

Revista HGF

2023

Volume 1 - Nº 2

Setembro - Dezembro

ISSN: 2965-579X Versão Eletrônica



HOSPITAL
GERAL DE
FORTALEZA



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Revista HGF

Elaboração, distribuição e informações.
Hospital Geral de Fortaleza.
Diretoria de Ensino, Pesquisa e Residência.

Hospital Geral de Fortaleza
Rua Ávila Goulart, 900 - Papicu,
CEP: 60.175-295, Fortaleza/CE
Fone: (85) 3101.3165
© Governo do Estado do Ceará.
Todos os direitos reservados.
Home Page: <https://www.hgf.ce.gov.br>

Elmano de Freitas da Costa
Governador do Estado do Ceará

Jade Afonso Romero
Vice-governadora do Estado do Ceará

Tânia Mara Silva Coelho
Secretária da Saúde do Estado do Ceará

Ivelise Regina Canito Brasil
Diretora-geral do Hospital Geral de Fortaleza (HGF)


Eliardo Silveira Santos
Diretor de Ensino, Pesquisa e Residência (HGF)

Mariana Ribeiro Moreira
Diretora Médica (HGF)

Sérgio Tadeu Almeida Pereira
Diretor Técnico (HGF)

Regina Maria Monteiro de Sá Barreto
Diretora de Enfermagem (HGF)

Isabel de Autran Nunes Matos
Diretora Administrativa (HGF)



ISSN 2965-579X
Versão Eletrônica

Publicação Quadrimestral

REVISTA HGF

Volume 1 - Nº 2
Setembro - Dezembro/2023

A Revista HGF é uma publicação informativa e técnico-científica que disponibiliza na íntegra artigos aprovados em sistema de avaliação por pares. Idealizada pela Direção de Ensino, Pesquisa e Residência do Hospital Geral de Fortaleza para divulgação do ensino, da pesquisa e da assistência. A revista é dedicada à formação e ao aperfeiçoamento profissional.

© Governo do Estado do Ceará. Hospital Geral de Fortaleza.

Revista HGF Volume 1, número 2 - 2023

Editores - Eliardo Silveira Santos, Rejane Maria Rodrigues de Abreu Vieira

Corpo Editorial - Eliardo Silveira Santos, Felipe Martins, Rejane Maria Rodrigues de Abreu Vieira, Waldélia Maria Santos Monteiro, Jane Eyre Rodrigues de Azevedo, Anna Paula Sousa da Silva, José Ananias Vasconcelos Neto

Normalização bibliográfica - Natanna Santana de Moraes - CRB 3/1446, Dayane Paula Ferreira Mota - CRB 3/1310

Revisão - Felipe Martins

Capa - Paullo Moraes

Diagramação - Felipe Martins, Natanna Santana, Dayane Ferreira

Revista HGF
Hospital Geral de Fortaleza
Rua Ávila Goulart, 900 - Papicu
Fortaleza/CE: 60.175-295
Fone: (85) 3101.3165
<https://www.hgf.ce.gov.br>
revistahgf@gmail.com

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Revista HGF (Hospital Geral de Fortaleza). - V. 1, (2023-). - Fortaleza, CE: Brasil, Hospital Geral de Fortaleza, 2023-

il. color.

Quadrimestral.

ISSN eletrônico: 2965-579X

1. Ciências da saúde - Periódicos. I. Hospital Geral de Fortaleza.

CDD 610

Bibliotecária: Dayane Paula Ferreira Mota CRB-3/1310

EDITORIAL.....	5
MEMÓRIA VIVA.....	6
ACONTECE NO HGF.....	7
O HGF POR DENTRO	
Pesquisa em Saúde: Biblioteca do HGF se reinventa para atender novo perfil de pesquisadores.....	10
Editora do HGF toma forma com publicações físicas e digitais.....	11
ASSISTÊNCIA EM FOCO	
Entre a ciência e a assistência: como o HGF tem se tornado referência internacional no tratamento de AVC de alta complexidade.....	12
Programa Nacional de Redução de Filas: HGF dá início a procedimentos em Oftalmologia e Cirurgia Geral.....	15
ENSINO EM PAUTA	
Estágios no SUS: regulação e diretrizes no HGF/SESA.....	17
ESPAÇO DA PESQUISA	
Implementação do Sistema de Qualidade no Laboratório de Patologia Clínica do HGF.....	21
Arraiá da hematologia, uma expressão cultural como forma de humanizar a assistência: um relato de experiência.....	26
Atividades desenvolvidas pelo farmacêutico-residente em unidades de transplantes renal e hepático: um relato de experiência.....	29
Particularidades do trabalho do psicólogo na Residência Multiprofissional em Neurologia e Neurocirurgia: relato de experiência.....	35
A atuação da equipe interdisciplinar com acompanhantes em uma unidade hospitalar: um relato de experiência.....	39
Girassóis em dias nublados: relato de experiência de profissionais do serviço de cuidados paliativos do Hospital Geral de Fortaleza na pandemia de COVID-19.....	42
Desvendando os mecanismos da mucosite gastrointestinal provocada pelo irinotecano: uma análise para a prática clínica oncológica.....	47
COM A PALAVRA	
Poliomielite e os avanços na Medicina.....	54
ARTES EM DESTAQUE	
Poesia	
D.E.S.C.O.B.E.R.T.A.....	57
P.A.L.I.A.T.I.V.O.....	57
Crônica	
DATA VENIA.....	58
NORMAS PARA SUBMISSÃO.....	60

A Revista HGF, caminha na sua segunda publicação. Continuamos com um propósito firme de mostrar em cada novo número, um pouco do que acontece nesse grande hospital, com foco nos assuntos que fazem parte do nosso cotidiano.

Nesta edição, na assistência, ressaltamos dois exitosos trabalhos: o diagnóstico e tratamento ao AVC, onde somos referência para todo Norte e Nordeste pela excelência dos cuidados aqui desenvolvidos, e a nossa contribuição junto ao Programa Nacional de Redução de Filas do Governo Federal em parceria com o Governo do Ceará, com destaque para cirurgias oftalmológicas e geral.

No ensino, evidenciamos os indicadores que destacam nosso posicionamento de liderança frente a consolidação das práticas educativas nas unidades da rede Sesa, primando na coparticipação de uma formação mais qualificada dos futuros profissionais da saúde de mais de quinze instituições de ensino conveniadas, tanto públicas, como privadas de todo Estado. Destacamos também, o mérito da produção científica das nossas especialidades, com relatos de experiências vividas por residentes e profissionais nas clínicas dos serviços.

No espaço reservado ao reconhecimento dos grandes mestres que caminham conosco no hospital evidenciamos a palavra de George Magalhães, Médico Clínico do HGF, sobre a Poliomielite e os avanços na Medicina.

Como criação artística e cultural “prata da casa”, destacamos a arte literária na poesia da Dra. Adriana Pinheiro, Chefe do Serviço de Oncologia Clínica/HGF e a crônica Data Venia, do Dr. Walter Miranda, Assessor Médico do Jurídico/HGF.

Há muito o que comemorar, pois a partir deste segundo número temos um ISSN próprio. Manteremos nossa publicação quadrimestral, e a revista acontecerá em versão impressa e on-line concomitante.

Agradecemos a todos que contribuíram para mais essa edição e desde já convocamos a todos os colegas do hospital para que junto conosco concretizem o propósito de mantermos uma revista de qualidade para a comunidade HGF.

Desejamos uma excelente leitura a todos!

Eliardo Silveira Santos
Rejane Maria Rodrigues de Abreu Vieira
Editores Revista HGF

8 <O POVO> FORTALEZA - CE, QUARTA-FEIRA - 19 DE AGOSTO DE 2009

Fortaleza

HGF autorizado a realizar transplante de pâncreas

< **SAÚDE** > O Hospital Geral de Fortaleza é o primeiro hospital do N/NE habilitado pelo Ministério da Saúde a atender pacientes que necessitam transplantar pâncreas e fígado

Rosa Sá
rosa@opovo.com.br

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) está habilitado pelo Ministério da Saúde para realizar transplantes de pâncreas. Administrado pela Secretaria da Saúde do Estado (Sesa), o HGF é o primeiro do Norte/Nordeste autorizado a realizar esse tipo de procedimento, que atualmente só é feito em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Paraná.

O anúncio oficializando o ingresso da unidade de saúde entre as que são aptas a tais cirurgias foi publicado no Diário Oficial da União (DOU) da última segunda-feira, 17. É a portaria 272, datada do último dia 14, que também credencia o HGF para os transplantes de fígado. No Hospital, já são realizados transplantes de rim, já contabilizando mais de mil dessas cirurgias executadas desde 1995, quando passou a funcionar.

A habilitação para os novos tipos de transplante ocorreu após a visita de

>>> SAIBA MAIS SOBRE TRANSPLANTES DE ÓRGÃO

► Os transplantes de pâncreas são indicados para pacientes que já se submeteram ao de rim, em decorrência do Diabetes Mellitus, e continuam na dependência de insulina e medicamentos imunossupressores (contra a rejeição).

► Transplantes realizados em

2009 no Ceará: 244 de córnea, 133 de rim, 48 de fígado, 16 de coração, 5 de medula óssea e 2 pacientes receberam válvulas cardíacas.

► Estão na fila de espera: 628 (córnea), 264 (rim), 148 (fígado), 34 (medula) e 5 (coração).

FONTE: Central de Transplantes do Ceará

técnicos do Ministério da Saúde, no fim do mês de junho. Conforme o médico Ronaldo Esmeraldo, chefe da Unidade de Transplantes Renais do HGF e coordenador dos novos transplantes, a expectativa é que o hospital se torne referência nas duas novas especialidades, como já ocorre em relação aos procedimentos renais.

No Ceará, até agora, os transplantes de fígado só eram realizados no Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará (UFC). Com a habilitação do HGF para também realizar as operações,

será reforçado o atendimento às pessoas que estão na fila de espera. Atualmente, o número é de 148 pessoas.

De acordo com dados do Sistema Nacional de Transplantes, o número de pacientes em todo o País que esperam para receber um novo pâncreas é de 95. Responsável técnica pelos transplantes renais realizados no HGF, Ivelise Brasil diz que ainda não há uma data prevista para o início dos procedimentos com pâncreas e fígado. A partir de agora, será montado um cronograma de trabalho para começar o atendimento.

Em 19 de agosto de 2009, o Jornal O Povo destacava o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) como primeira unidade do Norte/Nordeste autorizada a realizar transplantes de pâncreas.

23 de maio

HGF comemora 54 anos de atividade com conquistas em Ensino e Pesquisa



Auditório lotado para a abertura da 54ª Reunião Anual do Hospital Geral de Fortaleza

O **Hospital Geral de Fortaleza (HGF)** deu início, no dia 23 de maio, ao evento que celebrou os 54 anos de atividade da instituição. A programação teve início às 8h com a já tradicional apresentação musical do cantor Waldonys e seguiu com uma grade de palestras, homenagens e cultos religiosos.

Este ano, a 54ª Reunião Anual do Hospital Geral de Fortaleza teve como tema **Ensino e Pesquisa como agentes transformadores da assistência hospitalar**. “Embora o HGF traduza, em sua essência, a assistência, ele agrega sua missão de ensino e pesquisa”, destacou o odontólogo e diretor de Ensino e Pesquisa do HGF, Eliardo Santos. “Comemorar o aniversário hoje é comemorar 54 anos de inovação e de aprendizado, que têm se refletido, historicamente, no bem-estar da população cearense”, reforçou.



Waldonys animou a plateia com sua já tradicional apresentação nas festas de aniversário do HGF

A palestra magna ficou por conta de Isabela Cardoso, assistente social e titular da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), pasta vinculada ao Ministério da Saúde (MS) e responsável por formular políticas públicas de gestão, formação e qualificação de trabalhadores, além da regulação profissional na área da saúde no País.

“Falar do ensino e da pesquisa para dentro do serviço de saúde é fundamental porque o SUS é uma grande escola e precisa ser uma boa escola”, pontuou Isabela. “Quando falamos de ensino e pesquisa, falamos da importância de transformar as nossas questões cotidianas em questões de investigação, em descobrir as formas de enfrentar e de tratar os desafios que nos são colocados”, acrescentou a secretária da SGTES.

Conquista de novas diretorias

“É uma alegria imensa comemorar mais uma vez o aniversário do gigante que nunca dorme. E dessa vez com duas conquistas, as diretorias de Ensino e Pesquisa e a de Enfermagem”, ressaltou a médica cirurgiã e diretora-geral do HGF, Ivelise Brasil. “O HGF vem na vanguarda, mais uma vez, elevando o setor de Ensino e Pesquisa à Diretoria, para honrar a universidade de prática da saúde que somos; e a Enfermagem, que é força motriz da nossa unidade e de todas as unidades públicas do mundo”, completou.

26 de maio

HGF inaugura placa de homenagem à gestão do ex-diretor Daniel de Holanda Araújo



Durante a programação de encerramento da 54ª Reunião Anual do Hospital Geral de Fortaleza,

a unidade inaugurou a placa de homenagem ao ex-diretor-geral **Daniel de Holanda Araújo**. O médico gastroenterologista que atualmente comanda o Instituto Dr. José Frota (IJF) dirigiu o HGF durante os anos de 2019 à 2022.

“É uma sensação de orgulho pelo que foi realizado, ajudando as pessoas que aqui atuavam e que precisavam da nossa assistência”, pontuou o médico.

14 de junho
Cuidados Paliativos: HGF recebe programa de consultoria do Hospital Sírio-Libanês



O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) recebeu, no mês de junho, uma equipe de consultoria do Hospital Sírio-Libanês (HSL) para dar início ao **Programa de Cuidados Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar**. O objetivo do projeto é capacitar a equipe de profissionais da unidade

com metodologias para fortalecer o bem-estar e a dignidade de pacientes com doenças crônicas e ameaçadoras à vida.

Coordenadora do serviço de Cuidados Paliativos do HGF, a médica Raisa Carvalho comemorou a escolha da unidade para participação no programa. “É uma iniciativa que vem beneficiar muito nosso serviço com melhorias não apenas para a assistência, mas também para o ensino de CP entre nossos profissionais”, pontua Carvalho. “Para eles, é um conhecimento que poderá ser compartilhado com outras unidades onde atuam, uma forma de disseminar a melhoria da assistência em todo o estado”, complementou.

5 de julho
Com foco no acesso à informação, Ascom do HGF disponibiliza novo site institucional extranet



O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) lançou, em 5 de julho, o novo site oficial da instituição. O projeto,

conduzido pela Assessoria de Comunicação (Ascom) da unidade, tem como objetivo **modernizar o acesso ao endereço eletrônico e garantir mais transparência e acesso a informações** para pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde.

A disponibilização do novo site reforça o compromisso do HGF em investir em tecnologia e inovação como aliadas na promoção da transparência e do acesso à informação. O hospital continua trabalhando para aperfeiçoar continuamente os serviços e para contribuir para o bem-estar da comunidade cearense.

7 de julho
Arraiá do HGF: festa anima colaboradores no estacionamento principal



Festa junina em pleno julho! Com muita música, dança e comidas típicas, o Arraiá do HGF, que aconteceu no dia 7 de julho, garantiu um fim de tarde animado para todos os **colaboradores e acompanhantes** que passaram pelo

estacionamento principal do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). A festa se iniciou às 16h e contou com a participação dos músicos Danilo e Kátia Blander.

A gastronomia também foi um destaque do Arraiá, com diversas opções de comidas típicas, como milho verde, bolo de milho, pé-de-moleque, canudinho e muitos outros quitutes. Os colaboradores tiveram a oportunidade de degustar essas iguarias, lembrando as tradições juninas e saboreando os pratos típicos dessa festividade.

11 de julho

HGF recebe homenagem na Assembleia Legislativa pelos serviços dedicados à população



O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) foi homenageado em sessão solene na Assembleia Legislativa do Estado do Ceará (Alece), na tarde do dia 10 de julho, pelos 54 anos de atuação em prol da saúde pública no estado.

Presente no evento, a diretora-geral do HGF, Ivelise Brasil, fez questão de ressaltar a importância não apenas dos colaboradores assistenciais, mas também dos administrativos, que garantem o funcionamento da unidade. **“Não existe uma figura mais importante. Somos todos os que garantem a segurança, o abastecimento e o suporte ao paciente dentro do hospital”**, pontuou.

Lista de homenageados



Foram homenageados: **Walber Pinto Vieira**, chefe do serviço de Reumatologia do HGF; **Maria Lucimar de Magalhães Moraes**, gerente da Unidade de Serviços Gerais, Comunicação e Administração (USGCA); **Jane Eyre Rodrigues de Azevedo**, coordenadora dos Estágios Acadêmicos da Diretoria de Ensino e Pesquisa; **Maria de Lourdes de Souza**, auxiliar de enfermagem; **Márcia Maria dos Santos**, administrativa; **Aglais Gonçalves da Silva Leite**, médica anesthesiologista; **Maiza Colares de Carvalho**, médica clínica; **Maria Vanda Alves Roque**, enfermeira; **Eudes Bastos Pinho**, médico cirurgião-geral; **Francisco José Costa Eleutério**,

médico ginecologista; **Antônio Vagner Martins de Paiva Filho**, médico ortopedista.



