Bioquímica — Gerente de Risco:** *"Semanalmente, por exemplo, a gente realiza a ronda da liderança na UTI, que é um momento extremamente rico, de aproximação das lideranças com a equipe da ponta."*

Hospital Estadual de Sapopemba, Sapopemba/SP

- **Coordenadora de Enfermagem:** *"A gente teve a participação da alta liderança, da equipe da ponta, o que acho que foi o principal diferencial nesse projeto. As rodas de liderança foram muito importantes para o nosso resultado. Hoje temos uma redução muito importante de ITU-AC e de PAV."*

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Maceió/AL

- **Médica Infectologista:** *"Trabalho no controle de infecção do hospital e participar deste projeto foi sempre um sonho nosso, porque já tínhamos notícias do ciclo anterior. É um projeto inovador, que possibilita a integração de setores, a integração de pessoas e, principalmente, um novo modelo de assistência."*

Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto/SP

- **Médica Intensivista:** *"É um aprendizado muito grande. É um hospital escola, temos residentes, alunos e a equipe multidisciplinar... Ficou claríssimo a importância da equipe multi dentro da UTI, cada um com seu papel e com uma organização fantástica... Só agradecer."*

Hospital Saúde Center, Capanema/PR

- **Enfermeira — Núcleo de Segurança do Paciente:** *"PROADI-SUS trouxe muito mais do que controle de infecção, conhecimento. Trouxe propósito, mesmo, de vida enquanto profissional, porque é uma bagagem que eu vou carregar por todas as instituições que eu passar."*

Hospital Municipal do Idoso Zilda Arns, Curitiba/PR

- **Enfermeira Coordenadora:** *"Na nossa instituição, a UTI participante do projeto, nós zeramos as IPS-*

CL, zeramos as infecções de ITU-AC e reduzimos muito as PAVs em valores além do projeto."

Hospital Estadual de Anápolis Dr. Henrique Santillo, Anápolis/GO

- **Diretor Médico:** *"Dentro dos fluxos que nós passamos, eu acho que a visita multidisciplinar foi muito engrandecedora, para ajudar a entender como desdobrar estratégias para 'a ponta', poder escutar 'a ponta', e 'a ponta' nos trazer melhorias. Isso é bem engrandecedor."*

Irmandade da Santa Casa de Londrina, Londrina/PR

- **Enfermeira:** *"Durante estes 24 meses, iniciamos — claro, com muita angústia, por não saber como seriam as mudanças de processos —, a aceitação das equipes. Afinal de contas, entendemos que a mudança às vezes traz muitas angústias, e às vezes também muita resistência. Mas que, trabalhando em conjunto com o apoio do nosso hub..., que puderam nos direcionar, nos orientar e nos 'puxar a orelha', e nos dar a mão quando achávamos que íamos desistir."*

Hospital Estadual Carlos Chagas, Rio de Janeiro/RJ

- **Fisioterapeuta:** *"E diariamente com o trabalho em equipe, com a ajuda da gestão, as orientações do nosso hospital de referência... a gente conseguiu desenvolver várias melhorias e isso refletiu muito nos nossos indicadores."*

As vozes da Colaborativa refletem um espectro amplo de experiências e aprendizados, destacando a importância da colaboração, do engajamento e da inovação contínua no aprimoramento dos cuidados intensivos. Esses depoimentos são testemunhos do poder da coletividade na transformação dos sistemas de saúde, reafirmando nosso compromisso com a excelência na assistência ao paciente.



Considerações finais

Os resultados obtidos reforçam a importância de uma abordagem sistemática e baseada em evidências para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e da segurança do paciente em ambientes de cuidados críticos. Através da implementação de estratégias de engajamento de equipe multidisciplinar, sessões de aprendizagem tanto presenciais quanto virtuais, e o compromisso contínuo com a educação e práticas baseadas em evidência, foi possível alcançar reduções significativas nas taxas de IRAS, resultando em um ambiente de cuidado mais seguro para pacientes em UTIs públicas do Brasil.

Além disso, a capacidade da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos de alcançar esses resultados em um espectro amplo de instituições e unidades de paciente crítico, incluindo adultas, pediátricas e neonatais, demonstra a adaptabilidade e a eficácia das intervenções empregadas, independentemente da especialidade ou do contexto das unidades participantes. Essa versatilidade é crucial para a aplicação de tais estratégias em diferentes cená-

rios e para a promoção de melhorias sustentáveis na qualidade dos cuidados de saúde no contexto nacional e internacional.

A redução das IRAS não apenas melhora os resultados dos pacientes, mas também tem implicações econômicas significativas, reduzindo os custos associados ao tratamento de infecções adquiridas no hospital e otimizando a utilização de recursos na saúde. Portanto, os esforços para prevenir IRAS tornam-se, primeiramente, uma questão de segurança do paciente, além de uma estratégia para minimizar os gastos desnecessários do sistema de saúde, permitindo a alocação desses recursos em outras estratégias de benefícios para o paciente.

Assim, a Colaborativa Saúde em Nossas Mãos estabelece um modelo exemplar para o combate às IRAS, fornecendo um roteiro valioso para iniciativas futuras, ressaltando a importância da colaboração, da formação contínua e da inovação na busca por excelência em cuidados de saúde.

Referências

1. BATES, D. W. *et al.* The safety of inpatient health care. *The New England Journal of Medicine*, [s. l.], v. 388, n. 2, p. 142-153, 12 Jan. 2023. DOI: 10.1056/NEJMsa2206117.
2. DE VRIES, E. N. *et al.* The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality & Safety in Health Care*, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 216-223, Jun. 2008. DOI: 10.1136/qshc.2007.023622.
3. ANDERSON, J. G.; ABRAHAMSON, K. Your health care may kill you: medical errors. *Studies in Health Technology and Informatics*, [s. l.], v. 234, p. 13-17, 2017. PMID: 28186008.
4. UNITED STATES OF AMERICA. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. *To err is human: building a safer health system*. Edited by L. T. Kohn, J. M. Corrigan, M. S. Donaldson. Washington [DC]: National Academies Press [US], 2000.
5. MAKARY, M. A.; DANIEL, M. Medical error: the third leading cause of death in the US. *BMJ*, [s. l.], v. 353, i2139, 3 May 2016. DOI: 10.1136/bmj.i2139.
6. CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. D. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, ago. 2013. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047004402.
7. DE MOURA PEDRO, R. A. *et al.* Adverse events leading to intensive care unit admission in a low-and-middle-income-country: a prospective cohort study and a systematic review. *Journal of Critical Care*, [s. l.], v. 80, 154510, Apr. 2024. DOI: 10.1016/j.jcrc.2023.154510.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Acesso em: 15 mar. 2024.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level*. Geneva: World Health Organization, 2016.
10. BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa]. Resolução – RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, jul. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 15 mar. 2024.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde – PNS 2016-2019. Disponível em: https://biotecadigital.economia.gov.br/bitstream/123456789/1048/1/planonacionaisaude_2016_2019.pdf. Acesso em: 15 mar. 2024.

- 
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/report-on-the-burden-of-endemic-health-care-associated-infection-worldwide>. Acesso em: 15 mar. 2024.
 13. ROSENTHAL, V. D. *et al.* The impact of healthcare-associated infections on mortality in ICU: a prospective study in Asia, Africa, Eastern Europe, Latin America, and the Middle East. *American Journal of Infection Control*, [s. l.], v. 51, n. 6, p. 675-682, Jun. 2023. Epub 6 Sept. 2022. DOI: 10.1016/j.ajic.2022.08.024.
 14. ROSENTHAL, V. D. *et al.* Multinational prospective cohort study of mortality risk factors in 198 ICUs of 12 Latin American countries over 24 years: the effects of healthcare-associated infections. *Journal of Epidemiology and Global Health*, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 504-515, Dec. 2022. DOI: 10.1007/s44197-022-00069-x.
 15. HUERTA-GUTIÉRREZ, R. *et al.* One-day point prevalence of healthcare-associated infections and antimicrobial use in four countries in Latin America. *International Journal of Infectious Diseases*, [s. l.], v. 86, p. 157-166, Sept. 2019. DOI: 10.1016/j.ijid.2019.06.016.
 16. Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. Implementación de los programas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud: Hoja de ruta. Washington, DC: OPAS, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/implementacion-programas-prevencion-control-infecciones-asociadas-atencion-salud-hoja>. Acesso em: 15 mar. 2024.
 17. PADOVEZE, M. C.; FORTALEZA, C. M. C. B. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 995-1001, Dez. 2014. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004825.
 18. FORTALEZA, C. M. C. B. *et al.* Multi-state survey of healthcare-associated infections in acute care hospitals in Brazil. *The Journal of Hospital Infection*, [s. l.], v. 96, n. 2, p. 139-144, Jun. 2017. DOI: 10.1016/j.jhin.2017.03.024.
 19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa]. Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas a assistência à saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf. Acesso em: 15 mar. 2024.
 20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa]. Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Anvisa, publicado em 26 out. 2020, atualizado em 16 jul. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/publicacoes-1>. Acesso em: 17 set. 2024.
 21. ARAÚJO, B. T.; PEREIRA, D. C. R. Políticas para controle de infecções relacionadas à assistência à saúde [IRAS] no Brasil, 2017. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, DF, v. 28, n. ¾, p. 333-342, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40729>. Acesso em: 15 mar. 2024.
 22. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa]. Boletins Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, Brasília, DF: Anvisa publicado em 28 set. 2022, atualizado em 10 set. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletins-e-relatorios-das-notificacoes-de-iras-e-outros-eventos-adversos-1/boletins-e-relatorios-das-notificacoes-de-iras-e-outros-eventos-adversos>. Acesso em: 17 set. 2024.

