

Volume 2, número 3 - Setembro - Dezembro/2024 eISSN 2965-579X

REVISTA HGF



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
© 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)

eISSN 2965-579X

Publicação Quadrimestral

REVISTA **HGF**

Volume 2 - Número 3
Setembro - Dezembro/2024

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 2, número 3 - Setembro - Dezembro/2024

Editores Científicos - 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, Luã Diógenes.

Normalização bibliográfica - Dayane Paula Ferreira Mota - CRB 3/1310

Revisão - Felipe Martins

Capa e Diagramação - João Paulo Gomes da Costa

Revista HGF
Hospital Geral de Fortaleza
Rua Ávila Goulart, 900 - Papicu
Fortaleza/CE: 60.175-295
Fone: (85) 3457-9157
<https://www.hgf.ce.gov.br>
revistahgf@gmail.com

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Revista HGF (Hospital Geral de Fortaleza) [recurso eletrônico]. - v. 1, (2023-). - Fortaleza, CE: Secretaria da Saúde, Hospital Geral de Fortaleza, 2023-

1 recurso online: 40p. : il. color.
Publicação contínua a partir de 2023.
Quadrimestral.
eISSN: 2965-579X

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

CDD 610

Bibliotecária: Dayane Paula Ferreira Mota CRB-3/1310

SUMÁRIO

7 | Editorial

Acontece no HGF

8 | HGF é homenageado pela Assembleia Legislativa por seus 55 anos

9 | HGF promove recepção de 94 novos servidores assistenciais e administrativos

HGF por dentro

10 | Setor de Manutenção: zelo e cuidado com a infraestrutura do HGF

11 | Centro de Imagem do HGF amplia capacidade de atendimento e avança na aquisição de nova aparelhagem

Ensino em Pauta

12 | CCIH do HGF comemora 50 anos no combate a transmissão de doenças com ações educativas e vigilância

13 | Internato Médico: como o HGF contribui na formação de novos médicos no Ceará

Assistência em Foco

14 | Urologia: serviço intensifica assistência e amplia a capacidade de atendimento

Espaço de Pesquisa

Relato de Experiência

15 | Cuidando de quem cuida: a promoção de estratégias de suporte e bem-estar na residência multiprofissional em saúde

18 | Seguimento clínico de gestação em paciente com cardiopatia isquêmica: um relato de caso

20 | Abordagem conservadora em gravidez com implantação do saco gestacional em cicatriz de cesárea anterior: relato de caso

22 | Desafios e aprendizados na avaliação da retenção urinária por enfermeiros residentes em UTI

24 | Desafios na captação de órgãos no centro de terapia intensiva do hospital geral de Fortaleza: um relato de experiência

Comunicação Breve

27 | Desenvolvimento de um material educativo para realização de atividades funcionais pós infecção por covid-19

31 | Impacto de um protocolo de manejo da hemorragia pós-parto na redução da morbimortalidade materna

Estudo Observacional

33 | Análise da regularidade do acesso ao componente especializado de pacientes com esclerose múltipla em uma unidade de farmácia ambulatorial

38 | Perfil

39 | Arte em destaque

EDITORIAL

Neste volume da Revista HGF, celebramos a continuidade da nossa missão de promover ações voltadas à saúde e ao bem-estar, que o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) vem realizando há 55 anos. Ao longo desse período, progredimos dentro da rede pública do estado do Ceará, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), até nos consolidarmos como um equipamento de saúde de referência em todo o País. Esse reconhecimento se deve não apenas à nossa capacidade de atendimento, mas também à ampliação da estrutura física e ao constante aperfeiçoamento de nossos profissionais.

Cada página desta revista reflete o esforço coletivo e a dedicação dos profissionais que compõem a equipe deste gigante administrado pela Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa). É um reconhecimento da paixão que depositamos em cada atendimento e da confiança que a comunidade deposita em nós.

Além de nossas práticas assistenciais, investimos constantemente em Ensino e Pesquisa, essenciais para o aprimoramento contínuo da atuação profissional em Saúde. Nossos programas formativos e projetos de pesquisa garantem não apenas a qualidade no atendimento à população, mas avanços expressivos na forma de conduzir a ciência.