Pesquisa em Saúde: Biblioteca do HGF se reinventa para atender novo perfil de pesquisadores



Semanalmente, a Biblioteca do HGF recebe cerca de 100 visitantes, entre internos, residentes e profissionais contratados da unidade

Prateleiras que guardam conhecimentos compartilhados por gerações de profissionais de saúde do estado do Ceará. Não bastasse o valor histórico e simbólico, a cinquentenária biblioteca do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) vem abraçando a missão de se reinventar em meio aos desafios tecnológicos da era da informação.

Apesar do acervo de cerca de **quatro mil exemplares** das mais diversas especialidades que a biblioteca dispõe hoje, são os serviços oferecidos por ela que se tornaram um de seus principais diferenciais. Entre eles, levantamento bibliográfico, auxílio em pesquisas, catalogação na publicação (elaboração de ficha catalográfica de TCRs e livros/manuais), orientações no uso de normas técnicas (ABNT e Vancouver), recebimento e arquivamento de TCRs, cadastro e acesso ao Portal de Periódicos Capes.

Diretor de Ensino, Pesquisa e Residência do HGF, setor responsável pela biblioteca, o odontólogo Eliardo Silveira destaca que a pesquisa no ambiente online é uma realidade a ser abraçada. “Não temos como fugir a essa produção científica cada vez mais veloz. Temos que colaborar e garantir nosso espaço como centro formador de conhecimento”, pontua.



Semanalmente, a Biblioteca do HGF recebe cerca de 100 visitantes, entre internos, residentes e profissionais contratados da unidade

O local também tem como atrativo acesso à Internet (computadores e rede wi-fi), atendimento (presencial, por telefone ou por e-mail). espaço para estudo (mesas e cabines de estudo individual).

Horário de funcionamento:

Segunda à quinta: 08h às 17h

Sexta: 08h às 16h.

Contato:

E-mail (para solicitações, dúvidas e sugestões):
hgf.biblioteca@gmail.com

Editora do HGF toma forma com publicações físicas e digitais

Idealizada em 2016, sob prefixo editorial 89782, a Editora do Hospital Geral de Fortaleza (EdHGF) nasceu com o objetivo de divulgar produções provenientes do ensino, da pesquisa, da assistência e da gestão em saúde desenvolvidas no hospital. Filiada à Câmara Brasileira do Livro (CBL), a editora segue buscando se tornar referência no Ceará.

A EdHGF conta com equipe editorial formada por editor chefe, conselho editorial, assistente editorial e revisores. Ao longo dos anos foram 29 publicações, sendo as mais recentes as listadas abaixo:

Quadro 1 - Títulos publicados pela EdHGF entre 2021 a 2023

TÍTULO	SUPORTE	ANO
I Mostra de práticas farmacêuticas do estágio em farmácia hospitalar: relatando experiências	Digital	2023
Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) : volume 2	Digital/Físico	2023
Anais da II Mostra de práticas farmacêuticas do estágio em farmácia hospitalar: potencializando o cuidado farmacêutico através de propostas de melhorias	Digital	2023
Manual de pendências recorrentes	Digital/Físico	2022
Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP)	Digital/Físico	2022
Cartilha do AVC: o que é, o que fazer e como prevenir	Digital	2021
GUIA DE BOLSO Síndrome de Stevens-Johnson e Necrólise Epidérmica Tóxica: síndrome de Stevens-Johnson e Necrólise Epidérmica Tóxica	Digital	2021
XI JORNADA DE FISIOTERAPIA DO HGF: Desafios e Conquistas da Fisioterapia na Recuperação Funcional Pós-Covid 19	Digital	2021

Caso tenha interesse em publicar seu livro pela EdHGF, entre em contato pelo e-mail: editorahgf@gmail.com e obtenha informações sobre como proceder.

Texto:

Dayane Paula Ferreira Mota

Bibliotecária/HGF - CRB-3/1310

Entre a ciência e a assistência: como o HGF tem se tornado referência internacional no tratamento de AVC de alta complexidade

Texto e fotos:
Felipe Martins



No Hospital Geral de Fortaleza, o atendimento começa na Emergência, com equipe disponível 24 horas por dia para realização de procedimentos, e segue de acordo com a especificidade do caso

Cerca de cem mil pessoas morrem todos os anos no Brasil vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), estima o Ministério da Saúde (MS). Apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como segunda maior causa de morte em todo o mundo, o diagnóstico acontece quando um vaso sanguíneo entope ou se rompe no cérebro, impedindo a circulação de sangue e a oxigenação do órgão. No Ceará, tecnologia, pesquisa e dedicação vêm consolidando o Hospital Geral de Fortaleza (HGF), unidade da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa), como um dos maiores centros de referência em tratamento de AVC no mundo.

“O HGF tem tido um impacto significativo no tratamento de pacientes com AVC de alta complexidade”, afirma a médica chefe do Serviço de Neurologia, Fernanda Maia. “Conseguimos ofertar hoje um atendimento especializado que

vai desde o acolhimento pela equipe de Enfermagem até os procedimentos mais complexos, alguns deles realizados em pouquíssimas instituições do País”, ressalta.

Para além da qualidade do tratamento, quando se trata de acidente vascular cerebral, o tempo é fator vital para o paciente. No HGF, o atendimento começa na Emergência, com equipe disponível 24 horas por dia para realização de procedimentos, e segue de acordo com a especificidade do caso. Todos os tipos de AVC são tratados no hospital, tanto o isquêmico (AVCI) quanto o hemorrágico (AVCH). “Nosso tempo de atendimento tem níveis de excelência dos melhores centros de tratamento do mundo”, garante Maia.

A unidade de AVCI existe há 14 anos no hospital e possui 20 leitos para tratamento de pacientes. Já a unidade de AVCH, recentemente implantada, conta com 15 leitos e é a única do Brasil a atender este perfil de pacientes. Anualmente, mais de duas mil pessoas são atendidas no hospital, número bem acima da média dos principais centros de atendimento do gênero no planeta.

A cada vida salva, uma nova história continua a ser contada. Entre elas, a de José Arimateia Lima. O pintor de 69 anos que costuma acordar cedo, fazer o café e varrer a calçada foi encontrado pela filha caído no banheiro de casa. “Ele não tinha os movimentos no lado direito e estava com a boca torta”, lembra a filha, Gardênia Lima, que logo o levou à UPA do bairro Autran Nunes. Constatados os sinais de AVC, Arimateia foi encaminhado ao HGF. “É inacreditável o que aconteceu na vida do meu pai. Ele saiu sem nenhuma sequela por causa do atendimento do HGF, que foi muito rápido e excelente. Agradeço primeiro a Deus e, depois, ao hospital”, compartilha.

Tecnologia diminui mortalidade e morbidade de pacientes

O procedimento realizado em José Arimateia foi a trombectomia, técnica implantada de forma oficial na unidade de AVC em 2020 e que vem aumentando a eficácia dos procedimentos de remoção dos coágulos no cérebro. “A trombectomia é um procedimento minimamente invasivo no qual puncionamos uma artéria por meio da virilha e introduzimos pequenos materiais que navegam até o coágulo e o retiram”, explica o neurologista Francisco Mont’Alverne.



Procedimento minimamente invasivo, a trombectomia vem aumentando a eficácia de procedimentos de remoção dos coágulos no cérebro

Os trabalhos com a trombectomia no hospital mostram um efeito de tratamento duas vezes mais benéfico para pacientes que se submetem à terapia em relação àqueles que não se submetem. “Com isso, você tem uma redução de mortalidade e um aumento da independência desse paciente ao sair de alta”, complementa o médico. Apenas cinco unidades no País realizam a técnica pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o HGF o único do Nordeste.

O investimento em tecnologia assistencial requer uma interdisciplinaridade médica ainda mais forte, pontua Fernanda Maia. “E esse é exatamente o nosso foco, buscando expandir cada vez mais a integração entre os serviços de Neurologia, Radiologia Intervencionista e Neurocirurgia para otimização do cuidado dos nossos pacientes de qualquer tipo de AVC”.

Pesquisa em destaque

Além de referência em atendimento, o HGF é também um grande destaque internacional quando o assunto é pesquisa em AVC. “Os estudos internacionais pensam no HGF pela qualidade do que a gente faz. Conseguimos estruturar dados científicos de qualidade atendendo mais de dois mil pacientes no ano. Não existe isso no mundo”, sublinha Mont’Alverne. A última publicação de destaque foi na *The New England Journal of Medicine*, uma das revistas médicas científicas mais importantes do mundo e o segundo periódico indexado mais citado no planeta.



Estudos desenvolvidos sobre AVC no HGF coloca a unidade no farol do mundo em relação à pesquisa

Outro destaque que também foi publicado pela revista é o estudo Resilient, financiado pelo Ministério da Saúde e desenvolvido em parceria com pesquisadores de todo o Brasil para

comprovar a eficácia da trombectomia. “Foi uma publicação importantíssima porque mudou a diretiva do Ministério da Saúde. O tratamento foi incorporado por causa desse estudo”, afirma Fernanda Lima.

Dedicação multiprofissional

“Por que somos referência? Porque existe uma equipe treinada e comprometida querendo sempre que dê certo, apesar de todas as dificuldades. Todo mundo é sensível”, avalia Francisco Mont’Alverne. A equipe a qual ele se refere vai desde o enfermeiro que recebe o paciente na porta da Emergência, passando pelo maqueiro que corre contra o tempo nos corredores da unidade, até o tratamento pós-alta que os pacientes recebem no ambulatório.

Ainda no hospital, alguns pacientes precisam passar por reabilitação física e motora, com suporte das equipes de Fisioterapia e Fonoaudiologia. O serviço psicológico também é oferecido, quando necessário. Entre seis meses e um ano de acompanhamento ambulatorial, o

paciente recebe alta e continua na unidade básica de saúde mais próxima da residência dele.



Equipe multiprofissional de cuidado da unidade conta com enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais

“Nossa missão é devolver o paciente da melhor forma possível à comunidade”, diz a coordenadora de Enfermagem da unidade de AVCI, Nair Corso. “Além do atendimento no leito, a gente procura também trabalhar muito a orientação ao cuidado e à prevenção, tanto para o paciente (no caso de segundo AVC) quanto para a família (no caso de primeiro AVC) quando ele sai de alta”.

Programa Nacional de Redução de Filas: HGF dá início a procedimentos em Oftalmologia e Cirurgia Geral

Texto e fotos:
Felipe Martins



No primeiro dia de mutirão no HGF, foram realizadas duas cirurgias gerais e duas de Oftalmologia

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF), equipamento da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa), deu início, em 21 de julho, aos procedimentos cirúrgicos do Programa Nacional de Redução de Filas (PNRF), iniciativa do Governo Federal em parceria com o Governo do Ceará. As primeiras especialidades da unidade a receberem a demanda do mutirão foram Oftalmologia e Cirurgia Geral. A expectativa é que mais de 1.400 pacientes da fila cirúrgica possam ser operados no hospital até o fim do programa.

Como unidade de referência para procedimentos de alta complexidade, o HGF vem se preparando para receber as cirurgias do plantão desde o início do programa. “Não há mudança na nossa fila cirúrgica eletiva, ela continua avançando. Nossa missão, portanto, tem sido ampliar a capacidade operacional, tanto em insumos

quanto em pessoal, para receber essa demanda extra do plantão com o apoio da Sesa, do Governo do Estado do Ceará e do Governo Federal”, explica a diretora-geral do Hospital, Ivelise Brasil.



Equipe trabalha integralmente para qualificação dos pacientes do mutirão de cirurgias no HGF

Para o mutirão, uma equipe do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do HGF foi mobilizada integralmente para qualificação dos pacientes da fila, marcação de consultas de reavaliação e organização do mapa cirúrgico diário. Do início do programa até a primeira cirurgia realizada na unidade, já foram mais de 3.800 ligações realizadas pela equipe. As informações desatualizadas, no entanto, ainda dificultam o trabalho da equipe. “Tentamos contato com o número cadastrado três vezes em horários diferentes antes de passar para o próximo da fila”, explica a coordenadora do NIR do HGF, Sâmia Studart.

Há dois anos, a enfermeira Antônia Ruth Cavalcante, de 38 anos, aguardava ansiosa por essa ligação. A filha dela, que tem 11 anos, entrou na fila para realização de uma cirurgia de estrabismo em 2021 e foi a primeira contemplada pelo mutirão do serviço de Oftalmologia. “É algo que também mexe muito com a autoestima, então, apesar de preocupada [com a cirurgia], estou muito feliz”, garante.



Maria Lulde da Silva comemora o chamamento para a cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal após espera de dois anos

Também há dois anos na fila, Maria Lulde da Silva, 64, comemora o chamamento para a cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal. A dona de casa teve de abandonar o trabalho de diarista após passar por uma cirurgia de emergência, em 2021. Desde então, o maior desejo é voltar à “vida normal”. “Eu sempre fui de fazer tudo sozinha. Criei meu filho sozinha, fazia comida, limpava a casa, pagava as contas. E, hoje em dia, me sinto muito frágil. Tudo passou a ficar nas mãos do meu filho”, compartilha. “Quero muito poder fazer novamente tudo o que eu fazia”, completa.

O primeiro dia de cirurgias contou com a presença da secretária executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional, Joana Gurgel, e da coordenadora de Telessaúde e Fila

Cirúrgica, Melissa Medeiros. As representantes da Sesa visitaram o Centro Cirúrgico do HGF, em companhia da diretora-geral do Hospital.



Diretora-geral do HGF, Ivelise Brasil, secretária executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional, Joana Gurgel, e coordenadora de Telessaúde e Fila Cirúrgica, Melissa Medeiros, em visita ao Centro Cirúrgico do HGF

“A maior contribuição desse plantão é trazer a dignidade para as pessoas, é trazer confiança ao trabalho realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS)”, afirma a secretária Joana Gurgel. “Muitos pais vão voltar a trabalhar, muitos filhos vão voltar a estudar. É isso que a sociedade busca do sistema de saúde, esperar pouco tempo e ser tratado com dignidade”, acrescenta.

Estágios no SUS: regulação e diretrizes no HGF/SESA

A Coordenação de Estágios, ligada à Diretoria de Ensino, Pesquisa e Residência do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), tem competência operacional, normativa, consultiva e deliberativa na mediação do diálogo entre o hospital e a academia. O setor é responsável por determinar e disponibilizar vagas de estágio para estudantes de instituições de ensino superior públicas e privadas, incluindo cursos de graduação, pós-graduação e instituições profissionalizantes afiliadas à Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa). Também é responsabilidade da coordenação alinhar as práticas de ensino ao modelo de gestão assistencial do hospital a fim de garantir as melhores práticas e aprendizados.

Considerando a necessidade de propiciar maior integração entre ensino e serviço no Sistema Único de Saúde (SUS), a Sesa estabeleceu, por meio da Portaria Nº 044/2022, diretrizes para regulação das práticas de ensino na saúde. Cabe à Coordenadoria da Política de Educação Permanente e Pesquisa em Saúde (COEPS) da secretaria gerir todo o processo, incluindo estabelecer normas, procedimentos, fluxos, orientações, instrumentos técnicos e informativos; firmar termos de cooperação técnica, acordos, convênios na área da saúde e afins.

O Sistema de Regulação das Práticas de Ensino na Saúde no Estado do Ceará (SIS RPES) é a plataforma da secretaria para solicitação de vagas. A ferramenta respeita a capacidade de cada unidade, com vagas destinadas, prioritariamente, às instituições públicas de ensino, assim distribuídas: 50% instituição pública estadual, 35% instituição pública federal e 15% instituições privadas.

As práticas de ensino disponibilizadas, conforme a portaria Nº 044/2022, são nove, assim descritas:

- a) - **o estágio curricular obrigatório supervisionado de nível superior, técnico e pós-graduação** definido pelas Diretrizes e Bases da Educação Nacional e nos projetos dos cursos, como o ato educativo supervisionado cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção de diploma;
- b) - **o Estágio Curricular não obrigatório**: Atividade opcional complementar à formação, obrigatoriamente precedidos de processo seletivo público, com bolsa remuneratória de estágio conforme legislação Estadual. Atualmente, o único processo de estágio curricular não obrigatório executado pela SESA é o PROENSINO - Programa Bolsa de Incentivo à Educação na

Rede da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará;

c) - **o Internato de Enfermagem:** atividade de treinamento intensivo, contínuo, supervisionado e sob supervisão, sendo definida a carga horária de no mínimo 06 e no máximo 08 horas no período mínimo 12 meses;

d) - **as Práticas Observacionais Assistidas (Aula Prática):** objetivando inserir os alunos ligados a uma disciplina/módulo específico, nos cenários de prática, nas condições reais de trabalho, com supervisão direta do professor/orientador, contribuindo para consolidar a construção do conhecimento e prepará-los para a etapa mais complexa dos Estágios Supervisionados. As práticas assistidas devem estar elencadas as disciplinas profissionalizantes fixadas obrigatoriamente na Grade Pedagógica do Curso e devem contemplar disciplinas condizentes com o perfil da assistência terciária e quaternária do Hospital;

e) - **Visitas técnicas:** constituem estratégias de ensino acadêmico, que tem por objetivo a atualização e ampliação do conhecimento, através da observação de atividades práticas e situações profissionais reais, ou, um encontro dialógico com o staff da área profissional correspondente ao curso visitante;

f) - **Extensão:** atividade que se integra ao projeto pedagógico do curso e à organização da pesquisa, constituindo-se em processo interprofissional, político, educacional, cultural, científico, tecnológico, que promove a interação transformadora entre as instituições de ensino superior, os serviços de saúde e a sociedade, por meio da produção e da aplicação do conhecimento em articulação permanente com o ensino e a pesquisa. O estágio de extensão é regido pela Portaria nº 810 de 13 de outubro de 2022 e deve ocorrer observando edital emitido pela COGEPS/SESA. Os projetos de extensão devem estar articulados com as políticas públicas vigentes e prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS) e conforme interesse da Unidade que receberá;

g) - **Atividade de cooperação técnica:** é um instrumento formal utilizado por instituições públicas ou privadas para se estabelecer um vínculo cooperativo de parceria entre si ou, que tenham interesses e condições recíprocas ou equivalentes, de modo a realizar um propósito de educação permanente;

h) - **Intercâmbio:** viabiliza a troca mútua de estudantes ou profissionais de um determinado local com outro, para fins educacionais apoiados no

referencial da educação permanente em saúde (EPS).