- 
23. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa]. Relatórios dos estados: infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, DF: Anvisa, publicado em 5 nov. 2020, atualizado em 5 fev. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-re-sistencia-microbiana/copy_of_infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude. Acesso em: 17 set. 2024.
24. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT [IHI]. Colaboração para grandes avanços ou “Colaborativa”: modelo colaborativo do IHI para grandes avanços. Série de Inovação 2003. Tradução de Paulo Borem *et al.* Boston, MA: IHI, 2021. Disponível em: https://www.ihl.org/sites/default/files/2023-09/Colaborativas-Modelo-IHI-para-Conquistar-Grandes-Avan%C3%A7os_Portugu%C3%AAs.pdf. Acesso em: 15 mar. 2024.
25. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT [IHI]. The breakthrough series: IHI’s collaborative model for achieving breakthrough improvement. Boston, MA: IHI, 2003. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHIsCollaborativeModelforAchievingBreakthroughImprovement.aspx>. Acesso em: 15 mar. 2024.
26. BOREM, P. *et al.* A quality improvement initiative to increase the frequency of vaginal delivery in Brazilian hospitals. *Obstetrics and Gynecology*, [s. l.], v. 135, n. 2, p. 415-425, Feb 2020. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003619.
27. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. Hospitais PROADI-SUS. Disponível em: <https://proadi-sus.org.br/>. Acesso em: 15 mar. 2024.
28. SAAVEDRA BRAVO, M. A. *et al.* Adapting lean management to prevent healthcare-associated infections: a low-cost strategy involving Kamishibai cards to sustain bundles’ compliance. *International Journal for Quality in Health Care*, [s. l.], v. 35, n. 4, mzad100, 29 Dec. 2023. DOI: 10.1093/intqhc/mzad100.
29. DA SILVA, M. *et al.* Using active learning strategies during a quality improvement collaborative: exploring educational games to enhance learning among healthcare professionals. *BMJ Open Quality*, [s. l.], v. 13, n. 2, e002427, 17 Apr. 2024. DOI: 10.1136/bmj-oq-2023-002427.
30. LANGLEY, G.J. *et al.* Modelo de Melhoria: uma abordagem Prática para Melhorar o Desempenho Organizacional. 1a Edição, Editora Mercado de Letras; 2011.
31. Brasil, Ministério da Saúde. Diretriz de Microcusteio para avaliações econômicas em saúde no SUS. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/ministerio-da-saude-publica-diretriz-de-microcusteio-para-avaliacoes-economicas-em-saude-no-sus>. Acesso em: 15 mar.2024.
32. TUMA, P. *et al.* A National Implementation Project to prevent healthcare-associated infections in Intensive Care Units: a collaborative initiative using the breakthrough series model. *Open Forum Infectious Diseases*, [s. l.], v. 10, n. 4, ofad129, 9 Mar. 2023. DOI: 10.1093/ofid/ofad129.
33. TUMA, P. *et al.* The impact of the coronavirus disease 2019 [covid-19] pandemic on a national project preventing healthcare-associated infections in intensive care units. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, [s. l.], v. 44, n. 12, p. 2071-2073, Dec. 2023. DOI: 10.1017/ice.2023.146.
34. OLIVEIRA, R. M. C. *et al.* Estimating the savings of a national project to prevent healthcare-associated infections in intensive care units. *The Journal of Hospital Infection*, [s. l.], v. 143, p. 8-17, Jan. 2024. DOI: 10.1016/j.jhin.2023.10.001.

Anexos

Anexo 1. Diagramas Direcionadores utilizado durante o triênio 2021-2023

Diagrama Direcionador para atingir o objetivo de redução da densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação nas unidades de terapia intensiva **ADULTO**.

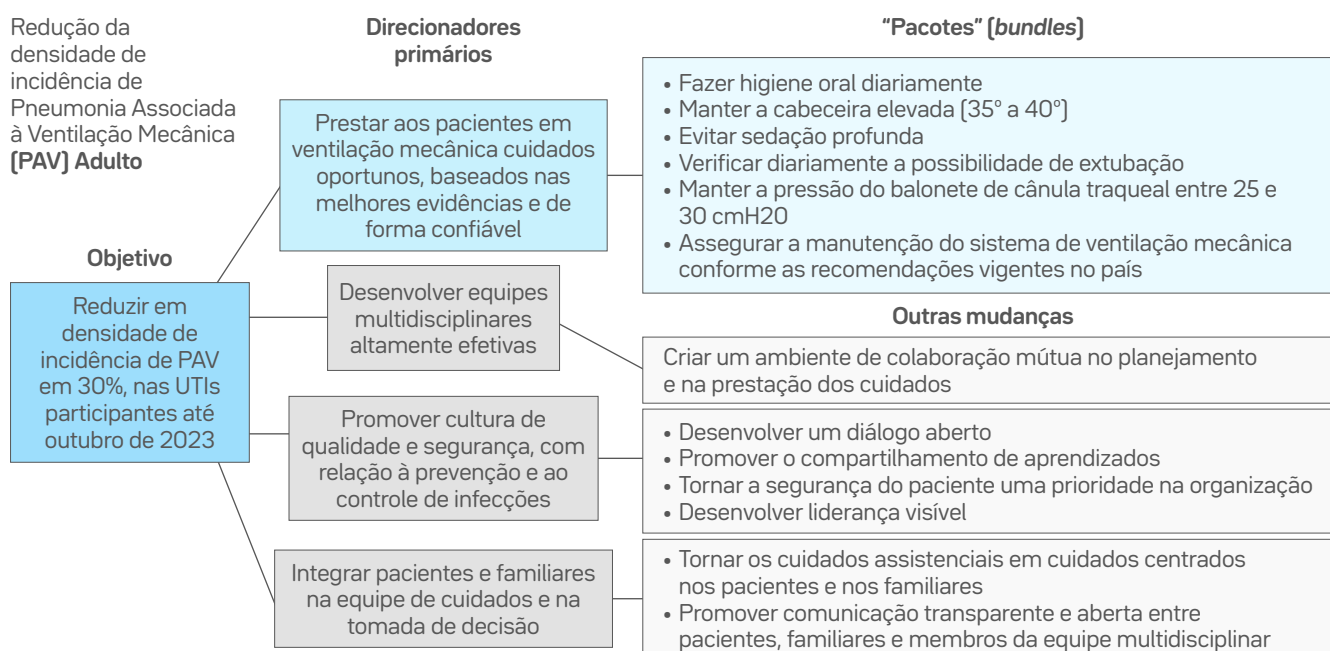


Diagrama Direcionador para atingir o objetivo de redução da densidade de incidência de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora nas unidades de terapia intensiva **ADULTO**.