Este novo número nos convida a refletir sobre nossas conquistas e a aprender com os obstáculos superados. É um momento que nos inspira a buscar sempre mais, aprimorar nossos serviços e inovar em nossas práticas. Também temos a oportunidade de prestar contas sobre as diversas atividades que oferecemos à população, evidenciando as muitas mãos que sustentam o HGF.

O nosso desejo é que esta edição inspire todos a continuar nossa trajetória em prol da saúde, promovendo um futuro ainda mais saudável e sustentável para o Ceará. Juntos, seguimos em frente, construindo um legado de excelência.



03 de junho

HGF é homenageado pela Assembleia Legislativa por seus 55 anos

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) foi homenageado pela Assembleia Legislativa do Ceará pelos 55 anos de assistência à saúde pública. Durante a cerimônia, dez profissionais da instituição receberam certificados em reconhecimento ao seu trabalho.

Os homenageados foram: Carlos Macedo Martins Castro (maqueiro), Eliardo Silveira (cirurgião bucomaxilofacial), Eliana Lima da Silva (Hotelaria), Esmeralda Geromel Bezerra de Menezes (fisioterapeuta), Maia Eliene Dantas Linhares (Financeiro), Manoel Joaquim Diógenes (ortopedista), Marco Antônio Nasser Aguiar (mastologista), Maria Moema Leite Tavares (Compras) e Zuil Fernandes Lobo Filho (ginecologista obstetra e cirurgião geral). A cerimônia contou com a presença da secretária da Saúde, Tânia Mara Coelho, da diretora-geral, Ivêlise Brasil, e da diretora-médica, Mariana Ribeiro Moreira.



06 de junho

HGF e ESP/CE promovem curso de Avaliação em Ambientes Clínicos para preceptores das residências

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF), em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), promoveu um curso básico de Avaliação em Ambientes Clínicos. A formação foi direcionada aos preceptores das Residências em Saúde do hospital.

O evento visou ampliar as competências educacionais dos preceptores para a avaliação de residentes em cenários clínicos, garantindo o entendimento sobre a importância do planejamento da avaliação e uma abordagem crítico-reflexiva na escolha dos métodos/ferramentas da aprendizagem do residente.

17 de junho

HGF proporciona “Refeições Afetivas” para pacientes com leucemia

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) proporcionou aos pacientes com leucemia internados um momento de conforto e satisfação por meio do “Dia do Desejo”, oferecendo uma refeição afetiva com alimentos de suas casas. A iniciativa aconteceu quinzenalmente e contemplou aqueles que precisaram permanecer internados durante todo o ciclo de quimioterapia, que durou em média um mês.



27 de junho

Laboratório de Microcirurgia possibilita treinamento com cenários realísticos

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) implantou um novo serviço: o Laboratório de Microcirurgia. O projeto, pioneiro na rede de hospitais do estado, teve o objetivo de capacitar e treinar os profissionais em cenários realísticos por meio de um microscópio habilitado para abordar pequenas estruturas em cirurgias.



A novidade fez parte do Centro de Simulação Clínica e Habilidades Técnicas, inaugurado em 21 de maio. O núcleo ofereceu aos profissionais e residentes da unidade a oportunidade de treinar suas competências por meio da metodologia de simulação realística.

01 de julho

HGF realiza edição da Feira do Empreendedor com tema junino

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) realizou mais uma edição da Feira do Empreendedor. Com o tema junino, o evento reuniu funcionários do hospital para conhecer trabalhos paralelos e/ou extras realizados por seus colegas. Os participantes puderam visitar barracas de comidas típicas, acessórios, peixes e roupas, tudo ao som de muito forró. A banda também foi formada por funcionários do hospital.