Ressalta-se que, na legislação vigente, **não existe mais o estágio voluntário**, estando o hospital passível de multas, pagamento de direitos trabalhistas e previdenciários. Em caso de reincidência, a instituição pode ser proibida de realizar estágios por um período de 2 (dois) anos (Lei Nº 11.788/2008). O hospital também pode ser penalizado caso sejam constatados estagiários sem Termo de Compromisso de Estágio, seguro contra acidentes pessoais não firmados e incompatibilidade entre as atividades desenvolvidas com aquelas previstas no plano de estágio do aluno.

O HGF se configura como principal cenário de práticas dos cursos da área de saúde de toda rede de saúde do Estado, conforme podemos observar nos gráficos apresentados no Relatório REPS 2023 da COEPS:

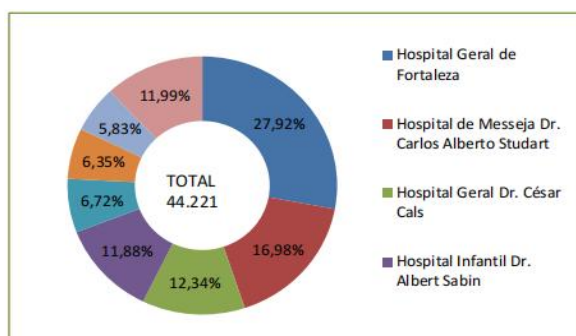


Figura 1 - Locais para práticas dos cursos da área de saúde

Fonte: Relatório RPES, 2023 – COEPS/SEPOS/SESA.

Os indicadores da Coordenação de Estágios do HGF mostram o empenho em promover a acessibilidade e expandir os locais para a aprendizagem. Os números

destacam o significativo papel educacional desempenhado pelo HGF na formação e capacitação de profissionais de saúde para o SUS em todo o Estado.

No gráfico abaixo, podemos destacar a oferta dos campos de prática no hospital durante o período dos semestres 2019.1 a 2023.1, sendo bastante expressivo o decréscimo da utilização dos cenários de prática devido à crise sanitária da Covid-19 (2020-2021). Em março de 2020, com a constatação do aumento de casos da doença no País, o hospital desenvolveu um plano de contingência, tendo como uma das ações a suspensão de todos os estágios. Ficaram mantidas apenas as práticas restritas aos internatos de Enfermagem e Fisioterapia.



Figura 2 - Quantitativo da oferta dos campos de prática no HGF

Fonte: Autoria própria.

Em 2021, gradativamente, as práticas foram retomadas, possibilitando o retorno dos estágios na sua totalidade em 2022. O gráfico da Figura 2 mostra uma elevação significativa do percentual de ocupação dos campos de prática decorrentes da demanda reprimida nos anos anteriores. Também se somam aos números a nova metodologia de medição adotada para os indicadores, passando de contagem de vagas deferidas para quantitativo de alunos inseridos durante todo o semestre, levando em

consideração os rodízios realizados pelas instituições de ensino.

Para o semestre de 2023.1, foram solicitadas 1.315 vagas na plataforma RPES, sendo deferidas 991 delas. Levando em consideração a rotatividade de alunos nos rodízios estabelecidos pelas faculdades, foi contabilizado um total de 1.796 alunos neste primeiro semestre.

Como avanços na política de regulação de ensino para o segundo semestre de 2023, ressalta-se a renovação de todos os convênios entre Sesa e instituições de ensino superior. Destaca-se, ainda, o início de um estudo, junto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), o Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade Hospitalar (NSPQH) e a Manutenção do HGF para o

redimensionamento de vagas por campo de prática no hospital.

Neste ano, foi deliberada a autorização de somente 2 (dois) rodízios durante o estágio semestral, o que implica em maior tempo para o aluno desenvolver, de forma mais efetiva, habilidades na futura profissão. Também entre os avanços, podemos destacar a avaliação, o controle de frequência e as mostras de experiências ao término dos estágios. São ações que visam a melhoria contínua das práticas de ensino no HGF, uma melhor formação para trabalhadores do SUS e mudanças significativas nos processos de trabalho.

Texto:

Jane Eyre Rodrigues de Azevedo
Coordenadora de Estágios
Acadêmicos - HGF

IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE QUALIDADE NO LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA DO HGF

Nonata Fernandes Leite da Costa

Farmacêutica, Especialista em Análises Clínicas e Gestão da Qualidade em Laboratórios - HGF

Adlene Faustino Advincula

Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho - HGF

Maria Goretti Cavalcante Albuquerque

Farmacêutica Bioquímica, Especialista em Biologia Molecular e Análises Clínicas - HGF

Cristiano Saraiva Fialho

Farmacêutico Bioquímico, Especialista em Hematologia Clínica - HGF

Vânia Maria Alves de Araújo

Farmacêutica Bioquímica, Especialista em Hematologia Clínica - HGF

Liliane Veiga Cohen

Farmacêutica Bioquímica, Especialista em Análises Clínicas - HGF

Edilane Pereira da Silva

Técnica de Laboratório, Graduanda em Farmácia (UniAtheneu) - HGF

Araguacy Rebouças Simplício

Enfermeira, Especialista em Segurança do Paciente e em Qualidade Hospitalar - HGF

Resumo

Objetivo: Apresentar os resultados alcançados até o presente das atividades à Gestão da Qualidade implantada pelo Laboratório de Patologia Clínica do HGF. O laboratório utiliza as normas: RDC 512 - Boas Práticas de Laboratório (BPL); ISO 15189:2015 - Requisitos de qualidade e competência dos Laboratórios Clínicos; RDC Nº786 - Requisitos técnico sanitários para o funcionamento de Laboratórios Clínicos, para complementar o planejamento e a implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade no laboratório de patologia clínica do HGF. Pretende-se ainda contribuir para o campo da Ciência da Informação ao investigar a aplicação conjunta de sistemas que manipulam grandes volumes de informação no contexto corporativo, bem como o uso de preceitos arquivísticos em conjunto com preceitos da gestão da informação. **Métodos:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Os dados foram coletados por meio da análise de documentos institucionais e mapeamento de processos. **Resultados:** O presente trabalho descreve resultados obtidos na implantação da qualidade e seu desenvolvimento. Possibilitou ao laboratório atender requisitos solicitados pelas normas da qualidade e implementá-las durante a execução das atividades, bem como estabelecer rotinas importantes para o andamento do mesmo, como a identificação de não conformidades, rastreabilidade de dados e calibração de equipamentos e a gestão documental.

Palavras-chave: gestão da qualidade; política da qualidade; gestão documental; laboratório de patologia clínica.

1 INTRODUÇÃO

O compromisso com a qualidade vem cada vez mais fazendo parte das organizações de diversos segmentos. Dentro desta perspectiva, o segmento que mais vem sendo ampliado é, sem dúvida, o da saúde, porque tem crescente influência na economia dos diversos países e

também porque sua clientela deseja, cada vez mais, que a satisfação de suas necessidades de saúde, sejam atendidas com qualidade

Um sistema desse tipo pode integrar diversas iniciativas de gestão, como por exemplo a Gestão da Qualidade e a Gestão Documental. A Gestão da Qualidade é definida, de forma

simples, como o subsistema de gestão que lida com questões relativas à qualidade. Um subsistema de Gestão Documental pode ser considerado um subsistema que abrange o conjunto de procedimentos e operações técnicas realizadas sobre um documento nas fases de seu ciclo de vida. Partindo-se da premissa de que existem benefícios no alinhamento desses dois subsistemas. O controle de qualidade nos laboratórios tem como objetivo padronizar, através de ações e procedimentos internos, os processos e resultados laboratoriais, além de estabelecer critérios para a realização de exames de análises clínicas, patologia e citologia.

Para implementar um Sistema de Gestão da Qualidade no laboratório de patologia clínica, é necessário haver ações de planejamento, preparação de documentação, treinamento de recursos humanos, para avaliar a qualidade, com base em políticas e objetivos estabelecidos. Além disso, essa implementação requer ainda organização de seus processos e flexibilidade, para avaliação e melhoria contínua de seus produtos e/ou processos. A implementação de um sistema da qualidade é um processo que pode trazer inúmeras vantagens interna e externamente à instituição, dentre elas uma melhor imagem da empresa frente a seus clientes. Permite, ainda, vantagens para os diretores, funcionários e clientes, como padronização e maior controle e otimização dos processos, maior poder de detecção e correção de erros e maior confiabilidade analítica, respectivamente.

Um aspecto importante do controle de qualidade é o estabelecimento de padrões e processos bem definidos. Esses controles ajudam a padronizar a produção e as reações aos

problemas de qualidade e limitar a margem de erro ao especificar quais atividades de produção devem ser concluídas por quais funcionários, reduzindo a chance de que os funcionários estejam envolvidos em tarefas para as quais não tenham treinamento adequado.

As normas da qualidade representam uma forma de assegurar que empresas públicas ou privadas estejam aptas para fornecer um produto, serviço ou sistema conforme as exigências das agências reguladoras e dos clientes. Os princípios da RDC 512 - Boas Práticas de Laboratório (BPL) (1) é um sistema de qualidade que abrange o processo organizacional e as condições nas quais estudos não-clínicos de segurança à saúde humana e ao meio ambiente são planejados, desenvolvidos, monitorados, registrados, arquivados e relatados. As BPL podem ser: a utilização de termômetros calibrados, manter registros atualizados e legíveis e sem rasuras, verificação das datas de validade dos reagentes e soluções, utilizar equipamentos de proteção individual e coletiva, realizar manutenção dos equipamentos, padronizar e manter boas práticas de segurança na liberação de laudos, dentre outras. A norma ISO 15189:2015 (2), trata-se da norma de qualidade internacional para laboratórios clínicos mais conhecida do mercado. Tem como objetivos: Proporcionar uma visão abrangente sobre os conceitos de Acreditação de Laboratórios Clínicos; Interpretar técnica e detalhadamente os requisitos normativos da ABNT NBR ISO 15189:2015 (2), possibilitando ilustração de sua aplicação; Demonstrar as principais alterações da versão 2008 para a 2015; Capacitar na implementação e adequação das exigências dos requisitos do modelo internacional de Requisitos de qualidade

e competência para Laboratórios Clínicos. A RDC nº 786 (3) estabelece os requisitos técnico-sanitários para o funcionamento de laboratórios clínicos, de laboratórios de anatomia patológica e de outros serviços que executam as atividades relacionadas aos exames de análises clínicas.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Laboratório de Patologia Clínica, localizado no Hospital Geral de Fortaleza, foi inaugurado em 1969. O Programa da garantia da qualidade do hospital foi implantado em 2009, inicialmente com a implantação da política da qualidade, porém as atividades da garantia da qualidade foram intensificadas a partir de 2020, na atual gestão do laboratório, com a criação do setor da qualidade, composto de duas funcionárias, sendo coordenado por uma farmacêutica especialista em Análises Clínicas e Gestão da Qualidade em Laboratórios e, desde então, vem avançando em suas atividades com objetivos e diretrizes bem definidas, vinculado ao Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade Hospitalar (NSPQH) do Hospital Geral de Fortaleza, atendendo ao Manual de Qualidade na Gestão Documental.

A política da qualidade do Laboratórios de Análises Clínicas é uma forma de administração voltada para a excelência, tendo como objetivos gerais: garantir a busca à plena satisfação dos clientes através da melhoria contínua do sistema da qualidade; manter um sistema organizacional coordenado que assegure a credibilidade interna que mereça a confiança dos clientes de toda as entidades com quem colabora; padronizar os procedimentos administrativos técnicos; garantir

que todo o pessoal envolvido nas atividades de ensaios, esteja familiarizado com a documentação da qualidade e biossegurança, que implementem as políticas e os procedimentos em seus trabalhos; garantir a implantação e manutenção tornando esta responsabilidade de todos os funcionários; verificar a compreensão e manutenção da Política da Qualidade e o atendimento aos seus objetivos por meio de análises críticas do sistema de gestão da Qualidade. A estratégia da política da qualidade engloba desde o atendimento humanizado ao cliente até a entrega do resultado confiável da análise laboratorial.

A gestão da qualidade do laboratório desenvolve diversas tarefas, tais como: treinamentos constantes à atual força de trabalho (Biossegurança, Curso de Atendimento ao Público (direcionado às recepcionistas do laboratório, carga horária de 20h), implementações dos POPs e Manuais; treinamentos de operação de equipamentos, etc); acolhimento e treinamento de biossegurança para os estagiários; adotar programas de melhoria contínua; monitorar o desvio-padrão da linha de produção; diagnosticar a causa raiz dos principais problemas; monitorar calibragem dos equipamentos, assim como controle das temperaturas dos equipamentos, calibrações, manutenções dos mesmos; validação de dados dos pacientes; acompanhamento dos indicadores de desempenho, realizar mensalmente o Programa Nacional de Controle de Qualidade - PNCQ, o qual monitora o desempenho analítico do laboratório, dentre outras atividades. Quanto a gestão documental a qualidade elaborou até o momento: 51 POPs, 92 formulários, 47 fluxogramas, 07 rotinas, Matriz de competências

de todos os Setores, Manual de Coleta (2ª Versão); Manual da Organização do Laboratório (em construção). Todos os documentos são elaborados no setor da qualidade do laboratório e encaminhados para validação no NSPQH, à partir da validação é que o documento é implementado na rotina do laboratório e publicado na intranet do HGF.

3 CONCLUSÕES

Muitas são as barreiras a serem ultrapassadas quando se fala em uma política de gestão documental/informacional, a começar pela cultura organizacional que resiste a mudanças. A proposta de implantação dessa política implica criação e alterações na elaboração de documentos, com possibilidade de revisão de alguns fluxos informacionais, além de investimentos em qualificação de pessoal, em estrutura física apropriada.

A implantação do Sistema da Qualidade, nesse cenário, está sendo viável, pois gerou e continua gerando impactos positivos na rotina do laboratório. Sem dúvida, a filosofia da qualidade requer liderança consciente do que há de ser feito, comprometida com o serviço e motivada de forma a contagiar todos os seus liderados com o mesmo espírito de colaboração, trabalho em equipe e busca contínua da qualidade. A gestão da qualidade está em constante desenvolvimento das suas atividades. Espera-se contribuir para a melhoria dos serviços de laboratório através da disponibilidade de mais uma fonte de literatura. Assim, pesquisadores, analistas, administradores e outros podem contar com um referencial que relaciona teoria e prática.

Tendo em vista o longo caminho a ser percorrido, faz-se necessário o reconhecimento da importância da gestão da qualidade pelo comprometimento da administração. Por isso, é fundamental que as organizações continuem comprometidas em oferecer produtos e serviços de qualidade, estreitando cada vez mais o relacionamento com todos os seus públicos de interesse, sem deixar de lado sua postura social.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução no. 512, 27 Maio 2021. Dispõe sobre as Boas Práticas para Laboratórios de Controle de Qualidade. Brasília: Ministério da Saúde, ANVISA; 2021. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/6278771/RDC_512_2021_.pdf/5650229b-218e-467a-83dd-e292581c20fe.
2. Associação Brasileira de Normas Técnicas. ABNT NBR ISO 9001:2015: Laboratórios clínicos: Requisitos de qualidade e competência. Rio de Janeiro: ABNT; 2015.
3. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução no. 786, 05 Maio 2023. Dispõe sobre os Requisitos Técnico - sanitários para funcionamento de Laboratórios Anatomia Patológica e de outros Serviços que executem as atividades relacionadas aos Exames de Análises Clínicas (EAC) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, ANVISA; 2023. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/5919009/RDC_786_2023_.pdf/d803afb c-59c1-4dc2-9bb1-32f5131eca59.
4. Hospital Geral do Fortaleza; Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade Hospitalar. Qualidade na gestão documental: normas de elaboração e controle de documento institucionais. Fortaleza: HGF; 2020.

5. Organização Nacional de Acreditação (BR). São Paulo; 2022. Disponível em: https://www.ona.org.br/uploads/Edicao_Co_memorativa_Manual_OPSS_2022_-_Roteiro_de_Construcao_do_Manual_Brasileiro_0.pdf.
6. Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial. Programa para Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC). Rio de Janeiro; 2021. Disponível em: <http://www.sbpc.org.br>.
7. Programa Nacional do Controle de Qualidade. Manual do laboratório participante: ensaio de proficiência. Rio de Janeiro: PNCQ; 2023. Disponível em: <https://pncq.org.br/wp-content/uploads/2023/06/Manual-do-Laboratorio-Participante-2023-FINAL-WEB.pdf>.