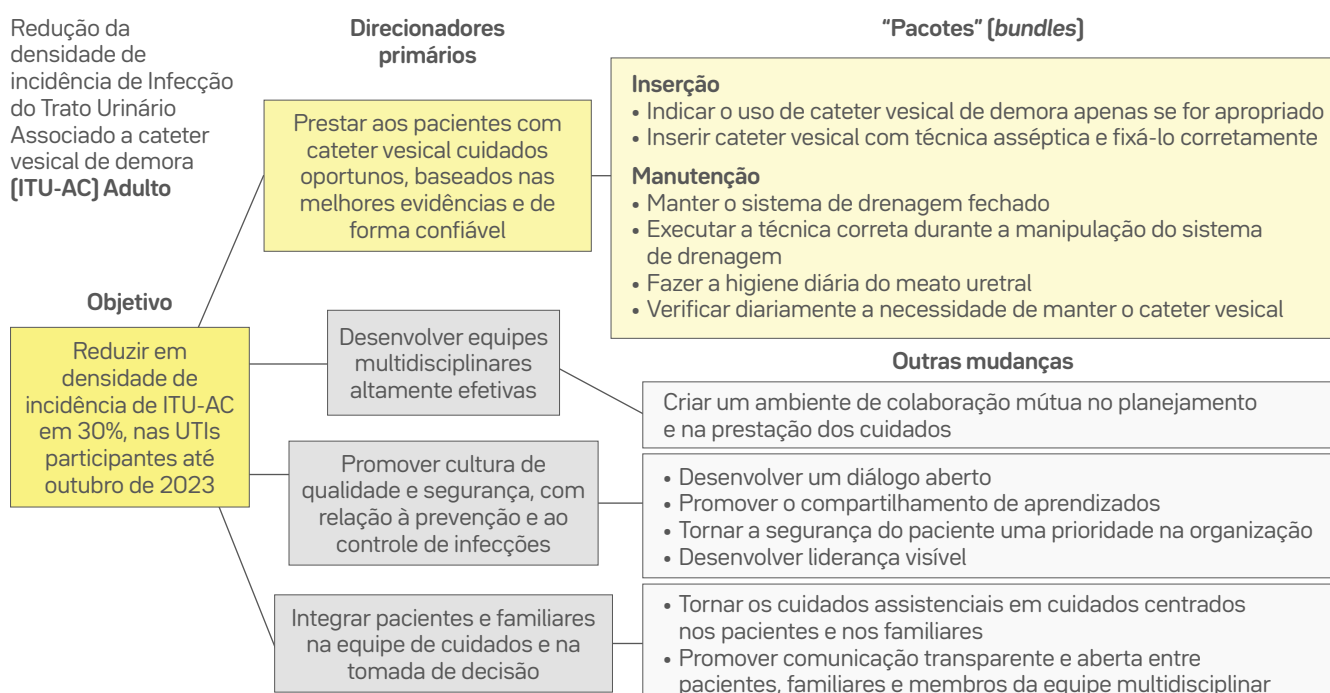


Diagrama Direcionador para atingir o objetivo de redução da densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea nas unidades de terapia intensiva **PEDIÁTRICA**.

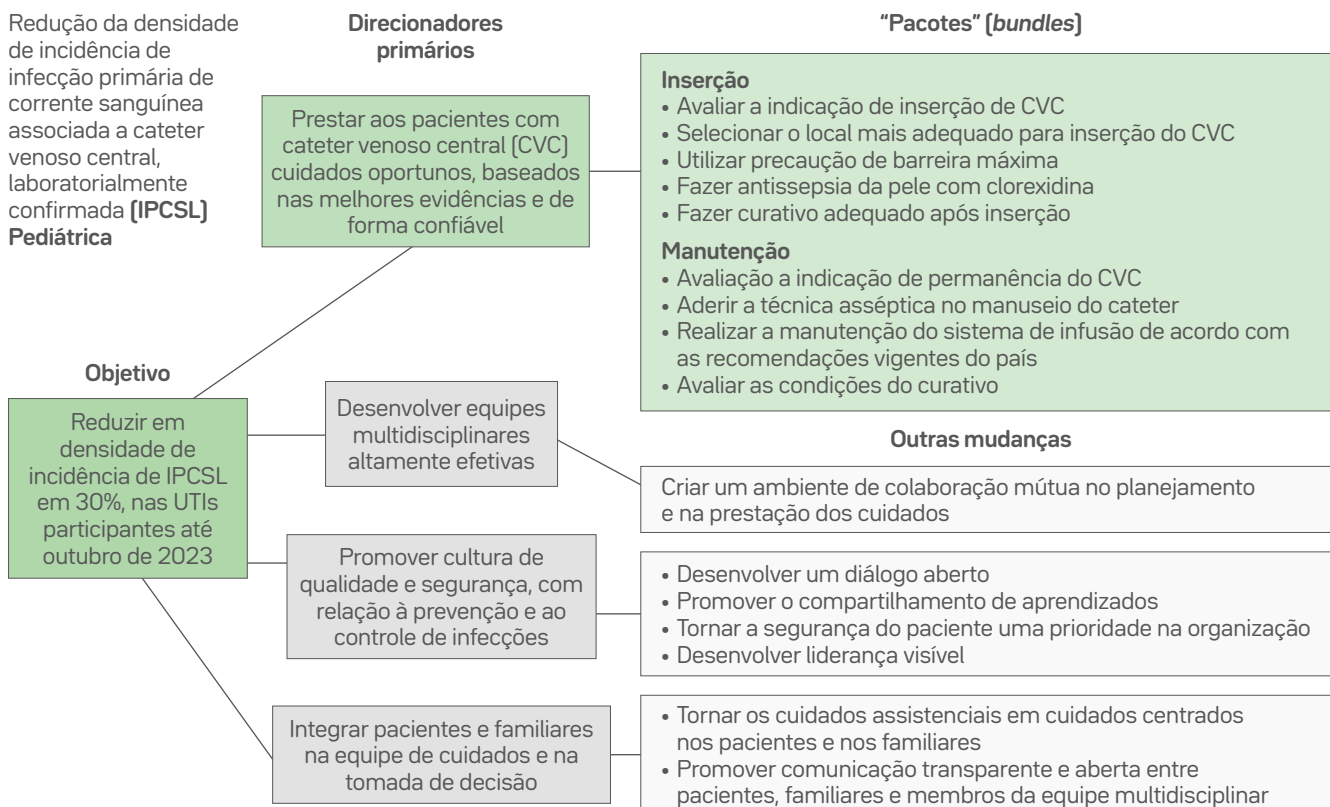


Diagrama Direcionador para atingir o objetivo de redução da densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação nas unidades de terapia intensiva **PEDIÁTRICA**.

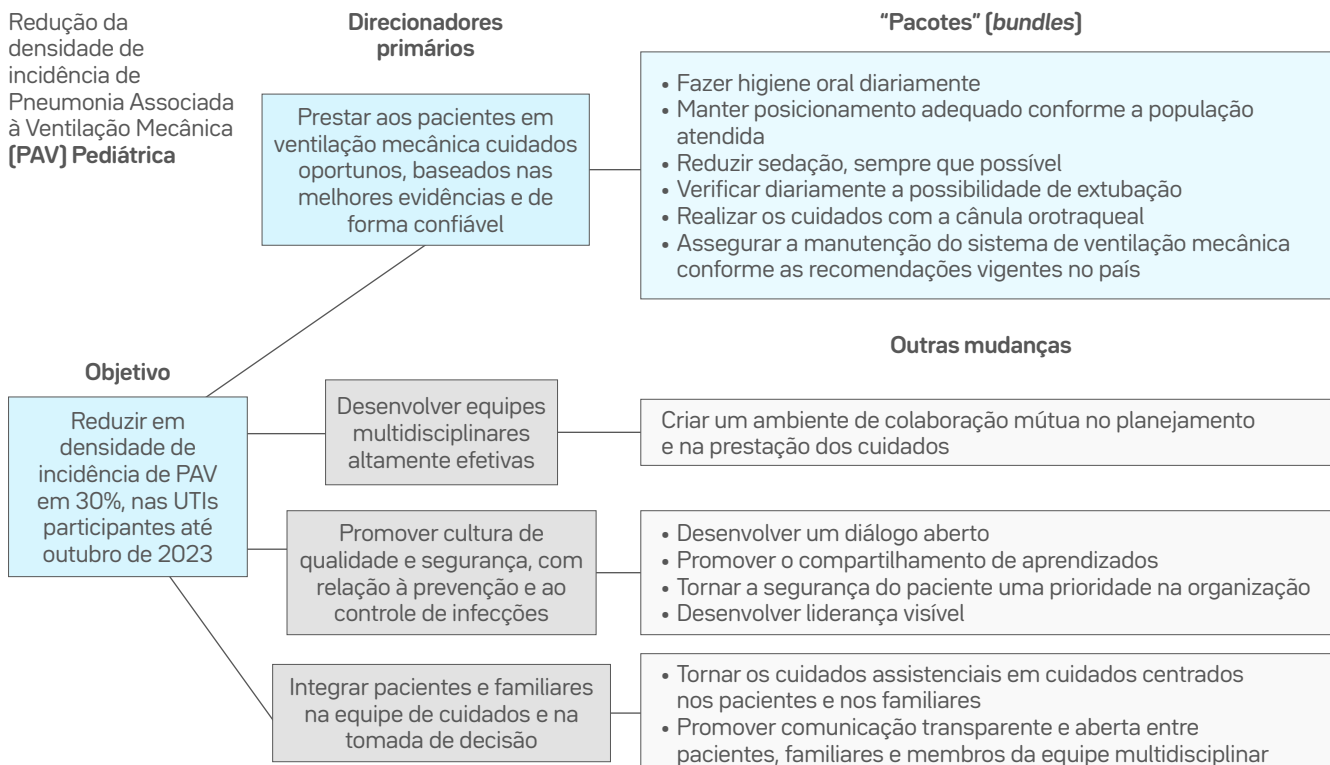


Diagrama Direcionador para atingir o objetivo de redução da densidade de incidência de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora nas unidades de terapia intensiva **PEDIÁTRICA**.

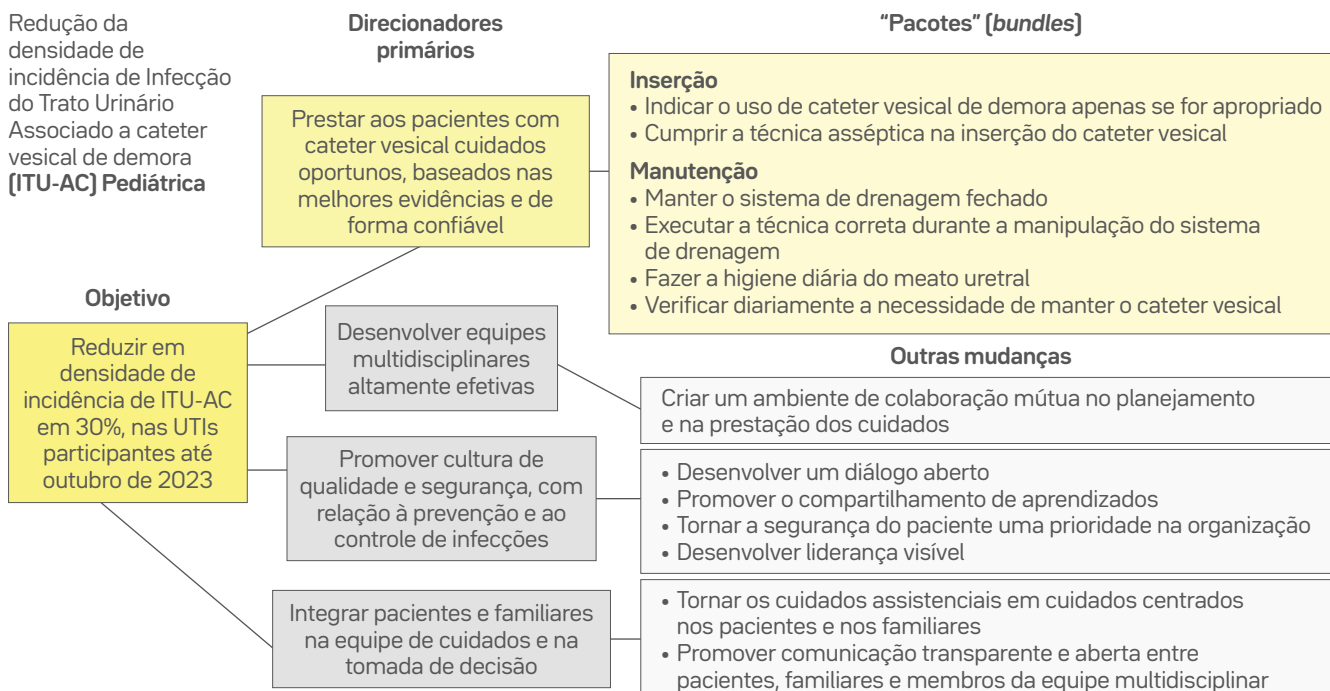


Diagrama Direcionador para atingir o objetivo de redução da densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea nas unidades de terapia intensiva **NEONATAL**.

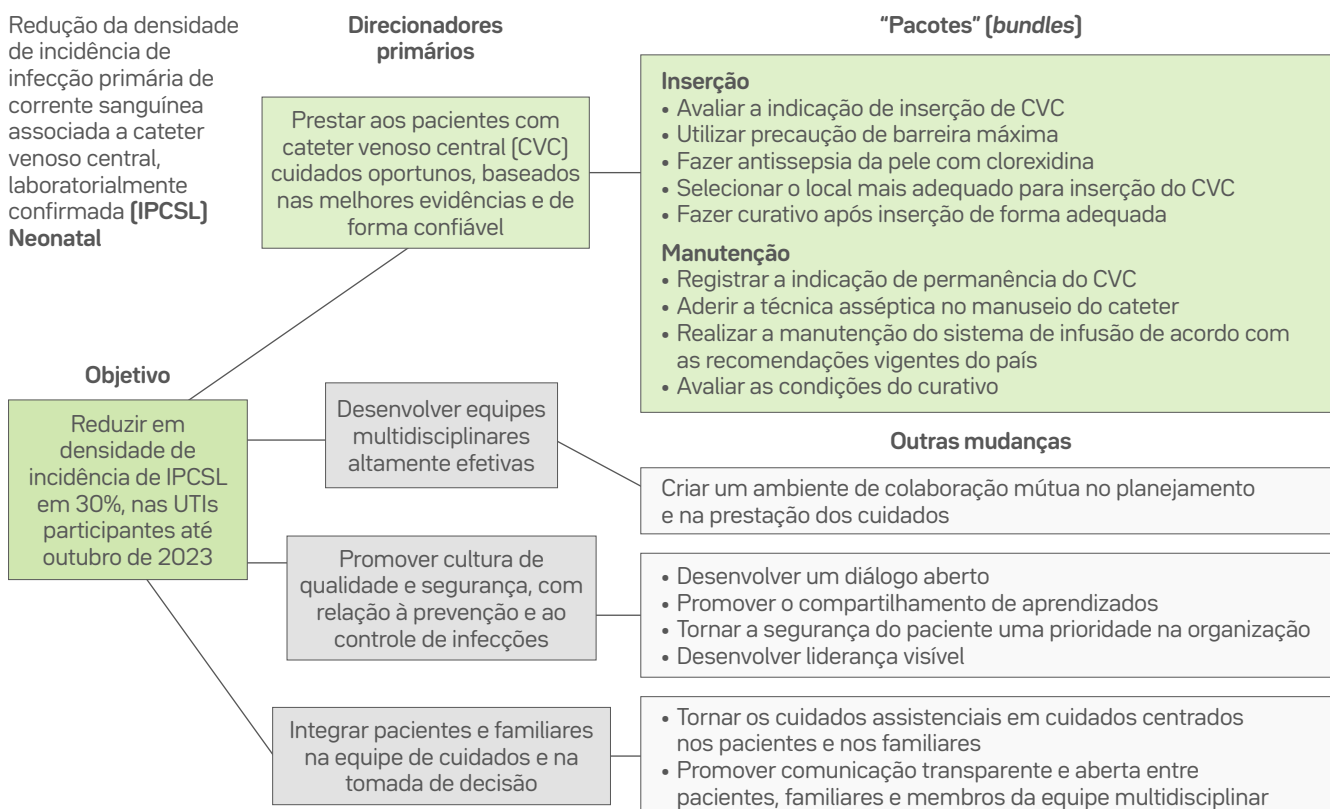


Diagrama Direcionador para atingir o objetivo de redução da densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação nas unidades de terapia intensiva **NEONATAL**.