ARRAIÁ DA HEMATOLOGIA, UMA EXPRESSÃO CULTURAL COMO FORMA DE HUMANIZAR A ASSISTÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mayra Sales Rodrigues

Assistente Social, Residência Multiprofissional em Cancerologia - ESP/CE

Francisca Rosana dos Santos Ribeiro

Nutricionista, Residência Multiprofissional em Cancerologia - ESP/CE

Élida Oliveira de Sousa

Farmacêutica, Residência Multiprofissional em Cancerologia - ESP/CE

Ana Karine Lopes Moreira

Enfermeira, Residência Multiprofissional em Cancerologia - ESP/CE

Amanda da Rocha Pinheiro

Fisioterapeuta, Residência Multiprofissional em Cancerologia - ESP/CE

Livia Lopes Custódio

Mestra em Saúde Coletiva, Preceptora de campo - Cancerologia - HGF

Resumo

O presente artigo trata sobre uma atividade realizada no setor de hematologia de um hospital terciário do município de Fortaleza. Considerando a incidência do câncer, percebe-se a complexidade dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia e as consequências físicas, psicológicas e sociais também relacionados aos longos períodos de internação e restrição característicos de uma enfermaria de hematologia. A equipe da residência multiprofissional em cancerologia, junto com a equipe assistente desenvolveu uma atividade lúdica com o tema “Arraiá da Hematologia” levando em conta as características culturais da região Nordeste. Considera-se que o ambiente e as relações inter-hospitalares são importantes para o cuidado, promovendo a Política Nacional de Humanização e os direitos dos pacientes no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: humanização da assistência; hematologia; equipe profissionalismo.

1 INTRODUÇÃO

O hospital é um local de tratamento de doenças, que pode despertar sensações de incertezas e tensões, tendo em vista a formação de vínculos delicados através de morbididades (1). No fazer profissional no lócus hospitalar, se faz presente a Política Nacional de Humanização, produzindo mudanças no modo de gerir e cuidar (2). O cuidado é realizado diretamente na busca da garantia do direito dos usuários, bem como a promoção da saúde física, mental e espiritual, relacionando-se diretamente: na relação família, paciente e equipe no autocuidado do paciente,

além de possibilitar uma experiência mais confortável durante a internação (2).

É importante destacar que para que a internação seja uma experiência mais tranquila é necessário reconhecer as características de cada paciente, como histórias de vida, relações sociais, personalidade, para auxiliá-los com questões de internação hospitalar (3). Além disso, também deve-se considerar o paciente como sujeito ativo nas decisões a serem tomadas sobre sua saúde.

Quando pensamos no paciente com câncer, a hospitalização traz consigo uma complexidade atrelada a possibilidade de morte,

bem como ao tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, associados às reações adversas que influenciam nas relações deste paciente, trazendo a necessidade de um olhar mais humano da equipe multiprofissional responsável por esse cuidado (4).

O câncer é considerado um problema de saúde pública e tem se tornado cada vez mais frequente, com estimativa de 28,4 milhões de novos casos até o ano de 2040. Tendo em vista o impacto que a doença traz na qualidade de vida do paciente, já que apresentam um itinerário terapêutico longo, que perpassa do diagnóstico à cura ou cuidados paliativos, muitas vezes acompanhado de várias internações hospitalares (4), as atividades lúdicas se fazem necessárias no ambiente hospitalar, contribuindo para um tratamento mais humano. É fundamental ofertar aos usuários momentos de lazer, de expressão cultural, emocional e física (5).

Diante deste contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de uma equipe multiprofissional da residência em cancerologia na organização de uma festa junina intitulada “Arraiá da Hematologia”, como forma de expressão cultural e cuidado humanizado para pacientes de um setor de hematologia em uma unidade hospitalar terciária do município de Fortaleza.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O setor de hematologia do hospital em questão, conta com uma equipe multiprofissional com profissionais de várias áreas da saúde, incluindo enfermeiros, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista,

farmacêutico, fisioterapeuta, assistente social, além da equipe médica, que juntos fazem o cuidado do paciente hematológico.

Tendo em vista que estes pacientes apresentam um acometimento do sistema imunológico, em virtude da doença e do seu tratamento, precisam ficar isolados dos demais indivíduos e até mesmo o contato com a equipe e outros pacientes. Os pacientes que dividem o mesmo quarto ficam restritos aos outros, como forma de evitar possíveis infecções hospitalares.

Pensando nos efeitos adversos do tratamento, nesta restrição das relações interpessoais e nas possíveis consequências físicas, psicológicas e sociais, como a sensação de solidão, saudade dos familiares e amigos, a equipe multiprofissional de residentes em cancerologia junto a equipe do setor de hematologia realiza uma série de atividades junto com os pacientes como forma de amenizar os efeitos negativos da longa hospitalização.

Entre essas atividades podemos citar, atividades recreativas como o bingo do hemato, educação em saúde e a comemoração de dias festivos a exemplo do natal, páscoa, dia das mães e dias dos pais. Pensando nisso, como no mês de junho os festejos juninos são uma importante expressão cultural na região Nordeste, foi realizado no setor uma festa junina intitulada “Arraiá da Hematologia”.

Inicialmente foram listadas as comidas típicas de festa junina e que fosse possível o consumo por todos os pacientes hospitalizados no setor e posteriormente preparados de acordo com as regras de higiene necessárias, de acordo com a equipe de nutrição do referido setor. Foram adornados e higienizados

recipientes individuais e talheres, juntos os profissionais realizaram a ornamentação do carrinho utilizado pela copeira para entrega dos alimentos, com bandeirinhas, balões e ornamentos comuns a esta festa tradicional nordestina.

Ao carrinho foi adicionado uma caixinha de som ao qual foram selecionadas músicas típicas de festa junina e todos os profissionais devidamente paramentados com aventais e toucas seguiram o carrinho dançando e cantando como em um bloquinho pela ala, tendo contato com os pacientes através das janelas e acompanhando a entrega das comidas junto a copeira. Apesar do contato restrito, a ação foi bem aceita pelos pacientes, criando um ambiente descontraído onde todos se envolveram e se divertiram.

Uma internação mais humanizada pode ser produzida por meio de ações para mediar convívio do paciente com outros profissionais, incentivar a melhoria da comunicação do paciente com seus familiares, também se faz presente a mudança do leito para que o paciente se sinta mais confortável, fazer penteados e cortes de cabelo para que melhorar sua autoestima, ler algo importante para os que possuem visão prejudicada, oferecer música e comemorar os aniversários e altas dos internados.

3 CONCLUSÃO

Através desta experiência foi possível entender a importância de momentos lúdicos e que diminuam de alguma forma essa sobrecarga emocional que é a internação hospitalar, além de demonstrar como esses

momentos aumentam o contato entre a equipe e desta com o paciente de forma a melhorar as relações interpessoais dentro do ambiente de trabalho levando a um cuidado integral e humanizado.

A atenção ao ambiente e à qualidade das relações são importantes para o cuidado, o que requer uma equipe multiprofissional coesa, bem treinada e, principalmente, humanizada. O que se espera do hospital é respeito aos direitos do usuário e atendimento adequado às singularidades de cada paciente.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira JDO, Campos TNC, Dias DEM, Silva IL, Dantas THM, Dantas DS. Estratégias de humanização da assistência no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. *Rev Ciênc Plural*. 2021;7(1):174-163.
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Ribeiro CO, Nogueira LA, Oshiro NN, Costa PCP, Brito TJJ, Guimarães PRB, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde e satisfação com o tratamento hospitalar de adultos com câncer: estudo observacional, *Rev Bras Cancerol*. 2023;69(1):e-203554.
4. Aniceto B, Bombarda TB. Cuidado humanizado e as práticas do terapeuta ocupacional no hospital: uma revisão integrativa da literatura, *Cad Bras Ter Ocup*. 2020;28(2):640-660.
5. Souza JB, Campagnoni JP, Barbosa SSP, Sauer AG, Zenevitz LT, Brum CN, et al. Música no hospital: promoção da saúde na oncologia, *Rev Bras Promoç Saúde*. 2019;32:8920.
6. Sá MCN. Um estudo sobre os cuidadores familiares de pacientes internados com doenças hematológicas. *Psic: Revista da Vetor Editora*. 2002;3(1):124-141.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO FARMACÊUTICO-RESIDENTE EM UNIDADES DE TRANSPLANTES RENAL E HEPÁTICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lucas Mendes Feitosa Dias

Especialista em Farmácia Clínica e Hospitalar - HGF

Bárbara Rebeca Alves Pereira

Especialista em Farmácia Clínica e Hospitalar - ESP/CE

Manoel Ribeiro de Sales Neto

Doutor em Ciências Farmacêuticas - HGF

Ramon Martins de Souza

Farmacêutico - HGF

Laércio da Silva Gomes

Especialista em Cancerologia - UFPI

Resumo

Introdução: O crescimento e a gravidade das doenças renais e hepáticas, seus impactos sociais e econômicos no sistema público de saúde brasileiro, além da complexidade técnica no manejo dos pacientes (pré e pós transplantados), requerem atenção da equipe multidisciplinar de saúde. Diante disso, este trabalho relata a experiência de um farmacêutico-residente em unidades de transplantes renal e hepático de um hospital público do Ceará. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de natureza descritiva, do tipo relato de experiência, construído a partir das atividades desenvolvidas pelo farmacêutico na atenção ao paciente transplantado. **Resultados e Discussões:** A atuação do farmacêutico-residente tem início no ato da dispensação dos medicamentos e materiais utilizados durante o procedimento cirúrgico. Em seguida, é realizada a conciliação medicamentosa e o preenchimento de fichas de acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes recém transplantados e admitidos nas enfermarias de transplantes renal e hepático. Posteriormente, realiza-se a análise técnica e o aviamento das prescrições, objetivando identificar e corrigir erros de prescrição e problemas associados aos medicamentos. **Conclusão:** A participação do farmacêutico residente na equipe assistencial de transplantes hepático e renal é crucial, pois contribui para o aprimoramento contínuo da qualidade da assistência prestada aos pacientes. Além do mais, o acompanhamento farmacêutico ambulatorial do paciente transplantado ainda está restrito aos aspectos logísticos de garantia de acesso ao medicamento, não englobando os serviços clínicos.

Palavras-chave: transplante de rim; transplante de fígado efeitos adversos de longa duração; segurança do paciente.

1 INTRODUÇÃO

Com o avanço da ciência e da tecnologia nos transplantes, foi possível a realização de inúmeros procedimentos, beneficiando receptores de tecidos e órgãos

em nível mundial. O transplante contempla pacientes que precisam de órgãos, tecidos e células através do aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas e do uso de

medicamentos imunossupressores cruciais para essa terapia (1).

Em determinadas situações, o transplante consiste no único meio para manutenção da vida. Porém, esse recurso nem sempre está à disposição dos que aguardam/necessitam de um órgão, já que o procedimento exige um doador (2). Segundo o registo brasileiro de transplantes, até o mês de setembro do ano de 2022, haviam 52.682 pacientes cadastrados na lista de espera para doação de órgãos, além disso, nesse mesmo ano foram notificados 9812 potenciais doadores, porém somente 1432 tornaram-se doadores de maneira efetiva (3).

O programa brasileiro de transplante de órgãos e tecidos está entre os maiores programas públicos de transplantes do mundo, com a devida gestão da destinação de órgãos e com ausência de privilégios culturais e sociais. O Ministério da Saúde (MS) investe cerca de 1 bilhão de reais anualmente para esse programa, voltados para despesas associadas à logística de busca de potenciais doadores, admissões hospitalares, procedimentos cirúrgicos, atendimento ambulatorial e fornecimento de medicamentos imunossupressores. Cerca de 95% dos transplantes realizados estão inseridos dentro da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo de responsabilidade das equipes de transplantes o devido acompanhamento desses pacientes (4).

A grande maioria dos pacientes candidatos a transplante, bem como os pós-

transplantados, apresentam várias comorbidades e são polimedicados. O avanço das doenças crônicas não transmissíveis, a complexidade técnica no manejo dos pacientes (pré e pós transplantados), e seus impactos no sistema público de saúde brasileiro, requerem atenção da equipe multidisciplinar de saúde. (5,6).

A adesão à terapia imunossupressora em pacientes transplantados é crítica, uma vez que a não adesão pode ocasionar perda do enxerto ou perda da vida (7,8). A literatura afirma que, cerca de 20% das rejeições agudas tardias e 36% das perdas de enxerto são causadas por não adesão ao tratamento medicamentoso (9,10). Além disso, existe uma estreita relação entre a não adesão e desenvolvimento de anticorpos específicos do doador, que podem resultar em rejeição crônica (11). Portanto, levando em consideração a escassez de doadores e órgãos, além dos desfechos negativos associados à não adesão, torna-se essencial a melhoria da adesão do paciente (10,12,13).

Segundo Rovers et al. (14), o farmacêutico é crucial nesse cenário, atuando juntamente com a equipe multidisciplinar por meio dos serviços farmacêuticos e com o paciente e familiares, objetivando aumentar a participação ativa dos mesmos na própria terapêutica. Além do mais, às atividades desenvolvidas pelo profissional farmacêutico na atenção aos pacientes críticos têm ganhado bastante enfoque, Leape *et al.* (15), em ensaio clínico

controlado, observaram que a presença do farmacêutico diariamente em unidades críticas foi responsável pela diminuição em 66% dos eventos adversos relacionados a medicamentos. Diante disso, o objetivo deste estudo é relatar a experiência de um farmacêutico-residente em unidades de transplante renal e hepático de um hospital público do Ceará.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, do tipo relato de experiência, a partir das atividades desenvolvidas pelo farmacêutico-residente na atenção ao paciente transplantado. Para tal fim, o farmacêutico-residente foi inserido no serviço de transplante de um hospital público do Ceará de nível quaternário, juntamente com uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas no período de março à agosto de 2022 de 07h às 19h. O Hospital Geral de Fortaleza é o maior hospital terciário da rede vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, referência no Norte e Nordeste do país no que diz respeito à quantidade e qualidade dos serviços assistenciais prestados à população. Apresenta diversas especialidades médicas, porém é referência em cirurgias neurológicas e cardiovasculares, e transplantes renal e hepático. Também conta com equipe multiprofissional de enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social e farmácia. O HGF possui 541

leitos, entre eletivos, emergência, obstetrícia e unidades de terapia intensiva adulto e neonatal, além de realizar mensalmente uma média de 600 cirurgias eletivas, 210 mil exames laboratoriais e mais de 8 mil exames de imagens.

A atuação do farmacêutico-residente tem início no ato da dispensação dos medicamentos e materiais utilizados durante o procedimento cirúrgico. Assim que o paciente recebe alta do centro cirúrgico e das salas de recuperação, ele é transferido para as enfermarias de transplantes renal e hepático até a alta hospitalar. Nas enfermarias, quando o paciente é admitido, é realizado pelo farmacêutico a conciliação medicamentosa, momento em que o residente obtém de uma relação completa dos medicamentos de uso domiciliar do paciente e posteriormente compara com a prescrição hospitalar em todas as transições de cuidado. Ademais, o farmacêutico realiza acompanhamento farmacoterapêutico deste paciente, avaliando o uso de todos os medicamentos prescritos a fim de identificar e resolver possíveis problemas na terapia, bem como promover um monitoramento clínico completo dos pacientes recém transplantados e admitidos nas enfermarias de transplantes renal e hepático.

Nessas fichas são registradas informações como: causa da internação, comorbidades, histórico do uso de medicamentos antes do transplante, exames laboratoriais, dosagem sérica dos imunossupressores, alergias, entre outras.

Posteriormente, realiza-se a análise técnica das prescrições juntamente com o aviamento, objetivando a identificação e correção de erros de prescrição e problemas associados aos medicamentos (interações medicamentosas, ajustes de dose, via de administração, etc). Caso seja identificado algum problema associado aos medicamentos e às prescrições, são realizadas intervenções farmacêuticas juntamente com a equipe multidisciplinar, além de registro em prontuário eletrônico. A dispensação dos medicamentos pelas farmácias-satélites aos pacientes internados é realizada por meio de sistema individual para 24h, de acordo com as segundas vias de prescrições digitadas.

Na alta hospitalar, o paciente é orientado pelo farmacêutico-residente acerca do uso da terapia imunossupressora e logística de obtenção desses medicamentos pelo componente especializado da assistência farmacêutica. Vale ressaltar que o serviço de transplante é estruturado por uma farmácia ambulatorial, que realiza o cadastro e dispensação dos imunossupressores aos pacientes transplantados após a alta hospitalar, porém os serviços farmacêuticos estão mais associados às aspectos logísticos de garantia de acesso ao medicamento, em detrimento aos serviços clínicos.

Durante o período, foram acompanhados cerca de 300 pacientes nas enfermarias de pré e pós transplantes e, dentre as principais dificuldades observadas

foi possível elencar que, os setores só eram cobertos pelo farmacêutico clínico durante um ciclo do ano (atividade desempenhada pelo próprio farmacêutico-residente durante o rodízio da residência), não havendo continuidade dos serviços após esse período. Além disso, foi observada relutância por parte do corpo médico e de enfermagem em acatar com as intervenções, o que ainda demonstra falta de reconhecimento por parte das demais categorias acerca das atribuições clínicas do farmacêutico. Porém, diante das dificuldades também observam-se benefícios para os pacientes, uma vez que a prática farmacêutica promove empoderamento dos pacientes transplantados acerca da imunossupressão, segurança do paciente e uso racional de medicamentos.