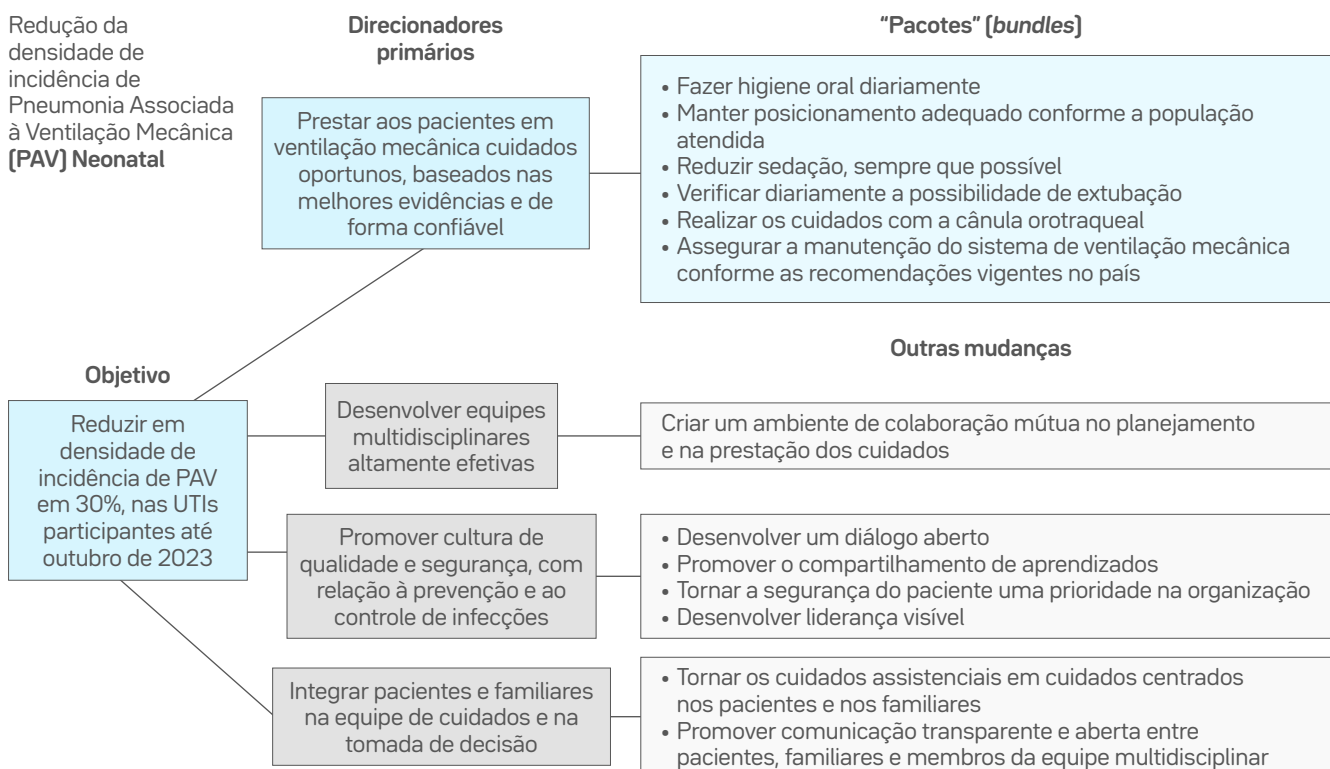
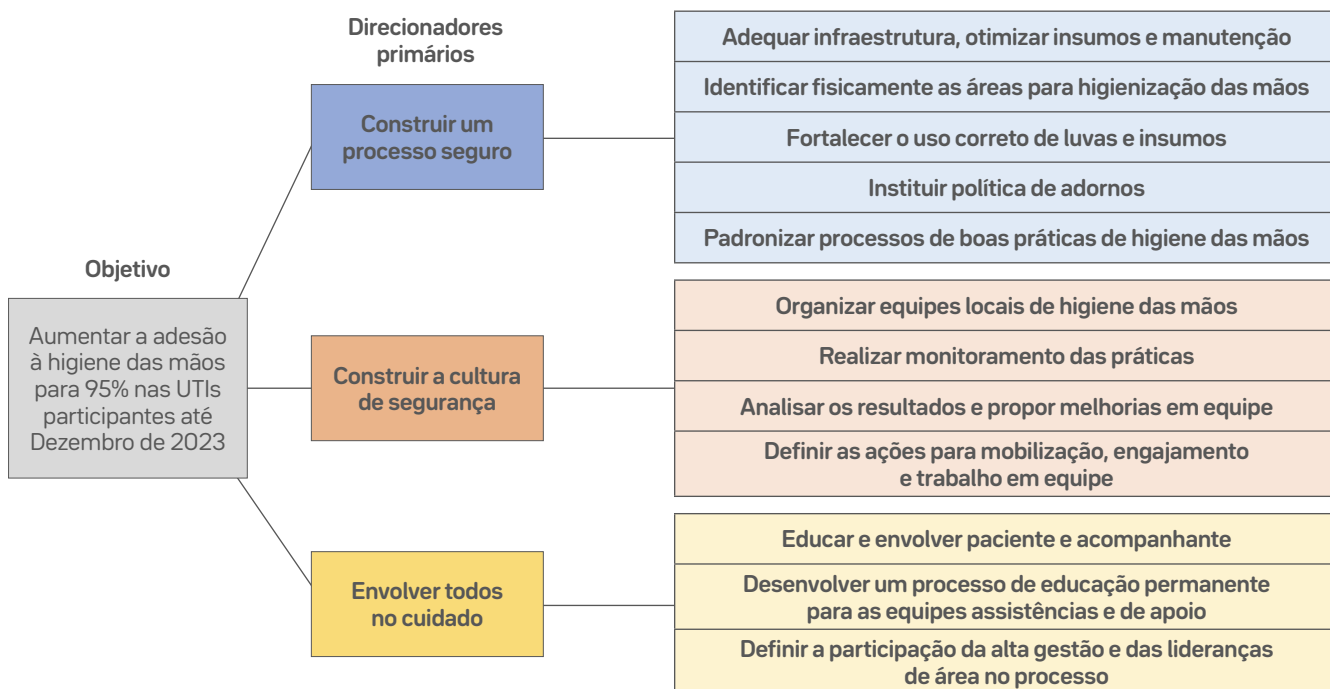


Diagrama Direcionador para atingir o objetivo de adesão à higienização das mãos nas unidades de terapia intensiva participantes.



Agradecimentos

Os autores gostariam de expressar seus sinceros agradecimentos a todos os profissionais de saúde que trabalham nas UTIs envolvidas. Este projeto só obteve sucesso devido ao seu empoderamento e motivação. A dedicação, o compromisso e o profissionalismo desses indivíduos foram fundamentais para a implementação das estratégias e o alcance dos resultados destacados neste documento. Sem a sua participação ativa e a vontade de adotar novas práticas e abordagens, a redução significativa das IRAS não teria sido possível.

Além disso, somos imensamente gratos às equipes técnicas e administrativas do PROADI-SUS, cujo suporte foi indispensável para o desenvolvimento deste projeto. A colaboração, o suporte técnico e os recursos providos por essas equipes permitiram não apenas a execução das atividades planejadas, mas também a coleta e a análise dos dados necessários para avaliar o impacto das intervenções. A sua contribuição para estruturação, monitoramento e avaliação do projeto foi essencial para o seu sucesso.

Este agradecimento se estende também a todos os envolvidos indiretamente que, de alguma forma, contribuíram para o avanço deste projeto. Seu apoio — operacional, acadêmico ou emocional — desempenhou um papel vital no nosso esforço coletivo para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e reduzir as infecções nos ambientes de UTI.



Nossa equipe

Coordenação Geral 2018-2023

Claudia Garcia de Barros

Governança Institucional

2018-2020	2021-2023
<ul style="list-style-type: none">Ana Paula Marques de Pinho¹Bernadete Weber³Guilherme de Paula Pinto Schettino⁴Luciano Hammes⁵Vania Rodrigues Bezerra⁶	<ul style="list-style-type: none">Ana Paula Marques de Pinho¹Maria Alice Rocha²Fernando Andreatta Torelly³Guilherme Schettino⁴Admilson Reis⁵Vania Rodrigues Bezerra⁶

¹ Hospital Alemão Oswaldo Cruz; ² BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo; ³ Hcor; ⁴ Hospital Israelita Albert Einstein; ⁵ Hospital Moinhos de Vento; ⁶ Hospital Sírio-Libanês

Equipe Ministerial

2018-2020	2021-2023
<ul style="list-style-type: none">Eloiza Andrade Almeida RodriguesLuciana Yumi Ue	<ul style="list-style-type: none">Cristiane Maria Reis CristaldaRenata Bergamaschi

Coordenadores

2018-2020	2021-2023
<ul style="list-style-type: none">Karen Cristina da Conceição Dias Silva¹Andrea Keiko Fujinami Gushken³Paula Tuma⁴Elenara Ribas⁵Ethel Maris Schroder Torelly⁶	<ul style="list-style-type: none">Karen Cristina da Conceição Dias Silva¹Guilherme Cesar Silva Dias Santos²Cristiana Martins Prandini³Flavia Fernanda Franco⁴Rafaela Moraes de Moura⁵Renata Gonzalez dos Santos⁶

¹ Hospital Alemão Oswaldo Cruz; ² BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo; ³ Hcor; ⁴ Hospital Israelita Albert Einstein; ⁵ Hospital Moinhos de Vento; ⁶ Hospital Sírio-Libanês

Colaboradores do Saúde em Nossas Mãos

2018-2020

- Ademir José Petenate
- Adriana Melo Teixeira
- Alex Ricardo Martins
- Alexandra do Rosário Toniolo
- Aline Brenner
- Aline Cristina Pedroso
- Amanda Angrisani
- Ana Lúcia Capucho Lorena Abrahão
- Ana Tucunduva Cardoso
- Ancelmo Honorato Ferraz de Sousa
- André Franz da Costa
- Angelica Carvalho de Araujo
- Antonio Capone Neto
- Beatriz Ramos
- Bruno de Melo Tavares
- Cassiano Teixeira
- Cilene Saghabi
- Claudia Vallone Silva
- Cristiana Martins Prandini
- Cristiane Tejada da Silva Kawski
- Daiana Barbosa da Silva
- Daniel Peres
- Daniela Duarte da Silva de Jesus
- Daniela Sperandio Feitosa
- Dejanira Aparecida Regagnin
- Edileusa Novaes Piusi
- Erica Deji Moura Morosov
- Fernanda Justo Descio Bozola
- Fernanda Paulino Fernandes
- Fernando Enrique Arriel Pereira
- Fernando Gatti de Menezes
- Flavia Fernanda Franco
- Giselle Franco Santos
- Gizelda Monteiro da Silva
- Guilherme Cesar Silva Dias dos Santos
- Helena Barreto dos Santos

2021-2023

- Ademir José Petenate
- Aline Brenner
- Amanda Brassaroto Gimenes
- Ananda Yana Zamberlan Alvarez
- Ana Lúcia Capucho Lorena Abrahão
- Andrea Keiko Fujinami Gushken
- Andreia Lopes de Lima
- Andreia Sousa Amorim Oliveira
- Andreza Pivato Susin Hamada
- Ancelmo Honorato Ferraz de Sousa
- Angelica Carvalho de Araujo
- Beatriz Marques da Cunha
- Beatriz Ramos
- Brunno César Batista Cocentino
- Bruno de Melo Tavares
- Camila Bertoldo Pinheiro
- Carina Tishler Pires
- Cilene Saghabi
- Claudia Vallone Silva
- Cristiane Tejada da Silva Kawski
- Cynthia Parras
- Daniela Pino Vinho
- Dejanira Aparecida Regagnin
- Edgard Joseph Kiriama
- Edileusa Novaes Piusi
- Erica de Oliveira Paes
- Erica Deji Moura Morosov
- Fernanda Pimentel Coelho
- Fernando Enrique Arriel Pereira
- Francielle Bendersky Gomes
- Giselle Franco Santos
- Gizelda Monteiro da Silva
- Graziella Pacheco Velloni
- Gynara R. Gonzalez do Valle Barbosa
- Helena Barreto dos Santos
- Ingvar Ludwig Augusto de Souza
- Jéssica Alves Vieira

Colaboradores do Saúde em Nossas Mãos

2018-2020

- José Mauro Vieira Júnior
- Karina de Carvalho Andrade
- Leonardo José Rolim Ferraz
- Lital Moro Bass
- Louise Viecili Hoffmeister
- Luciana Gouvea de Albuquerque Souza
- Luzia Noriko Takahashi
- Marcia Maria Oblonczyk
- Márcio Luiz Ferreira de Camillis
- Marco Antônio de Salvo Júnior
- Marco Aurélio Vitorino Cunha
- Maria Yamashita
- Marianilza Lopes da Silva
- Maura Salaroli de Oliveira
- Nidia Cristina de Souza
- Nilda Rosa de Oliveira Prado
- Pâmella Oliveira de Souza
- Patrícia dos Santos Bopsin
- Paulo Borem
- Pedro Aurélio Mathiasi Neto
- Pedro Delgado
- Pryscila Bernardo Kiehl
- Rafaela Moraes de Moura
- Regis Goulart Rosa
- Renata Desordi Lobo
- Renato Tanjoni
- Roberta Cordeiro de Camargo Barp
- Roberta Gonçalves Marques
- Rogerio Kelian
- Roselaine Maria Coelho Oliveira
- Rosianne de Vasconcelos
- Thaís Galoppini Felix
- Tuane Machado Chaves
- Wania Regina Mollo Baia
- Wladimir Garcia Silva
- Youri Eliphas de Almeida

2021-2023

- José Carlos Fernandes
- Joslene Menezes Rodrigues
- Juliana Fernandes da Silva
- Karina de Carvalho Andrade
- Lais Silvestre Bizerra Baltazar
- Leonardo Henrique Fiuza de Meireles
- Lilian Mara Perroud Miilher
- Lital Moro Bass
- Livia Muller Bernz
- Luciana Gouvea de Albuquerque Souza
- Maira Francisco Moya
- Marcelo Luz Pereira Romano
- Marco Antonio Saavedra Bravo
- Maria Perez Soares D'Alessandro
- Maria Yamashita
- Marianilza Lopes da Silva
- Mariana Melillo Sauer
- Nancy Oliveira dos Santos
- Natália Nardoni
- Natália Souza de Melo
- Nidia Cristina de Souza
- Nilda Rosa de Oliveira Prado
- Patrícia Araújo Soares
- Patrícia dos Santos Bopsin
- Patrick Jacobsen Westphal
- Paulo Borem
- Priscila Martini Bernardi Garzella
- Regielle de Almeida Perez Oliveira
- Rodrigo Wilson de Souza
- Samara de Campos Braga
- Sebastian Vernal
- Teilor Ricardo dos Santos
- Vera Lúcia Borrasca D. da Silva
- Viviane Aparecido Zopelaro de Melo
- Wania Regina Mollo Baia
- Wladimir Garcia Silva
- Youri Eliphas de Almeida

Instituições participantes

2018-2020

- Associação Piauiense de Combate ao Câncer, Teresina/PI
- Casa de Caridade de Carangola, Carangola/MG
- Complexo Hospitalar São Francisco, Belo Horizonte/MG
- EBSERH Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Campo Grande/MS
- Fundação Hospital Adriano Jorge, Manaus/AM
- Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, Erechim/RS
- Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília/DF
- Hospital Geral Dr. Cesar Cals, Fortaleza/CE
- Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza/CE
- Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza/CE
- Hospital de Transplante do Estado de São Paulo, Euryclides de Jesus Zerbini, São Paulo/SP
- Hospital Municipal Ver. José Storopoli, São Paulo/SP
- Hospital Santa Marcelina, São Paulo/SP
- Hospital Universitário da UFGD, Dourados/MS
- Hospital Bruno Born, Lajeado/RS
- Hospital Cristo Redentor SA, Porto Alegre/RS
- Hospital Dom Luiz I, Belém/PA
- Hospital das Clínicas, Goiânia/GO
- Hospital das Clínicas, Recife/PE
- Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte/MG
- Hospital de Base Porto Velho, Porto Velho/RO
- Hospital de Clínicas, Porto Alegre/RS
- Hospital de Clínicas, Curitiba/PR
- Hospital de Clínicas da UFTM, Uberaba/MG
- Hospital de Clínicas de Uberlândia, Uberlândia/MG
- Hospital de Clínicas Gaspar Viana, Belém/PA
- Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad, Goiânia/GO