3 CONCLUSÕES

A participação do farmacêutico residente na equipe assistencial de transplantes hepático e renal é crucial, pois contribui para o aprimoramento contínuo da qualidade da assistência prestada aos pacientes e uso racional dos medicamentos. Deve-se considerar também que o serviço carece de farmacêuticos nos ambulatórios de transplante renal e hepático para a realização de serviços clínicos, além acompanhamento da terapia imunossupressora e manutenção do enxerto, juntamente com a equipe multidisciplinar. É comprovado em literatura (16) que os

cuidados farmacêuticos no pós transplante podem contribuir para que as taxas de adesão à terapia imunossupressora fiquem em torno de 90% nos primeiros anos após o transplante.

REFERÊNCIAS

1. Rana A, Gruessner A, Agopian VG, Khalpey Z, Riaz IB, Kaplan B, et al. Survival benefit of solid-organ transplant in the United States. *JAMA Surgery*. 2015;150(3):252-259.
2. Xavier JMRP, Jesus TD, Andrade MC, Rezende AJB, Santos KM, Ambrósio BM, et al. Comparação entre o número de transplantes de órgãos sólidos e tecidos realizados no Brasil durante o primeiro semestre de 2019 e 2020. *Braz J Health Review*. 2021;4(2):6214-6223.
3. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/setembro 2022. Registro Brasileiro de Transplantes. 2022;28(3):[1-23].
4. Pestana JOM, Garcia VD, Felipe CR, Abbud-Filho M, Galante NZ, Almeida ERB, et al. O contexto do transplante de órgãos no Brasil em 2011. *J Bras Med*. 2012;100(2):7-15.
5. Portela MP, Neri EDR, Fonteles MMF, Garcia JHP, Fernandes MEP. O custo do transplante hepático em um hospital universitário do Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(3):322-326.
6. Martin JE, Zavala EY. The expanding role of the transplant pharmacist in the multidisciplinary practice of transplantation. *Clin Transplant*. 2004;18(Suppl 12):50-54.
7. Bleser L, Dobbels F, Berben L, Vanhaecke J, Verleden G, Nevens F, et al. The spectrum of nonadherence with medication in heart, liver, and lung transplant patients assessed in various ways. *Transpl Int*. 2011;24(9):882-891.
8. Vlamincck H, Maes B, Evers G, Verbeke G, Lerut E, Van Damme B, et al. Prospective study on late consequences of subclinical non-compliance with immunosuppressive therapy in renal transplant patients. *Am J Transplant*;4(9):1509-1513.
9. Denhaerynck K, Dobbels F, Cleemput I, Desmyttere A, Schafer-Keller P, Schaub S, et al. Prevalence, consequences, and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: a literature review. *Transpl Int*. 2005;18(10):1121-1133.
10. Geest S, Dobbels F, Fluri C, Paris W, Troosters T. Adherence to the therapeutic regimen in heart, lung, and heart-lung transplant recipients. *J Cardiovasc Nurs*. 2005;20(5 Suppl):S88-98.
11. Sellarés J, de Freitas DG, Mengel M, Reeve J, Einecke G, Sis B, et al. Understanding the causes of kidney transplant failure: the dominant role of antibody-mediated rejection and nonadherence. *Am J Transplant*. 2011;12(2):388-399.
12. Dew MA, DiMartini AF, Dabbs AV, Myaskovsky L, Steel J, Unruh M, et al. Rates and Risk Factors for Nonadherence to the Medical Regimen After Adult Solid Organ Transplantation. *Transplantation*. 2007;83(7):858-873.
13. Butler JA, Roderick P, Mullee M, Mason JC, Peveler RC. Frequency and impact of nonadherence to immunosuppressants after renal transplantation: a systematic review. *Transplantation*. 2004;77(5):769-776.

14. Rovers JP; Currie JD. A Practical guide to pharmaceutical care. Washisngton: American Pharmacists Association (APhA); 2010.
15. Leape LL, Cullen DJ, Clapp MD, Burdick E, Demonaco HJ, Erickson LI, et al. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. JAMA. 1999;282(3):267-270.
16. Joost R, Dorje F, Schwitulla J, Eckardt KU, Hugo C. Intensified pharmaceutical care is improving immunosuppressive medication adherence in kidney transplant recipients during the first post-transplant year: a quasi-experimental study. Nephrol Dial Transplant. 2014;29(8):1597-1607.

PARTICULARIDADES DO TRABALHO DO PSICÓLOGO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Milena Gama Setúbal Freitas

Psicóloga, Residência Multiprofissional em Neurologia e Neurocirurgia - ESP/CE

Ingrid César Fernandes

Psicóloga, Residência Multiprofissional em Neurologia e Neurocirurgia - ESP/CE

Pedro Henrique Capaverde

Psicólogo, Residência Multiprofissional em Neurologia e Neurocirurgia - ESP/CE

Livia Lopes Custódio

Especialista em Neuropsicologia e Preceptora de Núcleo da Psicologia - HGF

Resumo

Objetivo deste estudo é elencar as particularidades da especialização na modalidade de residência multiprofissional no campo da neurologia e da neurocirurgia de alta complexidade para a(o) Psicóloga(o) residente. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência, realizado a partir da atuação prática de profissionais Psicólogas(os) inseridos em um hospital de referência na área de especialização, na cidade de Fortaleza/CE, Brasil, durante o período de 2022 a 2023. Resultados: Foram vivenciadas atividades de cunho teórico, envolvendo leitura e análise de textos científicos, aulas expositivas, discussão e estudos de caso; e atividades práticas, realizadas por meio de leitura e evolução nos prontuários, de atendimentos a beira-leito (acolhimento, anamnese, escuta inicial qualificada), observação e interpretação de neuroimagens, estudos das neuropatologias, avaliação neuropsicológica (testes psicológicos/neuropsicológicos e escalas de avaliação), bem como avaliação da esfera emocional dos pacientes e atendimento/suporte familiar. Conclusão: A vivência na residência multiprofissional em Neurologia e Neurocirurgia pelo profissional da psicologia permite o compartilhamento de saberes com demais ênfases da saúde e com as mais diversas categorias profissionais, proporcionando a troca de experiências e a ampliação do olhar de acordo com aspectos específicos voltados para os pacientes em contextos de adoecimento neurológico. Essa atuação possibilita o alcance do objetivo de oferecer cuidado integral ao paciente, desde o diagnóstico diferencial até a reabilitação neurológica.

Palavras-chave: neuropsicologia; residência multidisciplinar; educação permanente.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com as regulamentações estabelecidas pela Resolução nº 2 da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (1), a principal proposta dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área da Saúde é a de constituir uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu (especialização),

destinado às profissões da saúde, sob o formato ensino em serviço. Constituem também programas de integração ensino-serviço-comunidade, visando favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho.

Diferente da residência médica, a residência multiprofissional é composta por

variadas categorias profissionais, nos campos da Biomedicina, das Ciências Biológicas, da Educação Física, da Enfermagem, da Farmácia, da Fisioterapia, da Fonoaudiologia, da Medicina Veterinária, da Nutrição, da Odontologia, da Psicologia, do Serviço Social e da Terapia Ocupacional. A proposta da residência multiprofissional, regulamentada pela resolução citada, possibilita funcionar como parâmetro de mudança com vistas à formar profissionais para um novo modelo de atuação na saúde, desempenhando com melhor competência o cuidado individual e o coletivo, deslocando o foco da doença para a saúde, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (2).

Assim, a especialização se faz por meio de interfaces com alguns campos delimitados e específicos de conhecimento no âmbito da atenção à saúde e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Cada um desses campos constitui o objeto de estudo e de formação técnica dos profissionais envolvidos, dentre eles, o campo da neurologia e da neurocirurgia.

No decorrer da residência multiprofissional em Neurologia e Neurocirurgia, a(o) profissional Psicóloga(o) atua em cenários de referência na área. Com uma prática situada no Hospital Geral de Fortaleza - HGF, durante 2 anos os residentes realizam rodízios com duração de 3 à 4 meses em setores específicos: Enfermaria de cuidados neurológicos, enfermaria pré/pós procedimentos neurocirúrgicos, Unidade de Terapia Intensiva - UTI, Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquêmico e Unidade de AVC Hemorrágico. Além desses serviços ofertados, ainda propõe que os residentes realizem percurso formativo em outros hospitais externos, equipamentos da

atenção primária e outros setores especializados, de modo a contribuir para uma especialização mais completa em termos de assistência ao paciente neurológico e neurocirúrgico.

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo elencar as particularidades da especialização na modalidade de residência multiprofissional no campo da neurologia e da neurocirurgia de alta complexidade para a(o) Psicóloga(o) residente. Refere-se, então, a um relato de experiência, realizado a partir da atuação prática de profissionais Psicólogas(os) inseridos no processo de formação especializada durante o programa de residência nos campos citados, durante o período de 2022 a 2023.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Atuar como profissional de psicologia em ambiente hospitalar exige adaptar as técnicas e os saberes da psicologia, em geral construídos em espaços bastante distintos deste (como em contexto de consultório e no campo organizacional), às particularidades deste contexto, com suas limitações de cunho estruturais (como a brevidade do tempo de internação dos pacientes, os dilemas relacionados ao sigilo, dentre outros) e suas potencialidades (como a atuação em equipe interprofissional e o contato com patologias raras em estado agudo). Ademais, pensando na complexidade deste cenário, atuar no hospital e no campo de intersecção entre a neurologia e a psicologia exige que os profissionais psicólogos adaptem-se às especificidades de um perfil de pacientes (com as mais diversas sintomatologias), às suas necessidades e de seus familiares, assim

como às demandas que a equipe associa ao manejo psicológico neste espaço.

Adaptar-se ao modelo hospitalar exige ainda olhar para os fatores externos, tais como mudanças, avanços no conhecimento para o desenvolvimento de tecnologias em saúde e novos modelos de gestão; como também para os fatores internos buscando atender às exigências do contexto (3).

Neste contexto, fez-se necessário, enquanto psicólogos residentes em neurologia e neurocirurgia, lançar mão dos conhecimentos e dos métodos da neuropsicologia e integrá-los aos manejos voltados à psicologia hospitalar, à psicologia em saúde e à psicologia clínica.

A Neuropsicologia é a área da Psicologia que se dedica ao estudo da relação entre as funções do sistema nervoso e o comportamento humano, utilizando, para tanto, conhecimentos e construtos teóricos relacionados a neurociências, a avaliação psicológica e a Psicologia do Desenvolvimento (4).

Para lidarmos com pacientes acometidos por patologias neurológicas, faz-se imprescindível, além do estudo da relação entre as funções do sistema nervoso e o comportamento, o estudo de como cada enfermidade com as quais trabalhamos se apresenta na realidade orgânica de cada paciente. Indo além, se fez importante observar como a doença afeta funções psíquicas específicas e como isto repercute direta e indiretamente nos sintomas, no comportamento e na qualidade de vida dos sujeitos.

Durante a residência, deste modo, realizamos em nossa carga horária teórica estudos no campo das neurociências, envolvendo neuroanatomia, neuroimagem,

neurofisiologia, funções psíquicas superiores, técnicas de avaliação neuropsicológicas; assim como nos dedicamos a aprender sobre as patologias epidemiologicamente mais relevantes nos campos da neurologia e da neurocirurgia, a saber: AVC, tumores cerebrais, doenças desmielinizantes e/ou neurodegenerativas, lesões medulares, epilepsias, dentre outras. Os métodos utilizados para estudo foram leitura de textos científicos, apresentação de aulas elaboradas pelos residentes a partir de pesquisa própria e de estudos de caso, sempre de modo supervisionado pela preceptoria da mesma categoria profissional especializada na área.

No que diz respeito às atividades da carga horária prática, foram realizadas por nós profissionais residentes: atendimentos por busca ativa de casos de maior prioridade para a especialização em neurologia, por meio da leitura dos prontuários médicos dos paciente internados, levando em conta critérios desenvolvidos ao longo dos estudos sobre as patologias e as escalas neurológicas (ranking, glasgow, NIH, etc); atendimento a pacientes por via de solicitação da equipe multiprofissional; a avaliação de aspectos emocionais e neuropsicológicos dos pacientes a beira leito, com utilização de métodos clínicos, de instrumentos padronizados e de técnicas auxiliares não-padronizadas; a formulação de hipóteses neuropsicológicas a serem investigadas, que integrem os prejuízos nas funções cerebrais com a apresentação do estado mental e comportamental de cada paciente, assim como o planejamento de estratégias de intervenção individualizadas; a estimulação e constante reavaliação das

funções neuropsicológicas, com base nas hipóteses, nos resultados encontrados e no plano de intervenção escolhido; o auxílio aos pacientes e aos familiares na compreensão quanto ao quadro clínico e na busca de tratamentos reabilitadores para as funções que foram acometidas pela doença, visando a promoção integral da qualidade de vida após a alta hospitalar; e a contribuição de caráter psicológico nas discussões de caso em equipe, em busca de facilitar a melhor compreensão das outras categorias profissionais envolvidas no cuidado quanto às repercussões dos aspectos neuropsicológicos no quadro de cada paciente (2).

3 CONCLUSÕES

A atuação do psicólogo, inserido na residência multiprofissional em Neurologia e Neurocirurgia, permite o compartilhamento de saberes com demais ênfases da saúde e categorias profissionais, proporcionando a troca de experiências e a ampliação do olhar profissional de acordo com as especificidades dos pacientes em contextos de adoecimento neurológico. Essa atuação possibilita o alcance do objetivo de oferecer cuidado integral ao paciente, desde o diagnóstico diferencial até a reabilitação neurológica. Permite o reconhecimento da atuação e aplicabilidade dos

conhecimentos científicos e práticos fornecidos pela categoria, para uma melhor condução e intervenção do caso. Destaca-se ainda o ganho prático-teórico, na interlocução de saberes com outras categorias profissionais, fortalecendo a interprofissionalidade e integralidade da assistência.

Dessa forma, percebe-se a residência multiprofissional como uma possibilidade de capacitação no campo da Psicologia, integrando conhecimentos das áreas que envolvem a Neurologia, oportunizando espaços de aplicabilidade de conhecimento, trabalho em equipe junto com os demais profissionais, reconhecimento da rotina hospitalar e seus espaços de atuação, favorecendo apropriação do campo psicológico dentro da equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Resolução no. 2, 13 Abr 2012. Diário Oficial da União. 16 Abr 2012. Seç 1, p. 24-25.
2. Brasil. Resolução CNE/CES no. 4, 7 Nov 2001. Diário Oficial da União. 9 Nov 2001. Seç 1, p. 38.
3. Miyazaki MCOS, Domingos NAM, Valerio NI, Santos ARR, Rosa LTB. Psicologia da saúde: Extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. *Psicol USP*. 2002;13(1): 29-53.
4. Brasil. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Resolução no. 3, 16 Mar 2022. Diário Oficial da União. 18 Mar 2022. Seç 1, p. 193.

A ATUAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR COM ACOMPANHANTES EM UMA UNIDADE HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Patrícia Solano Feitosa

Enfermeira Residente em Cancerologia, ESP/CE

Laryssa Maria Holanda Araújo

Fisioterapeuta Residente em Cancerologia, ESP/CE

Gabriela Holanda Vieira

Assistente Social Residente em Cancerologia, ESP/CE

Bárbara Rebeca Alves Pereira

Farmacêutica Residente em Cancerologia, ESP/CE

Isadora Ramos da Costa Rodrigues

Nutricionista Residente em Cancerologia, ESP/CE

Lívia Nádia Albuquerque dos Santos

Psicóloga Residente em Cancerologia, ESP/CE

Resumo

Proporcionar o direito à saúde embora deva ser simples e eficaz, encontra diversos obstáculos, dentre eles, está a dificuldade de efetivar a humanização hospitalar, frente a uma realidade tão complexa e corrida. A saúde envolve não somente tratamentos tecnológicos. Partindo do entendimento que a mesma vai além disso, é preciso o afeto e o despertar de vários sentimentos como confiança e comunicação. Sabendo da importância de ofertar cuidado ao cuidador, foi pensado pela equipe interdisciplinar uma ação de educação em saúde voltada para as práticas integrativas de saúde, em específico a Auriculoterapia.

Palavras-chave: cuidadores; terapias complementares; equipe multiprofissional.

1 INTRODUÇÃO

A hospitalização é uma experiência que afeta a rotina de uma pessoa nos cuidados hospitalares e para além das suas necessidades biológicas, também se percebe o impacto no âmbito psicológico, tais como sentimentos de insegurança, medo e ansiedade, sensação de exaustão física e mental. Por outro lado, ainda que diante destas dificuldades, considera-se a relevância do apoio emocional que pode ser

oferecido a partir da sensação de segurança em visualizar um familiar naquele contexto, beneficiando na recuperação e qualidade no atendimento e humanização (1).

Diante disso, tramita um projeto de Lei 4996/2016, que visa garantir o direito ao acompanhante para pessoas internadas nos serviços de saúde públicos e privados. Assim, com a promulgação do referido projeto de lei, pode-se garantir que diversas fragilidades que perpassam o processo de adoecimento/internação sejam mitigadas (2).

Corroborando com isso, alguns autores tecem que não há um cuidado específico para aquele que exerce o papel de acompanhante do paciente, seja ele remunerado ou não. No entanto, os autores apontam que os mesmos também são passíveis de apresentar desequilíbrio em suas saúdes, especialmente quando diz respeito a doenças infectocontagiosas e, conseqüentemente, se tornam outras vítimas da patologia (3).

De acordo com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), estão previstas diversas modalidades (4,5). Em consonância com este trabalho, a Auriculoterapia pode atuar no tratamento de diversas comorbidades físicas e mentais. A ação desta prática atua por meio de estímulos nos pontos da orelha, de modo que os referidos pontos equivalem a todos os órgãos do corpo, bem como as funções do corpo. Parte do entendimento é que ao serem estimulados, estes pontos requisitam respostas cerebrais que provocam a cura (6,7).

Tal prática é indicada como forma terapêutica para diversas patologias, sendo elas: dolorosas, inflamatórias, endocrinometabólicas e do sistema urogenital, doenças de caráter funcional, crônicas, infectocontagiosas. Além de serem também indicadas para quando o paciente tem a necessidade de alívio imediato de dor, sendo elas pungentes, agudas e crônicas, além de ansiedade e depressão, angústia, desconcentração, vertigens, disfemia,

perturbações do sistema autônomo, intoxicações por uso de drogas, tabaco e medicações (8).

Diante disso, o referido trabalho tem como objetivo relatar a experiência da equipe multiprofissional da residência em cancerologia na organização de ações de educação em saúde para os cuidadores/acompanhantes dos pacientes de uma unidade hospitalar.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sabendo da importância de ações de educação em saúde, organizou-se uma ação com o intuito de propiciar um momento de cuidado ao cuidador, ofertando Auriculoterapia. Na ocasião, reuniram-se acompanhantes e profissionais de saúde no hall do setor, que abrangia duas alas de clínicas médicas. Inicialmente, foi explicado sobre a definição da auriculoterapia e funcionamento da técnica.

Abordamos sobre suas indicações, contra indicações, bem como explicamos sobre os pontos específicos para alívio de dor e ansiedade. Para aplicação da técnica foi utilizado: um palpador, sementes de mostarda, pinça de ponta fina, álcool para assepsia e algodão. O ShenMen foi o ponto utilizado na técnica, ele é conhecido como um dos pontos mais importantes na auriculoterapia, localizado na fossa triangular, bastante utilizado pelos profissionais, pois é eficaz na maioria das patologias. Tendo como função, redução de estresse, efeitos

analgésicos, anti-inflamatório, além de ser usado também em patologias neuropsiquiátricas (8).

A ação foi pensada e organizada por toda a equipe da unidade, tendo em vista que os acompanhantes da unidade vivenciam diversos sentimentos na rotina hospitalar. Foi perceptível que eles se mostraram engajados na participação ativa na ação, expondo as suas percepções acerca da experiência no cuidado ao familiar. Além disso, mostraram questionamentos pertinentes às circunstâncias, principalmente relacionadas à saúde mental.

3 CONCLUSÃO

Por fim, concluímos que a realização da auriculoterapia consiste em uma ferramenta potente de promoção, prevenção e tratamento de saúde e bem-estar. Além disso, por ser uma técnica de rápida aplicação e fácil adaptação dos pacientes, optou-se utilizar para minimizar a sobrecarga dos cuidadores em um momento de descontração dentro da rotina hospitalar. Permitindo aos profissionais da saúde, juntos aos cuidadores, produzir novas representações ante a saúde, doença e os modos de cuidado, para que o ambiente

funcione como um espaço acolhedor e crítico-reflexivo.

REFERÊNCIAS

1. Castro TMG, Batista Neto JBS, Carvalho TVL, Borges RCS, Caldato MCF, Nascimento LS, et al. Educação em saúde aos acompanhantes de pacientes internados em uma unidade hospitalar: relato de experiência. *Rev Ciênc Ideias*. 2021;12(4):217-229.
2. Brasil. Lei no. 13.146, 6 Jul 2015. *Diário Oficial da União*. 7 Jul 2015. Seç 1, p. 2-11.
3. Passos SSS, Pereira A, Nitschke RG. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(6):539-545.
4. Brasil. Portaria no. 971, 3 Maio 2006. *Diário Oficial da União*. 4 Maio 2006. Seç 1, p. 20.
5. Brasil. Portaria no. 702, 21 Mar 2018. *Diário Oficial da União*. 22 Mar 2018. Seç 1, p. 74.
6. Souza M.P. Tratado de auriculoterapia. São Paulo: Atlas; 2012.
7. Shi-Ying J, Cheng-Wan J. Manual prático de auriculopuntura. São Paulo: Roca; 2012.
8. Kurebayashi LFS, Gnatta JR, Borges TP, Silva MJP. Eficácia da auriculoterapia para estresse segundo experiência do terapeuta: ensaio clínico. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):694-700.

GIRASSÓIS EM DIAS NUBLADOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA NA PANDEMIA DE COVID-19

Raisa Carvalho de Brito Arcanjo Chaves

Médica Geriatra, Coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos do HGF

Lígia Correia Vieira

Médica Neurologista, Medicina Paliativa - HGF

Sarah Musy Leitão

Médica Paliativa, Mestra em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais - HGF

Juliana Rodrigues Teixeira

Médica Geriatra, Mestra em Saúde Coletiva - HGF

Maria Olívia Barros Nogueira

Especialista em Cuidados Paliativos e Bioética, Especialista em Luto - HGF

Aila Maria da Silva Bezerra

Fisioterapeuta, Especialista em Cuidados Paliativos, Mestra em Saúde Coletiva - HGF

Jéssica Lisboa Campos

Assistente Social com Residência Multiprofissional em Cancerologia - HGF

Thais de Souza Santiago

Enfermeira com Especialização em Terapia Intensiva - HGF

Resumo

Objetivo: Relatar as vivências de profissionais do Serviço de Cuidados Paliativos em um hospital terciário do nordeste do Brasil durante a pandemia de COVID-19. **Métodos:** Estudo descritivo qualitativo do tipo relato de experiência com base nas vivências dos profissionais deste serviço no Hospital Geral de Fortaleza. **Resultados:** Foram desenvolvidas estratégias para atuação efetiva, com base em novas tecnologias e atividades de autocuidado. **Discussão:** A mudança da rotina trouxe desafios que precisaram ser superados para manter os princípios basilares dos cuidados paliativos. **Conclusão:** O compromisso dos membros da equipe, sua proatividade e o apoio mútuo gerou resultados subjetivos positivos para todos os envolvidos.

Palavras-chave: cuidados paliativos; isolamento social; infecção por coronavírus; pessoal de saúde.

1 INTRODUÇÃO

No ano de 2019 a OMS (Organização Mundial de Saúde) identificou uma nova Síndrome Respiratória Aguda (SARS-CoV-2), causada por coronavírus 2, que ficou conhecida como a COVID-19 tendo acometido várias regiões do nordeste. Na América latina ela chegou em Fevereiro de 2020, e em 26 de

fevereiro de 2020 o Brasil já tinha 2.915 casos confirmados e 77 mortos, de acordo com os dados oficiais do Ministério da Saúde (1). No Ceará, os primeiros casos já surgiram no estado e em 26.03.2020 haviam 235 casos positivos e 3 pessoas mortas.

Havia pouco conhecimento sobre a doença, suas características e seu tratamento, trazendo assim medo e o despertar de um

grande movimento de reorganização da vida e das rotinas de toda a população. Nos serviços de saúde as mudanças precisavam ser rápidas e efetivas, pois os casos aumentavam abruptamente.

Frente aos imensos desafios impostos aos serviços de saúde do estado do Ceará, o Hospital Geral de Fortaleza precisou se adaptar e com ele todos os serviços assistenciais. Por ser referência em atenção à saúde de alta complexidade, este equipamento direcionou seus recursos humanos e materiais ao atendimento das demandas da pandemia. Em tempo, a equipe de cuidados paliativos foi afetada diretamente pela urgência da situação e pelas suas especificidades de atuação e perfil de pacientes.

Os Cuidados Paliativos (CP), segundo a OMS, são uma abordagem que melhora a qualidade de vida do paciente e seus familiares que enfrentam problemas relacionados a uma doença ameaçadora à vida, pois atua na avaliação impecável e controle dos sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, na busca de prevenir e aliviar o sofrimento. Por ter essa especificidade, durante esta pandemia a OMS incluiu em suas orientações, um capítulo sobre Cuidados Paliativos, recomendando um plano de cuidados para a COVID-19 focando a atenção ao paciente e seus familiares.

Entendendo que em situações de pandemia, com a sobrecarga dos serviços de saúde e a necessidade de otimização de recursos, o alívio do sofrimento pode ser

negligenciado frente a necessidade de salvar vidas (2).

O Serviço de Cuidados Paliativos (SPC) precisou ser reinventado, sem perder sua essência e seguindo sempre os princípios que norteiam essa abordagem de cuidado e baseiam todas as ações e intervenções seja direcionada ao paciente, seus familiares/cuidadores, a equipe assistente e a própria equipe de Cuidados Paliativos.

No Hospital Geral de Fortaleza (HGF), o SCP funciona no modelo de consultório, enfermaria (Unidade de Cuidados Prolongados - UCP) e o Ambulatório de Cuidados Paliativos. Todas as modalidades de atendimento foram mantidas e passaram por adequações para que a Unidade de Cuidado (paciente e família) permanecesse no foco.

Este manuscrito tem como objetivo relatar as adaptações, criadas pelas profissionais do Serviço de Cuidados Paliativos do HGF, durante a pandemia de COVID-19. Mantendo a comunicação compassiva, o foco no alívio do sofrimento, a atenção aos detalhes e olhar atento ao plano de cuidado.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Dentre todas as alterações ocorridas, no que concerne aos pacientes em internamento hospitalar, uma medida impactante foi a suspensão de visita e ausência de acompanhantes. A principal estratégia para mitigar esta dificuldade foi o uso de tecnologias para resgatar o binômio

paciente-família. Para muitos pacientes lúcidos, isto foi realizado através de videochamadas entre estes e familiares. Em alguns casos selecionados com pacientes comatosos, foram realizadas chamadas de áudio intermediada pelo profissional de saúde para proporcionar ao familiar espaço de fala e, algumas vezes, oportunidade de despedida. Em casos em que a interação de paciente e família não foi possível, realizou-se chamadas entre profissional de saúde e família com objetivo de comunicar de maneira efetiva, diária e empática situações de quadro clínico, entre outras informações relevantes, buscando fortalecimento da confiança no serviço e nos profissionais. É necessário salientar que condições do paciente, como pacientes intubados, sintomáticos ou com instabilidade clínica, não seria recomendado expor em chamada de vídeo, deixando o paciente e familiares em situações desconfortáveis.

A necessidade constante do uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) dificultou a primeiro momento o manuseio de pacientes e dos materiais de trabalho.

Isso comprometeu em parte a identificação e a comunicação, prejudicando a vinculação com os profissionais. Para mitigar essa dificuldade inicial, foram confeccionados crachás alternativos para profissionais do SCP, utilizando fotos grandes extraídas de páginas individuais de redes sociais. Isso ajuda a reforçar a identidade e a biografia pessoal e a gerar maior vinculação com pacientes e demais profissionais.

Com as mudanças de rotina, o adoecimento e os afastamentos de profissionais do grupo de risco, os profissionais remanescentes viram as demandas de seus setores aumentarem. Ao perceber o sofrimento das equipes assistentes, foi criado um plano de cuidado para estes profissionais com atuação de todos os componentes do Cuidado Paliativo. Foram oferecidas também capacitações sobre auxílio em comunicação difícil em saúde; treinamento de punção de acesso por hipodermoclise; além de momentos de escuta para estes profissionais. Durante reuniões semanais, foram triados famílias e pacientes que fossem acompanhados pela equipe com dificuldade na comunicação, para que a SCP intermediasse a comunicação. Essa postura aproximou os envolvidos e amenizou alguns incômodos vividos, além de favorecer a expressão dos sentimentos e pensamentos, acolhendo suas demandas e encaminhando para o serviço de psicologia que oferece apoio a funcionários. Para os próprios profissionais do SCP, foi implantado de modo preventivo espaços/momentos de cuidados com quem cuida. Isto ocorreu de forma semanal com adoção de pequenos grupos de meditação; oração; escuta ativa e compassiva; realização de dinâmicas e atividades lúdicas. Essas atividades implantadas buscaram conectar os participantes com suas demandas pessoais e coletivas, em um espaço seguro de compartilhamento, expressão e acolhimento mútuo.

Os Cuidados Paliativos compreendem o paciente como um complexo formado pelas

dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais, contemplando paciente e família como um binômio indissociável (3,4,5).

No cenário de trabalho no período pré-pandemia, a família configura-se como necessária no tratamento. Ora ela era alvo do cuidado, ora participava do cuidado ao paciente. Assim, identificamos desafios complexos no lidar com a família (3,4).

Com a chegada da pandemia, o outro passa a ser visto como fonte de risco, havendo uma necessidade de reestruturação em fluxos de atendimento e funcionamento institucional (1,4). Com as restrições impostas, foi necessário reinventar as modalidades de inserção da família exigindo criatividade e uso de novas tecnologias (1,4,5,6,7).

As mudanças de rotina trouxeram sobrecarga de trabalho e geraram impacto emocional nos profissionais, pois pacientes isolados demandam mais atenção (1,5). A angústia do atendimento não presencial em contextos de comunicações complexas trouxe como ameaça a exacerbação da fragilidade do vínculo profissional-paciente-família (1). E o contato contínuo com essas pessoas em sofrimento podem acarretar nos profissionais de saúde sofrimentos multidimensionais, levando as quadros de fadiga por compaixão e, com o estresse crônico, síndrome de burnout (2,4,5,8). Essas são situações graves que constituem ameaça à saúde mental do profissional (8).

O sucesso das atividades implantadas demonstram a efetividade em melhorar a comunicação, fortalecer vínculos e permitir

desenvolvimento de empatia entre todos os envolvidos (profissionais, paciente-família) (1,2,7). Embora não superem as intervenções presenciais, essas atividades juntamente com o apoio mútuo podem ser a solução para mitigar sofrimentos e reduzir desconfortos gerados pelo estresse durante essa pandemia (1,5,8).

3 CONCLUSÃO

O contexto de pandemia da COVID-19 ocasionou impactos desafiadores na dinâmica de atuação dos profissionais do serviço de cuidados paliativos. Isto exigiu dos componentes do serviço flexibilidade para rápida adaptação e resiliência.

Em contrapartida às dificuldades impostas, a proatividade demonstrada por membros individualmente e o apoio mútuo estabelecido entre os profissionais do Serviço de Cuidados Paliativos mostrou sua eficácia nesse momento de fragilidade vivenciado. Essa readaptação ajudou a fortalecer vínculos, promover a prevenção e a promoção da saúde mental dos envolvidos, gerando resultados subjetivos positivos, que servem de inspiração e amparo às práticas assistenciais em saúde coletiva.

Como girassóis em dias nublados que se voltam uns para os outros, neste momento os profissionais voltaram-se para outros buscando apoio mútuo como solução. E esta é a essência dos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

1. Lima DLF, Dias AA, Rabelo RS, Cruz IDC, Costa SC, Noronha FM, et al. COVID-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(5):1575-1586.
2. Florêncio RS, Cestari VRF, Souza LC, Flor AC, Nogueira VP, Moreira TMM, et al. Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições. *Acta Paul Enferm*. 2020; 33:1-9.
3. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. 2020 Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2.
4. Tritany EF, Souza Filho BAB, Mendonça PEX. Fortalecer os Cuidados Paliativos durante a pandemia de Covid-19. *Interface (Botucatu)*. 2021;25(Suppl 1):e200397.
5. Galriça Neto I, Abril R, Romero I, Castro J. Desafios e Oportunidades: O Impacto da COVID-19 nos Cuidados Paliativos em Portugal. *Acta Med Port*. 2021;34(4):247-249.
6. Castro AA, Chazan AC, Santos CP, Candal EMB, Chazan LF, Ferreira PCS. Teleconsulta no Contexto da Covid-19: Experiência de uma Equipe em Cuidados Paliativos. *Rev Bras Educação Médica*. 2020;44(Suppl.1): e138.
7. Lima MJV, Gonçalves EFLM, Vasconcelos ABLP, Saboia AR, Mendonça SM. A esperança venceu o medo: psicologia hospitalar na crise do COVID-19. *Cadernos ESP. Ceará*. 2020;14(1):100-108.
8. Santos AG. Fadiga por compaixão, síndrome de Burnout e a satisfação por compaixão em profissionais de enfermagem [dissertação]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2018. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/3726>.