2021-2023

- Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Cuiabá, Cuiabá/MT
- Associação Guiomar Jesus, Capanema/PA
- Associação Santamarense de Beneficência, Guarujá/SP
- Casa de Caridade de Muriaé, Hospital São Paulo, Muriaé/MG
- Casa de Misericórdia de Cornélio Procópio, Cornélio Procópio/PR
- Casa de Saúde São José, Rio de Janeiro/RJ
- Centro Especializado em Reabilitação "Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti", Mogi das Cruzes/SP
- Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, Goiânia/GO
- Centro Hospitalar de Santo André Dr. Newton da Costa Brandão, Santo André/SP
- Complexo Hospitalar de Clínicas de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul/SP
- Complexo Hospitalar Dep. Janduhy Carneiro, Patos/PB
- Complexo Hospitalar dos Estivadores, Santos/SP
- Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo/SP
- Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas, Manaus/AM
- Fundação das Doenças do Fígado Koutoulas Ribeiro, Curitiba/PR
- Fundação de Saúde Comunitária de Sinop, Sinop/MT
- Fundação Dr. Amaral Carvalho, Jaú/SP
- Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto/SP
- Fundação Hospital Santa Lydia, Ribeirão Preto/SP
- Fundação Pio XII Barretos, Barretos/SP
- Hospital Agamenon Magalhães, Recife/PE
- Hospital Azambuja, Brusque/SC

Instituições participantes

2018-2020

- Hospital de Urgências de Goiânia [Hugo], Goiânia/GO
- Hospital de Urgências Gov. Otavio Lage de Siqueira [Hugol], Goiânia/GO
- Hospital do Rim e Hipertensão, São Paulo/SP
- Hospital do Trabalhador, Curitiba/PR
- Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silveiras, São Mateus/ES
- Hospital e Maternidade Maria Auxiliadora, Maringá/PR
- Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leao Carneiro, Uberlândia/MG
- Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, Juiz de Fora/MG
- Hospital e Pronto Socorro Central, São Bernardo do Campo/SP
- Hospital Erasto Gaertner, Curitiba/PR
- Hospital Escola Dr. Helvio Auto, Maceió/AL
- Hospital Estadual, Vitória/ES
- Hospital Estadual Bauru, Bauru/SP
- Hospital Estadual de Diadema, Hospital Serraria, Diadema/SP
- Hospital Estadual de Vila Alpina, São Paulo/SP
- Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves, Serra/ES
- Hospital Estadual Mario Covas de Santo André, Santo André/SP
- Hospital Federal Cardoso Fontes, Rio de Janeiro/RJ
- Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro/RJ
- Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi, Goiânia/GO
- Hospital Geral de Guarulhos Prof. Dr. Waldemar de Carvalho, Guarulhos/SP
- Hospital Geral de Roraima, Boa Vista/RR
- Hospital Geral do Estado, Salvador/BA
- Hospital Geral do Grajau Prof. Liber John Alphonse Di Dio, São Paulo/SP

2021-2023

- Hospital Bom Pastor, Varginha/MG
- Hospital Calixto Midlej Filho, Itabuna/BA
- Hospital Central da Polícia Militar, Rio de Janeiro/RJ
- Hospital Colônia Dr. João Machado, Natal/RN
- Hospital da Criança Conceição, Porto Alegre/RS
- Hospital da Criança de Brasília José Alencar, Brasília/DF
- Hospital da Criança e do Adolescente, Macapá/AP
- Hospital da Mulher Dr.ª Nise da Silveira, Maceió/AL
- Hospital da Mulher Prof. Dr. J. A. Pinotti, Campinas/SP
- Hospital da Região Leste, Brasília/DF
- Hospital da Restauração, Recife/PE
- Hospital das Clínicas Faepa, Ribeirão Preto/SP
- Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo, Mogi das Cruzes/SP
- Hospital das Clínicas Samuel Libânio, Pouso Alegre/MG
- Hospital de Base de Bauru, Bauru/SP
- Hospital de Campanha Covid 19 Hospital de Urgência, São Bernardo do Campo/SP
- Hospital de Caridade e Beneficência, Cachoeira do Sul/RS
- Hospital de Cirurgia, Aracaju/SE
- Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília, Marília/SP
- Hospital de Clínicas da Unicamp, Campinas/SP
- Hospital de Clínicas de Passo Fundo, Passo Fundo/RS
- Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros, Petrolina/PE
- Hospital Dirceu Arcoverde, Parnaíba/PI
- Hospital do Oeste, Barreiras/BA
- Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo/SP
- Hospital Dom Helder Câmara, Cabo de Santo Agostinho/PE

Instituições participantes

2018-2020

- Hospital Geral Dr. Waldemar Alcantara, Fortaleza/CE
- Hospital Geral Pirajussara Taboão da Serra, Taboão da Serra/SP
- Hospital Geral Roberto Santos, Salvador/BA
- Hospital Geral Universitário, Cuiabá/MT
- Hospital Getúlio Vargas, Recife/PE
- Hospital Getúlio Vargas, Teresina/PI
- Hospital Governador João Alves Filho, Aracaju/SE
- Hospital João XXIII, Belo Horizonte/MG
- Hospital Julia Kubitschek, Belo Horizonte/MG
- Hospital Materno Infantil de Brasília, Brasília/DF
- Hospital Metropolitano Odilon Bherens, Belo Horizonte/MG
- Hospital Municipal de Urgência Emergência Clementino Moura Socorrão II, São Luís/MA
- Hospital Municipal de Maringá Thelma Villanova Kasprowicz, Maringá/PR
- Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, São José dos Campos/SP
- Hospital Municipal Santa Isabel, João Pessoa/PB
- Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, Três Lagoas/MS
- Hospital Ophir Loyola, Belém/PA
- Hospital Oswaldo Cruz, Recife/PE
- Hospital Padre Albino, Catanduva/SP
- Hospital Pelópidas Silveira, Recife/PE
- Hospital Regional de Cacoal, Cacoal/RO
- Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhaes, Porto Seguro/BA
- Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna, Santarém/PA
- Hospital Regional do Sudeste do Pará Dr. Geraldo Veloso, Marabá/PA
- Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Joinville/SC

2021-2023

- Hospital Dom Malan, Petrolina/PE
- Hospital dos Fomecedores de Cana de Piracicaba, Piracicaba/SP
- Hospital Dr. Domingos Leonardo Cerávolo Presidente Prudente, Presidente Prudente/SP
- Hospital Dr. José Pedro Bezerra, Natal/RN
- Hospital Dr. Odorico Amaral de Mattos, São Luís/MA
- Hospital Dr. Osiris Florindo Coelho Ferraz de Vasconcelos, Ferraz de Vasconcelos/SP
- Hospital e Maternidade Dom Orione, Araguaína/TO
- Hospital e Maternidade Dr.ª Zilda Arns Neumann, Fortaleza/CE
- Hospital e Maternidade Municipal de São José dos Pinhais, São José dos Pinhais/PA
- Hospital e Maternidade Santa Clara, Colorado/PR
- Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo, Itapipoca/CE
- Hospital e Maternidade Tereza Ramos, Lages/SC
- Hospital e Pronto Socorro da Zona Norte Delphina Aziz, Manaus/AM
- Hospital Escola Emílio Carlos Catanduva, Catanduva/SP
- Hospital Escola UFPEL, Pelotas/RS
- Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, Duque de Caxias/RJ
- Hospital Estadual Alberto Torres, São Gonçalo/RJ
- Hospital Estadual Américo Brasiliense, Américo Brasiliense/SP
- Hospital Estadual Carlos Chagas, Rio de Janeiro/RJ
- Hospital Estadual da Criança, Feira de Santana/BA
- Hospital Estadual de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira, São Luís/MA

Instituições participantes

2018-2020

- Hospital Regional Norte, Sobral/CE
- Hospital Santa Casa de Curitiba, Curitiba/PR
- Hospital Santa Casa de Vitória, Vitória/ES
- Hospital Santa Lucinda Sorocaba, Sorocaba/SP
- Hospital Sepaco, São Paulo/SP
- Hospital Universitário, Florianópolis/SC
- Hospital Universitário de Brasília, Brasília/DF
- Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria/RS
- Hospital Universitário Francisca Mendes, Manaus/AM
- Hospital Universitário Prof. Edgard Santos, Salvador/BA
- Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal/RN
- Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Londrina/PR
- Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, Ponta Grossa/PR
- Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza/CE
- Hospital Regional da Asa Norte, Brasília/DF
- Hospital Regional do Gama, Gama/DF
- Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, São José/SC
- Instituto Dr. José Frota Central, Fortaleza/CE
- Imperial Hospital de Caridade, Florianópolis/SC
- Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, Cruzeiro/DF
- Liga Norterio-grandense Contra o Câncer, Natal/RN
- Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Fortaleza/CE
- Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte/MG
- MS Hospital de Ipanema, Rio de Janeiro/RJ
- MS Hospital Federal da Lagoa, Rio de Janeiro/RJ
- MS Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro/RJ