DESVENDANDO OS MECANISMOS DA MUCOSITE GASTROINTESTINAL PROVOCADA PELO IRINOTECANO: UMA ANÁLISE PARA A PRÁTICA CLÍNICA ONCOLÓGICA

Bruna Bezerra Torquato

Mestra em Farmacologia - HGF

Anamaria Falcão Pereira

Doutora em Farmacologia, Departamento de Fisiologia e Farmacologia da UFC

Jussara Matyelle Rodrigues da Silva

Mestra em Farmacologia, Departamento de Fisiologia e Farmacologia da UFC

Letícia Gomes de Alcântara

Alunas de Graduação, Departamento de Fisiologia e Farmacologia da UFC

Sarah Girão Alves

Alunas de Graduação, Departamento de Fisiologia e Farmacologia da UFC

Deysi Viviana Tenazoa Wong

Doutora em Farmacologia, Departamento de Fisiologia e Farmacologia da UFC

Roberto César Pereira Lima-Júnior

Doutor em Farmacologia, Departamento de Fisiologia e Farmacologia da UFC

Resumo

Este artigo apresenta uma análise dos mecanismos subjacentes à mucosite gastrointestinal induzida pelo irinotecano, uma questão de grande relevância clínica. A mucosite, caracterizada por lesões nas mucosas do trato gastrointestinal, é um efeito colateral comum e debilitante com o uso do irinotecano no tratamento do câncer. Por meio de uma análise de estudos publicados, este trabalho aborda o mecanismo de toxicidade deste antineoplásico. Detalhamos como o irinotecano, um pró-fármaco intravenoso é convertido em seu metabólito ativo SN-38, interfere na síntese do DNA e bloqueia a topoisomerase I. Além disso, discutimos como a reativação do SN-38G no intestino, mediada por beta-glucuronidases bacterianas, contribui para a toxicidade intestinal. O artigo mostra como a inflamação desempenha um papel crucial nesse processo, envolvendo citocinas pró-inflamatórias como TNF- α , IL-1 β e IL-33, bem como mediadores como óxido nítrico (NO) e caspase 1. A influência do microbioma intestinal também é abordada, destacando a relação entre a presença de bactérias Gram-negativas, receptores Toll-Like (TLRs) e a sinalização inflamatória. Com base nessas descobertas, o artigo enfatiza a importância do conhecimento desses mecanismos para a prática clínica. A compreensão dos processos subjacentes à mucosite pode orientar estratégias de prevenção e manejo mais eficazes, contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e otimizar os resultados do tratamento com irinotecano. Como o objetivo de disseminar o conhecimento, este artigo de comunicação visa compartilhar insights valiosos e práticos com clínicos e oncologistas, capacitando-os a oferecer cuidados mais informados e personalizados aos pacientes enfrentando essa questão desafiadora.

Palavras-chave: irinotecano; mucosite; toxicidade.

1 INTRODUÇÃO

O cloridrato de irinotecano, um agente antineoplásico, tem sido uma ferramenta

valiosa no tratamento do câncer desde sua aprovação em 1994. No entanto, um desafio significativo associado ao uso do irinotecano é a mucosite, um efeito colateral doloroso e

debilitante que afeta uma grande proporção de pacientes submetidos a esse tratamento. A mucosite, caracterizada por lesões nas mucosas do trato gastrointestinal, pode causar sintomas graves como dor abdominal, diarreia, náuseas, vômitos e úlceras orais e anorretais, prejudicando a qualidade de vida dos pacientes. A incidência de mucosite é particularmente alta quando a quimioterapia é administrada em doses elevadas e combinada com radioterapia, como é frequentemente o caso no transplante de células-tronco hematopoiéticas.

Este artigo de comunicação tem como objetivo abordar a complexa interação entre o irinotecano e os mecanismos que levam ao desenvolvimento de mucosite gastrointestinal. A justificativa para a elaboração deste trabalho é clara: a mucosite é um efeito colateral significativo e frequentemente dose-limitante da terapia com irinotecano, afetando drasticamente a qualidade de vida dos pacientes. Compreender os mecanismos subjacentes a esse efeito adverso é crucial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e gerenciamento mais eficazes, visando melhorar o tratamento e reduzir o impacto negativo na vida dos pacientes.

2 IRINOTECANO E MUCOSITE

O cloridrato de irinotecano, um antineoplásico derivado dos inibidores de topoisomerase tipo I. O irinotecano, também conhecido como “CPT11”, “7-etil-10-hidroxicamptotecina”, e “Camptotecina 11” é

um derivado semissintético das camptotecinas, extraído de vegetais como, *Camptotheca acuminata* ou fonte sintética. É um pró-fármaco cuja via de administração principal é intravenosa. Ao ser absorvido é convertido em seu metabólito ativo SN-38 que se liga ao complexo DNA-topoisomerase I, bloqueando a síntese do DNA (1).

Mucosite é um termo clínico usado para descrever as alterações provocadas pela quimioterapia e radioterapia antineoplásicas sobre as mucosas, podendo acometer o Trato Gastrointestinal (TGI) de maneira global ou localizada (cavidade oral – mucosite oral ou mucosa intestinal – mucosite gastrintestinal). De forma geral, aproximadamente 80% dos pacientes em quimioterapia antineoplásica, utilizando doses padrão, apresentam algum grau de mucosite. Entretanto, quando a quimioterapia é realizada em altas doses e associada à radioterapia, para o transplante de células tronco hematopoiéticas, a incidência de mucosite pode atingir até 100%, afetando mais de dois milhões de pessoas no mundo a cada ano (2,3). O conhecimento relacionado aos mecanismos patogênicos da mucosite intestinal associada ao irinotecano, embora tenha avançado consideravelmente, porém ainda é incipiente.

A toxicidade da quimioterapia sobre o TGI afeta significativamente a qualidade de vida dos pacientes com câncer provocando dor abdominal, diarreia, náuseas, vômitos, úlceras orais e anorretais, aumentando o risco de infecção e a necessidade de hospitalização. Desta forma, a mucosite induzida por drogas

antineoplásicas é um importante e dispendioso efeito colateral muitas vezes dose-limitante (4,3).

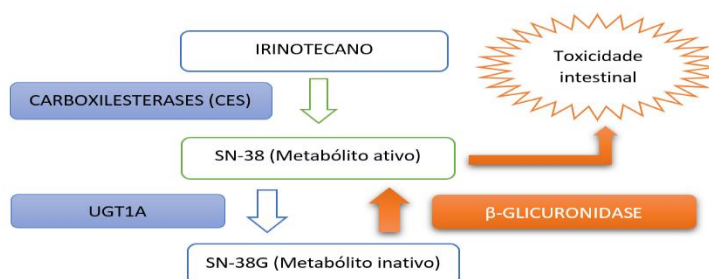
A diarreia, o sinal mais marcante na mucosite intestinal em regimes de quimioterapia à base de irinotecano, é observada em aproximadamente 70% dos pacientes em quimioterapia, sendo que 16 a 25%, já nos primeiros ciclos de tratamento, apresentam diarreia de grau 3-4 (mais de 7 episódios de diarreia por dia havendo a necessidade de hidratação por um período superior a 24h) (5).

Estima-se que os pacientes que apresentam mucosite, 35% sofrerão um atraso nos ciclos subsequentes de quimioterapia, 60% irão requerer redução nas doses aplicadas e 30%, a descontinuação do regime de tratamento. Em geral, 60% apresentam febre e requerem hospitalização. Além disso, a neutropenia consequente da quimioterapia associada à mucosite chega a aumentar em quatro vezes o risco de sepse (6).

Em pacientes com câncer colorretal avançado que recebem regimes de quimioterapia comuns, em geral, têm um alto risco de desenvolver diarreia (16%). Entretanto, nos protocolos que envolvem a associação de irinotecano e oxaliplatina, um quadro de diarreia grave pode ser observado em até 25% dos pacientes (5).

O irinotecano é o precursor do metabólito lipofílico solúvel SN-38, que é formado pela clivagem mediada por carboxilesterase da ligação carbamato entre a porção camptotecina e a cadeia lateral do dipiperidino. O SN-38 no fígado passa por glicuronidação e dá origem ao derivado não tóxico SN-38 glicuronídeo (SN-38G) através da família de enzimas uridina-difosfo-glucuronosil transferase (UGT1A), que então libera SN-38G no intestino para eliminação. No entanto, no lúmen intestinal, as beta-glicuronidases bacterianas reativam o SN-38 a partir de SN-38G (Figura 1). Esta via metabólica resulta em altos níveis de toxicidade intestinal e também destaca a relação entre toxicidade e microbioma intestinal (7).

Figura 1 - Mecanismo de toxicidade intestinal do metabólito ativo SN-38



UGT1A = uridina-difosfo-glucuronosil transferase.
 Fonte: Elaboração própria.

No contexto experimental, tem-se observado que a administração de irinotecano (CPT-11) em camundongos cursa com uma significativa diarreia, com diminuição da altura das vilosidades intestinais e perda da arquitetura das criptas, aumento de infiltrado inflamatório e de contratilidade da musculatura lisa intestinal, o que pode ser interpretado como a cólica intestinal clinicamente observada. Verifica-se adicionalmente que a síntese de citocinas, como o TNF- α , IL-1 β e KC, a quimiocina análoga da IL-8 humana no camundongo, apresentam-se elevadas nas alças intestinais de camundongos injetados com irinotecano, e que a modulação farmacológica com talidomida ou pentoxifilina, previne significativamente o desenvolvimento das lesões intestinais (8). Também foi observado em modelo animal que a mucosite intestinal causada por irinotecano, mediadores como o TNF- α , óxido nítrico (NO), caspase 1, IL-1) e IL-33 contribuem para a formação das lesões da mucosa, como observadas em camundongos que receberam por via parenteral o irinotecano (9,10,11).

Foi demonstrado que o irinotecano induz dano significativo ao trato gastrointestinal, que se correlaciona diretamente com as alterações funcionais, detectadas pelo teste de permeabilidade e de perfusão intestinal de açúcares e íons. Verificou-se, também, a presença de translocação bacteriana para órgãos periféricos como, por exemplo, o fígado, no curso da lesão intestinal induzida pelo irinotecano. Ao que se observou no estudo, a deficiência de receptores TLR tipo 2, assim

como da proteína adaptadora MyD88, envolvida na sinalização de receptores Toll, previne a ativação do NF κ B, a produção de citocinas pró-inflamatórias e o desenvolvimento do dano intestinal e da diarreia. Contudo, a deficiência dos receptores NOD1 (receptores similares ao domínio de oligomerização ligante de nucleotídeo) e TLR9 somente melhoram respectivamente a diarreia e o processo inflamatório, relacionados ao irinotecano (12).

O microbioma intestinal e sua íntima relação com o sistema imune pode ser confirmada através das alterações no equilíbrio das bactérias comensais e patogênicas, cujo aumento após o início de quimioterapia, causa disbiose intestinal, com bactérias Gram-negativas, que tem potencial para sinalizar a presença de fatores de inflamação no intestino, como os receptores Toll-Like (TLRs). Especificamente, o receptor TLR4 está envolvido no reconhecimento de lipopolissacarídeos (LPS) de bactérias Gram-negativas e está superexpresso no intestino quando há lesão, friabilidade da mucosa intestinal e inflamação, ou seja, quando há mucosite (7).

Mais recentemente, demonstrou-se que o irinotecano (SN-38) tem capacidade de se ligar em receptores TLR4 de forma direta, inibindo-os. Por meio desse mecanismo, de forma aguda, este quimioterápico reduz a produção de mediadores inflamatórios importantes, como IL-1 e KC (a IL-8 murina) (13). Esse mecanismo foi mostrado ser relevante para reduzir o reconhecimento de

bactérias em translocação a partir da lesão intestinal na mucosite, causando uma exacerbação posterior de mecanismos inflamatórios compensatórios mediados pelo TLR9 (14,15).

3 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO CONTEÚDO TEÓRICO APRESENTADO

Ao longo deste trabalho, procuramos discutir diversos aspectos relacionados aos mecanismos pelos quais o irinotecano provoca mucosite gastrointestinal. A partir da conversão do pró-fármaco irinotecano em seu metabólito ativo SN-38, ocorre a ligação ao complexo DNA-topoisomerase I, levando ao bloqueio da síntese do DNA. No entanto, esse processo também resulta na formação de SN-38G, que, quando reativado pelas beta-glucuronidases bacterianas no intestino, contribui para a toxicidade intestinal.

Além disso, abordamos como a inflamação desempenha um papel crucial na patogênese da mucosite induzida por irinotecano. Citocinas pró-inflamatórias como TNF- α , IL-1 β e IL-33, assim como mediadores como óxido nítrico (NO) e caspase 1, têm sido implicados na formação das lesões da mucosa intestinal. A ativação de receptores Toll-Like (TLRs), especialmente TLR4, desempenha um papel importante na sinalização de inflamação no intestino e na exacerbação dos mecanismos inflamatórios.

4 IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO TEÓRICO PARA A CLÍNICA

O entendimento aprofundado dos mecanismos subjacentes à mucosite gastrointestinal induzida pelo irinotecano é de suma importância para a prática clínica. A capacidade de prever, prevenir e manejar adequadamente a mucosite pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes em tratamento, permitindo-lhes receber doses completas e eficazes de quimioterapia, sem as interrupções frequentemente necessárias devido à toxicidade. Isso pode aumentar as chances de sucesso do tratamento e otimizar os resultados clínicos.

Além disso, o conhecimento dos mecanismos patogênicos pode impulsionar a pesquisa e o desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas destinadas a amenizar a mucosite induzida pelo irinotecano. Essas abordagens podem envolver a modulação do microbioma intestinal, a inibição seletiva de receptores inflamatórios como TLR4 e a intervenção em vias de sinalização inflamatória. Portanto, o conhecimento teórico detalhado sobre os mecanismos subjacentes à mucosite tem o potencial de transformar a maneira como a terapia com irinotecano é administrada, melhorando o bem-estar dos pacientes e sua resposta ao tratamento.

Em última análise, a publicação deste trabalho busca contribuir para a disseminação do conhecimento científico sobre os mecanismos da mucosite gastrointestinal associada ao irinotecano, com o objetivo de promover avanços na prática clínica e no desenvolvimento de terapias mais eficazes e

personalizadas para pacientes submetidos a essa forma de tratamento antineoplásico.

REFERÊNCIAS

- Bailly C. Irinotecan: 25 years of cancer treatment. *Pharmacol Res.* 2019;148:104398.
- Gibson RJ, Keefe DMK, Lalla RV, Bateman E, Blijlevens N, Fijlstra M, et al. Systematic review of agents for the management of gastrointestinal mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer.* 2013;21(1):313-326.
- Peterson DE, Bensadoun RJ, Roila F, ESMO Guidelines Working Group. Management of oral and gastrointestinal mucositis: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2011;22 Suppl 6(Suppl 6):vi78-84.
- Gibson RJ, Keefe DMK. Cancer chemotherapy-induced diarrhoea and constipation: mechanisms of damage and prevention strategies. *Support Care Cancer.* 2006;14(9):890-900.
- Keefe DMK, Gibson RJ. Mucosal injury from targeted anti-cancer therapy. *Support Care Cancer.* 2007;15(5):483-490.
- Krishna SG, Zhao W, Graziutti ML, Sanathkumar N, Barlogie B, Anaissie EJ. Incidence and risk factors for lower alimentary tract mucositis after 1529 courses of chemotherapy in a homogenous population of oncology patients. *Cancer.* 2011;117(3):648-655.
- Wardill HR, Gibson RJ, Sebillle YZAV, Secombe KR, Coller JK, White IA, et al. Irinotecan-Induced gastrointestinal dysfunction and pain are mediated by common TLR4-dependent mechanisms. *Mol Cancer Ther.* 2016;15(6):1376-1386.
- Melo MLP, Brito GAC, Soares RC, Carvalho SBLM, Silva JV, Soares PMG, et al. Role of cytokines (TNF- α , IL-1 β and KC) in the pathogenesis of CPT-11-induced intestinal mucositis in mice: effect of pentoxifylline and thalidomide. *Cancer Chemother Pharmacol.* 2008;61(5):775-784.
- Guabiraba R, Besnard AG, Menezes GB, Secher T, Jabir MS, Amaral SS, et al. IL-33 targeting attenuates intestinal mucositis and enhances effective tumor chemotherapy in mice. *Mucosal Immunol.* 2014;7(5):1079-1093.
- Lima-Júnior RCP, Figueiredo AA, Freitas HC, Melo MLP, Wong DVT, Leite CAVG, et al. Involvement of nitric oxide on the pathogenesis of irinotecan-induced intestinal mucositis: role of cytokines on inducible nitric oxide synthase activation. *Cancer Chemother Pharmacol.* 2012;69(4):931-942.
- Lima-Júnior RCP, Freitas HC, Wong DVT, Wanderley CWS, Nunes LG, Leite LL, et al. Targeted inhibition of IL-18 attenuates irinotecan-induced intestinal mucositis in mice. *Br J Pharmacol.* 2014;171(9):2335-2350.
- Wong DVT. *Mediação dos receptores TLR2, NOD1 e da proteína adaptadora MyD88 na modulação da mucosite intestinal induzida pelo irinotecano [Tese].* Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2013.
- Wong DVT, Ribeiro-filho HV, Wanderley CWS, Leite CAVG, Lima JB, Assef ANB, et al. SN-38, the active metabolite of irinotecan, inhibits the acute inflammatory response by targeting toll-like receptor 4. *Cancer Chemother Pharmacol.* 2019;84(2):287-298.
- Wong DVT, Lima-Júnior RCP, Carvalho CBM, Borges VF, Wanderley CWS, Bem AXC, et al. The adaptor protein Myd88 is a key signaling molecule in the pathogenesis of irinotecan-induced intestinal mucositis. *PLoS One.* 2015;10(10):e0139985.

15. Wong DVT, Holanda RBF, Cajado AG, Bandeira AM, Pereira JFB, Amorim JO, et al. TLR4 deficiency upregulates TLR9 expression and enhances irinotecan-related intestinal mucositis and late-onset diarrhoea. *Br J Pharmacol.* 2021;178(20):4193-4209.