2021-2023

- Hospital Estadual de Sapopemba, São Paulo/SP
- Hospital Estadual de Urgências de Anápolis Dr. Henrique Santillo, Anápolis/GO
- Hospital Estadual Dr. Albano da Franca Rocha Sobrinho, Franco da Rocha/SP
- Hospital Estadual e Pronto Socorro João Paulo II, Porto Velho/RO
- Hospital Estadual Infantil e Maternidade Dr. Alzir Bernardino Alves, Vila Velha/ES
- Hospital Estadual Prefeito João Baptista Caffaro, Itaboraí/RJ
- Hospital Estadual Sumaré, Sumaré/SP
- Hospital Evangélico de Vila Velha, Vila Velha/ES
- Hospital Evangélico Dr. e Sr.ª Goldsby King, Dourados/MS
- Hospital Geral Clériston Andrade, Feira de Santana/BA
- Hospital Geral de Carapicuíba, Carapicuíba/SP
- Hospital Geral de Itapeçerica da Serra, Itapeçerica da Serra/SP
- Hospital Geral de Itapevi, Itapevi/SP
- Hospital Geral de Roraima, Boa Vista/RR
- Hospital Geral do Estado Dr. Osvaldo Vilela, Maceió/AL
- Hospital Giselda Trigueiro, Natal/RN
- Hospital Guilherme Álvaro, Santos/SP
- Hospital Imaculada Conceição, Curvelo/MG
- Hospital Imaculada Conceição, Ribeirão Preto/SP
- Hospital Infantil Pequeno Príncipe, Curitiba/PR
- Hospital Manoel Novaes, Itabuna/BA
- Hospital Margarida, João Monlevade/MG
- Hospital Martagão Gesteira, Salvador/BA
- Hospital Memorial Jaboatão, Jaboatão dos Guararapes/PE
- Hospital Mestre Vitalino, Caruaru/PE
- Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, Ananindeua/PA

Instituições participantes

2018-2020

- MS Hospital dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro/RJ
- MS Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro/RJ
- MS Hospital do Câncer I, Rio de Janeiro/RJ
- MS Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad, Rio de Janeiro/RJ
- Procape, Recife/PE
- Santa Casa de Marília, Marília/SP
- Santa Casa de Misericórdia do Pará, Belém/PA
- Santa Casa de Misericórdia Dona Carolina Malheiros, São João da Boa Vista/SP
- Santa Casa de São Carlos, São Carlos/SP
- Santa Casa Hospital Dr. Aristóteles Oliveira Martins, Presidente Prudente/SP
- SES RJ Hospital Estadual Azevedo Lima, Niterói/RJ
- SES RJ Hospital Estadual Getúlio Vargas, Rio de Janeiro/RJ
- SMS Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, Rio de Janeiro/RJ
- UFRJ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Rio de Janeiro/RJ

2021-2023

- Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires, Santa Rita/PB
- Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro, Belo Horizonte/MG
- Hospital Miguel Arraes, Paulista/PE
- Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, Natal/RN
- Hospital Municipal Carlos Tortelly, Niterói/RJ
- Hospital Municipal da Brasilândia, São Paulo/SP
- Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia, Aparecida de Goiânia/GO
- Hospital Municipal de Araucária, Araucária/PR
- Hospital Municipal de Cuiabá e Pronto Socorro Dr. Leony Palma de Carvalho, Cuiabá/MT
- Hospital Municipal de Japuiba, Angra dos Reis/RJ
- Hospital Municipal Djalma Marques, São Luís/MA
- Hospital Municipal do Idoso Zilda Arns, Curitiba/PR
- Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, São Paulo/SP
- Hospital Municipal Dr. Mario Gatti, Campinas/SP
- Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch, São Paulo/SP
- Hospital Municipal Esaú Matos, Vitória da Conquista/BA
- Hospital Municipal Lourenço Jorge, Rio de Janeiro/RJ
- Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes A. Silva, São Paulo/SP
- Hospital Municipal Pedro II, Rio de Janeiro/RJ
- Hospital Municipal Ruth Cardoso, Balneário Camboriú/SC
- Hospital Municipal São Benedito de Cuiabá, Cuiabá/MT
- Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro/RJ
- Hospital Municipal Tide Setúbal, São Paulo/SP

Instituições participantes

2018-2020

2021-2023

- Hospital Municipal Universitário de Taubaté, Taubaté/SP
- Hospital Nereu Ramos, Florianópolis/SC
- Hospital Nossa Senhora das Graças, Recife/PE
- Hospital P. S. Dr. João Lúcio P. Machado, Manaus/AM
- Hospital Regional de Araranguá Deputado Affonso Ghizzo, Araranguá/SC
- Hospital Regional de Assis, Assis/SP
- Hospital Regional de Ceilândia, Brasília/DF
- Hospital Regional de Cotia, Cotia/SP
- Hospital Regional de Janaúba, Janaúba/MG
- Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Campo Grande/MS
- Hospital Regional de São José dos Campos, São José dos Campos/SP
- Hospital Regional de Taguatinga, Brasília/DF
- Hospital Regional do Cariri, Juazeiro do Norte/CE
- Hospital Regional do Litoral, Paranaguá/PR
- Hospital Regional do Oeste, Chapecó/SC
- Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, Ponta Porã/MS
- Hospital Regional Jorge Rossmann de Itanhaém, Itanhaém/SP
- Hospital Regional José Alencar, Uberaba/MG
- Hospital Santa Casa de Paranaíba, Paranaíba/PR
- Hospital Santa Catarina, Blumenau/SC
- Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul/RS
- Hospital Santa Izabel, Aracaju/SE
- Hospital Santa Juliana, Rio Branco/AC
- Hospital Santa Rita de Cassia, Vitória/ES
- Hospital Santa Teresa, Petrópolis/RJ
- Hospital Santo Antônio, Curvelo/MG
- Hospital São José, Aracaju/SE
- Hospital São José, Associação Congregação de Santa Catarina, Teresópolis/RJ

Instituições participantes

2018-2020

2021-2023

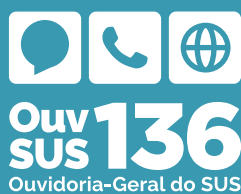
- Hospital São José, Colatina/ES
- Hospital São José de Doenças Infecciosas, Fortaleza/CE
- Hospital São Raimundo, Crato/CE
- Hospital Universitário Alcides Carneiro, Campina Grande/PB
- Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói/RJ
- Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, Vitória/ES
- Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí/SP
- Hospital Universitário de São Luís, São Luís/MA
- Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Cascavel/PR
- Hospital Universitário Gafrée e Guinle, Rio de Janeiro/RJ
- Hospital Universitário Getúlio Vargas, Manaus/AM
- Hospital Universitário Lauro Wanderley, João Pessoa/PB
- Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, Maceió/AL
- Hospital Universitário Santa Terezinha, Joaçaba/SC
- Instituto Cândida Vargas, João Pessoa/PB
- Instituto da Criança e Adolescente, São Paulo/SP
- Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo/SP
- Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife/PE
- Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro/RJ
- Instituto Policlínica de Pato Branco, Pato Branco/PR
- Irmandade de Misericórdia do Jahu, Jaú/SP
- Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Passos, Passos/MG

Instituições participantes

2018-2020

2021-2023

- Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas, Poços de Caldas/MG
- Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Araraquara, Araraquara/SP
- Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão, São Luís/MA
- Maternidade Escola Santa Monica, Maceió/AL
- Pronto Socorro Central Dr. Armando Gomes Sá Couto, São Gonçalo/RJ
- Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte/MG
- Santa Casa de Fernandópolis, Fernandópolis/SP
- Santa Casa de Londrina, Londrina/PR
- Santa Casa de Misericórdia de Anápolis, Anápolis/GO
- Santa Casa de Misericórdia de Itajubá, Itajubá/MG
- Santa Casa de Misericórdia de Itapeva, Itapeva/SP
- Santa Casa de Misericórdia de Ituverava, Ituverava/SP
- Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió/AL
- Santa Casa de Misericórdia de São José dos Campos, São José dos Campos/SP
- Santa Casa de Misericórdia do Hospital São Francisco de Assis, Três Pontas/MG
- Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis, Rondonópolis/MT
- Santa Casa de São Paulo, Hospital Central São Paulo, São Paulo/SP
- Sociedade Literária e Caritativa Santo Agostinho, Criciúma/SC
- Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer, Recife/PE
- Unidade de Gestão Assistencial II, São Paulo/SP
- Unidade de Urgência de Teresina Professor Zenon Rocha, Teresina/PI



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

bvsmms.saude.gov.br