Poliomielite e os avanços na Medicina

George Magalhães

Médico Clínico do HGF

A poliomielite é responsável por grandes avanços na Medicina: o surgimento das **unidades de terapia intensivas (UTIs)** — e indiretamente dos critérios de morte cerebral — e o desenvolvimento do **Pulmão de Drinker**, um dos primeiros modelos de pulmão de aço desenvolvidos para auxiliar na respiração de pacientes com paralisia respiratória.

Na grande pandemia de Poliomielite, em 1952, a mortalidade foi maior em Copenhague (Dinamarca), no Blegdam Hospital, o único da cidade para doenças comunicáveis. Em agosto daquele ano, uma média de 33 pacientes com a doença eram admitidos diariamente. Entre 28 de agosto e 3 de setembro, dos 500 leitos do hospital, 335 estavam ocupados com a patologia. Cerca de 10% dos pacientes sufocavam devido à forma bulbar, que acomete o sistema respiratório. 25% deles precisavam de algum auxílio para respirar.

O desafio da luta contra o poliovírus incluía trabalhar com escassez e meios precários. O hospital possuía apenas um respirador do modelo Emerson, também conhecido como o famoso "pulmão de aço", concebido por Philip Drinker e Louis Agassiz Shaw em 1926. Além disso, havia apenas seis armaduras de peito, dispositivos que funcionavam com ventilação por pressão negativa.

Em 25 de agosto, o Dr. Henry Lassen, diretor do hospital, consultou o Dr. Björn Aage Ibsen, que trabalhava como anestesista da instituição, embora também fosse especialista em Patologia, Cirurgia, Radiologia e Ginecologia, com treinamento em Copenhague e Massachusetts (EUA). Lassen sabia que Ibsen havia tratado anteriormente um bebê com tétano, "paralisando-o" com curare e o ventilando manualmente. O bebê foi salvo temporariamente, porém faleceu mais tarde como resultado de sua doença. Na mesma época, Ibsen realizou necropsia de quatro pessoas falecidas por poliomielite e concluiu que a morte desses pacientes era devido à falta de ventilação (pulmões colapsados e excesso de CO² no sangue), e não decorrente da poliomielite no cérebro.

No dia seguinte, Ibsen pôs em prática a técnica de ventilação manual que usara em procedimento cirúrgico numa paciente de 12 anos, cujo nome era Vivi Ebert, com quadro grave de poliomielite bulbar. Com anestesia local, ele realizou uma traqueostomia na garota, inseriu um tubo endotraqueal e aspirou grande quantidade de secreções, porém não houve melhora e persistia a dificuldade de ventilação. Nessa ocasião, os demais médicos deixaram a sala, desistindo da situação. Ibsen, porém, decidiu sedá-la com pentotal e ventilar manualmente. Para a surpresa de seus colegas, houve uma melhora instantânea. Após recolocá-la novamente no pulmão de aço, o quadro

piorou, ficando demonstrado que a ventilação com pressão positiva funcionava e a ventilação negativa não. A paciente sobreviveu à poliomielite e morreu quase 20 anos depois, em 1971.



Paciente Vivi Ebert em 26 de agosto de 1952

Após a conquista, surgiu um novo dilema: como ventilar, manualmente, centenas de pacientes com a limitação de recursos humanos do hospital. Isso foi resolvido, apesar do risco de contágio, por intermédio de mais de 1500 estudantes de Medicina e Odontologia, 600 enfermeiras e uma média de 45 médicos por dia, em turnos de 6 a 8 horas. Por um total de mais de 165.000 horas, eles apertavam a bolsa de um mecanismo de ventilação manual criado por Ibsen.

De agosto a dezembro, quase 3000 pessoas foram afetadas pela epidemia de pólio em

Copenhague e, graças à técnica de Ibsen, a mortalidade nos pacientes mais graves reduziu de 90% para 25%. Esses casos graves foram separados em um quarto específico, com três áreas e 35 camas. Sem saber, Ibsen acabara de inaugurar a primeira equipe de unidade de UTI do mundo, salvando mais de 100 pessoas em menos de três meses.

Em 24 de novembro de 1957, durante o Congresso Mundial de Anestesiologia em Roma, na Itália, Bruno Haid, chefe do departamento de Anestesiologia do Hospital Universitário de Innsbruck, da Áustria, reuniu-se com o Papa Pio XII no Vaticano. Ele apresentou três perguntas em nome de todos os médicos, buscando a sabedoria e a autoridade do Papa para respondê-las:

1. Está o médico obrigado a usar respiração artificial em todos os casos, mesmo naqueles casos que julgar completamente sem sucesso?
2. Temos o direito de remover a ventilação mecânica, quando, após vários dias, o estado de consciência não melhora?
3. Um paciente que está em estado de profunda inconsciência e com paralisia do centro respiratório, que sua circulação e vida é mantida por meio da ventilação mecânica, e que não melhora após vários dias, deve ser considerado morto?

O Papa Pio XII buscou respostas em um tratado do século XV, que falava dos deveres morais dos cristãos e dos deveres morais do

médico, começando com o quinto mandamento: “Não matarás.” O pontífice fez uma análise da conduta do médico que, ao tentar salvar seu paciente, praticava atos perigosos, e analisou em pequenos casos hipotéticos: Deve o cristão oferecer água a um condenado que queima na fogueira? Ou deve uma paciente se submeter a uma cirurgia mutiladora na tentativa de salvar sua vida? A resposta foi que ninguém está obrigado a preservar a vida por meios extraordinários, como prolongar por segundos, no primeiro caso, ou uma tentativa heroica, no segundo caso. O Papa Pio XII respondeu que a vida não deveria ser mantida por meios extraordinários, o que poderia gerar uma sobrecarga moral ao paciente e aos familiares. Dessa forma, os médicos poderiam tirar o tubo se houvesse desejo expresso do paciente ou na sua ausência, determinado pelos familiares. A terceira pergunta, porém, ele e a Igreja católica não obtiveram uma resposta concreta. Nenhum sistema religioso ou filosófico do mundo sabia. Era uma tarefa que os médicos deveriam responder.



Dr. Bjorn Ibsen

Após dez anos, em 3 de dezembro de 1967, às 5:25h, o Dr. C. Barnard retirou o coração de Denise Darvall, paciente que tinha sido atropelada perto do Hospital Grote-Schuur, na Cidade do Cabo, na África do Sul, e o colocou no lugar do coração de L. Waskansky, de 53 anos, que morria de insuficiência cardíaca. Pela primeira vez, um coração humano palpitou no peito de outro ser humano, embora o paciente tenha falecido 18 dias após, decorrente de uma pneumonia. Em um segundo transplante, o dentista Philip Blaiberg viveu por um ano e sete meses. No ano seguinte, em 5 de agosto de 1968, foram publicados no JAMA (Journal of the American Medical Association) os critérios de Harvard para a morte cerebral ou coma irreversível. Até então, a única referência bibliográfica equivalente aos critérios de morte cerebral foi o discurso do Papa Pio XII.

Poesia

D.E.S.C.O.B.E.R.T.A. Ter esse diagnóstico transformado em poesia, é uma falta de noção, até parece heresia. Mas não se pode negar, que acontece todo dia, alguém vai na emergência, alguém faz mamografia, tomografia e outras fias. Estou me sentindo mal, até sangue eu vomitei. E eu, que não sinto nada, onde foi que eu errei? O exame que errou, mostrou aqui um caroço. Serão nódulos, trombos, parece um sombreado toscano. Vou consultar o Google, não consigo esperar. Mas espere, nada disso, tenho ainda esperança. Vou naquela doutorazinha que já consultou minha família.

Tem uma coisa muito errada
Eu estou passando mal
Minha barriga está inchada
Estou mais branca que sal
Será se foi a feijoada
fermentada e avariada

Eu não fiz nada errado
Foi o exame que fez
Fiquei horas esperando
Até contraste tomei
Mas que laudo complicado
Está certo o resultado?

Como pode acontecer?
Ai Meu Deus que agonia
Não estava na cartilha
Que eu ia adoecer
Tudo bem, vamos em frente
O que tenho que fazer

Eu sou jovem, que injusto
Meus oitenta vou fazer
Toda festa está pronta
Logo agora, porque?
Dê-me forças que preciso
De coragem a valer

Ps: Saber que tem câncer é uma descoberta que muda tudo.

Trechos do livro: PIRES, Adriana. **Poesias medicinais de A a Z**. Portela: Grupo Editorial Atlântico, 2022. 62 p. ISBN: 978-989-37-2917-5).

P.A.L.I.A.T.I.V.O. É só paliativo? Que pergunta escabrosa? Como assim só? Essa palavra é tão injusta na tradução do bom brasileiro, porque parece aquele calço que colocamos na mesa quando ela não está firme no chão. Não é nada disso, não faça confusão. Cuidados paliativos é a medicina do coração. É cuidar da pessoa, e não só da patologia, que não é a ciência dos patos, adoecer pode ser só uma parte da vida. Uma vida que se reparte em pedaços de amor e saudade. Ter alguma doença que seja grave o bastante para nos afrontar, porque somos uma vela flamejante que pode até apagar. O que importa é tratar da vida com toda a Vida que ela merece ter.

O prognóstico não era bom
Disseram que era sombrio
Feito uma sombra de nuvem
Que segue descendo o rio
O rio da minha vida
Que pode estar por um fio

Não nasci para morrer
Não vou morrer sem viver
Não importa a minha idade
Mas o quanto sou bem-querer
Posso estar na tempestade
Mas a dor quero vencer

Não me faça arrodeio
Não me fure em demasia
Basta um toque de mão
Que aumenta as endorfinas
Esteja aqui do meu lado
E com todo amor me defina

Ps. Paliativo é a medicina do amor.

Texto:

Adriana Pires

Médica há 22 anos e oncologista há 16 anos.

Foi residente do HGF (2003-2005) e é servidora oncologista desde 2007.

Escreve poesias desde que começou a escrever.

Crônica

DATA VENIA

Após cerca de 23 anos atuando no Serviço de Emergência, precisei de uma boa dose de convencimento para aceitar o convite que me fora feito para assumir a Direção Médica - DIMED do Hospital Geral de Fortaleza - HGF, o maior da rede de saúde pública do estado do Ceará.

Corria o ano de 2016 e as consequências do cenário macroeconômico nacional, caracterizado por crescimento negativo do produto interno bruto, ascendentes índices de desemprego e elevadas taxas de inflação certamente se faziam sentir no âmbito interno, traduzidas por crises de desabastecimento e obsolescência do parque tecnológico.

A despeito das inúmeras adversidades, a equipe de gestão que integrei conseguiu realizar um trabalho que considero plenamente aceitável, até o início de 2019, quando foi integralmente exonerada, como sói ocorrer por ocasião de mudanças na Secretaria da Saúde do Estado - SESA.

Concluído mais um ciclo de minha vida profissional, mas restando ainda alguns anos para a aposentadoria do serviço público, meu destino natural seria um retorno à linha de frente da assistência, lutando contra as doenças, por um lado, e a escassez de leitos, por outro.

Contrariando a lógica, todavia, surgiu a oportunidade de ser lotado no Núcleo de Gerenciamento de Ordens Judiciais - NUGEOJ, setor criado pela Direção Geral durante a nossa administração recém finda, no intuito de dar celeridade aos inúmeros processos que demandavam o Estado, a SESA e o próprio HGF.

A ideia, a princípio, pareceu-me esdrúxula: um médico no jurídico? Afastado da lida diária com os doentes acabará perdendo o traquejo, argumentou o anjinho do meu superego; que nada, você ainda tem o consultório, rebateu o diabinho. Nunca estudou o Direito, ponderou um de forma angelical; mas tem tido muito contato com o judiciário, sentenciou o outro diabolicamente.

De fato, durante os quase três anos em que atuei na DIMED e, em razão da crescente judicialização da Saúde, tornou-se rotineira minha participação como representante do HGF em audiências nas Procuradorias e Defensorias, no Ministério Público e nas Justiças Federal e Estadual.

Inicialmente acanhado e receoso de cometer impropriedades naqueles ambientes protocolares, fui gradativamente me adaptando às circunstâncias e adquirindo a confiança necessária a um confortável convívio com os excelentíssimos.

E assim, assumi a função de assistente médico do Núcleo Jurídico, como ele é mais conhecido, com a atribuição de agilizar o encaminhamento dos processos, assessorando as advogadas que ali trabalham no entendimento dos muitos termos técnicos da área médica e, à medida que me familiarizava com o "juridiquês", despachar eu mesmo os processos que tramitam pelas diversas instâncias.

Dentre os tantos e variados pleitos, prevalecem os óbvios para cirurgias eletivas e exames, sofisticados ou não, passando por consultas e medicamentos, e chegando aos inusitados, por colchões e cadeiras de variados tipos, e insumos como fraldas descartáveis e até filtros de proteção solar.

Existe uma máxima segundo a qual sentenças não se discutem, cumprem-se, quase sempre sem se avaliar o mérito da questão já deferida pelo meritíssimo, seja liminarmente ou transitada em julgado.

Casos há, contudo, em que não se pressente o *fumus boni iuris*, isto é, a aparência do bom direito, para não mencionar as sentenças inexecutíveis como a prolatada para uma meniscectomia parcial videolaparoscópica, que mereceu de minha parte a seguinte resposta:

"1. O procedimento pleiteado não se encontra listado no Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos - SIGTAP, do Sistema Único de Saúde - SUS.

2. Configura-se, salvo melhor juízo, uma verdadeira atecnia, posto que o elemento de composição etimológico "laparo", do grego: *laparos*, significa flanco ou abdome, assim entendido como a região anatômica do tronco, separada do tórax pelo diafragma.

3. Destarte, contornada a inviabilidade técnica do ato cirúrgico, submeter o paciente ao teor literal da sentença de se abordar o joelho por via abdominal seria impingir-lhe gravosa iatrogenia, de consequências irreparáveis, data venia".

Texto:

Walter Gomes de Miranda Filho
Assessor Médico do Jurídico - HGF

Tipos de artigos aceitos na Revista HGF são:

- Relatos de experiência;
- Estudo observacional;
- Comunicação breve.

Apresentação dos Artigos - Orientações gerais:

- Papel A4, margens de 2,0 cm.
- **Título e subtítulo:** fonte Arial, tamanho 14, negrito, letras maiúsculas, espaçamento entre linhas 1,5 cm, alinhamento centralizado, em língua portuguesa.
- **Nome dos autores:** no campo Dados dos Autores, informar nome completo, titulação e instituição; até 8 autores.
- **Resumo:** Em língua portuguesa. Deve apresentar os objetivos da pesquisa, a metodologia adotada, os resultados e as conclusões. Deve conter entre 200 a 250 palavras. Fonte Arial, tamanho 11.
- **Palavras-chave:** no mínimo 3 e no máximo 5 palavras, no idioma do texto; recomenda-se a consulta aos Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH). Fonte Arial, tamanho 11.
- **Texto (Introdução, Desenvolvimento e Conclusão):** Fonte Arial, tamanho 11, espaçamento entre linhas 1,5 cm, alinhamento justificado.
- **Ilustrações:** Figuras, fotos, gráficos, tabelas, quadros devem ser inseridas ao longo do texto, o mais próximo possível da passagem a qual se refere. O título das ilustrações deve ser informado acima delas. A fonte das ilustrações deve ser informada abaixo delas.
- **Tabelas:** a formatação das tabelas devem seguir as orientações das Normas de Apresentação Tabular do IBGE. O título das tabelas deve ser informado acima delas. A fonte das tabelas deve ser informada abaixo delas.
- **Citações:** organizadas por meio do sistema numérico. A numeração da referência utilizada deve ser consecutiva, de acordo com a ordem em que aparece no texto. Usar algarismo arábico entre parênteses para numerá-las (ex.: (7)), remetendo sempre à lista de referências ao final do documento. Quando se tratar de citação intercalada, usar vírgula (ex.: 2, 7, 14).
- **Abreviaturas, siglas e símbolos:** não utilizá-las no título e no resumo. Quando aparecer no texto a primeira vez, devem ser precedidos das palavras ou expressões correspondentes grafadas por extenso.
- **Referências:** organizadas por meio do sistema numérico, remetendo as citações ao longo do texto (Devem ser referenciadas somente as citações que constam no texto.). Formatadas conforme norma Vancouver. Devem ser alinhadas à esquerda.
- Os autores devem assumir a responsabilidade quanto a autenticidade e a autoria do conteúdo, livre de plágio e autoplágio, declarando que o manuscrito não foi submetido a outra revista ou quaisquer outro tipo de fonte informacional.
- Se os trabalhos envolverem seres humanos, é necessário requerer a liberação do Comitê de Ética.
- Os arquivos, quando submetidos, devem ser enviados na extensão .doc / .docx, com no mínimo 1.000 e no máximo 4.000 palavras (incluindo as referências).

- Os templates estão disponíveis na página da revista (<https://www.hgf.ce.gov.br/revistahgf/>)
- As submissões deverão ser realizadas obedecendo a **Chamada de artigos para a Revista HGF** (o edital será divulgado na Intranet do HGF).



HOSPITAL
GERAL DE
FORTALEZA



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE



hgf.ce.gov.br



[/saudeceara](https://www.facebook.com/saudeceara)