14 de agosto

HGF realiza simpósio para discutir aspectos físicos e emocionais do comportamento alimentar

A alimentação adequada foi um dos pilares essenciais para a manutenção da saúde e a prevenção de doenças físicas e emocionais. Com essa premissa, o Hospital Geral de Fortaleza (HGF), equipamento da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa), realizou o 4º Simpósio de Nutrição, com o tema “Nutrição comportamental: bases práticas da abordagem em diferentes contextos”.

Segundo dados da última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019, apenas 23,1% da população adulta consumiu a quantidade recomendada de frutas e hortaliças diariamente. Além disso, quase 20% dos brasileiros consumiram refrigerantes ou sucos artificiais cinco ou mais vezes por semana.

19 de setembro

HGF realiza minisimpósio sobre Acessos Vasculares na Oncologia e Hematologia

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) realizou, no dia 25 de setembro, a primeira edição do minisimpósio sobre Acessos Vasculares de Oncologia e Hematologia. O evento teve como objetivo repassar para os profissionais da saúde informações sobre o cuidado no manuseio e na implementação de dispositivos venosos em pacientes.

Durante o simpósio, especialistas das áreas de Oncologia, Hematologia, Cirurgia Vasculare e Cirurgia Geral se reuniram para discutir as melhores práticas e indicações para os diferentes tipos de acessos venosos, considerando as especificidades de cada paciente.

04 de setembro

Ação do HGF promove a conscientização sobre Esclerose Múltipla

O Centro Interdisciplinar de Assistência, Pesquisa e Ensino em Neuroimunologia (CIAPEN), do serviço de Neurologia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), realizou, no último dia 24, uma ação em menção ao Agosto Laranja, mês de conscientização sobre a esclerose múltipla (EM). As atividades foram realizadas em parceria com a equipe do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) na Universidade de Fortaleza (HGF).

Foram convidados pacientes atendidos nas unidades e familiares. A programação contou com alongamentos, rodas de conversa, piquenique saudável e atividades de cuidado mental. A esclerose múltipla é uma doença autoimune crônica que afeta o sistema nervoso central, especificamente o cérebro e a medula espinhal.

19 de setembro

Com expansão nas atividades, HGF realiza edição anual da Jornada da Segurança do Paciente

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) realizou a Jornada da Segurança do Paciente. O evento fez menção ao Dia Mundial da Segurança do Paciente — comemorado em 17 de setembro — e ofereceu palestras, treinamentos e cursos de curta duração para profissionais do equipamento da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa).



Em 2024, o lema definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e abraçado pela equipe do Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade Hospitalar (NSPQH) do HGF foi “Faça certo, torne seguro”. A Jornada da Segurança do Paciente do HGF deu continuidade às ações anuais do projeto educativo Missão Sentinela, iniciado em 2020 pela equipe e já tradicional na programação do hospital. “Este ano, o evento ganhou esse nome para refletir um aprofundamento e uma expansão do formato anterior”, pontuou a coordenadora.

26 de Setembro

HGF realiza parto de alta complexidade após diagnóstico de síndrome rara



O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) realizou um parto de alta complexidade envolvendo um diagnóstico raro conhecido como

síndrome Chaos. O procedimento mobilizou uma abordagem multidisciplinar com uma equipe de médicos de diversas especialidades, garantindo a sobrevivência do bebê.

A síndrome Chaos ocorre quando o feto apresenta uma obstrução total ou parcial das vias aéreas superiores. Essa malformação impede que o bebê respire após o nascimento, o que pode levar ao óbito se não for tratado de forma adequada.

O procedimento ocorreu quando a paciente estava na 34ª semana de gestação. Antes de entrar em trabalho de parto, ela foi internada para receber assistência especializada. Esse planejamento antecipado permitiu que todas as possibilidades de intercorrências fossem estudadas e preparadas. Além da equipe de Neonatologia, participaram do parto especialistas em Pediatria, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Anestesiologia e Obstetrícia.

02 de Outubro

Outubro Rosa: HGF tem programação com foco na prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) realizou, uma programação especial em alusão à campanha Outubro Rosa, que visa conscientizar sobre a prevenção e o combate ao câncer de mama. Ao longo de todo o mês, uma série de atividades foram realizadas para sensibilizar a população e os profissionais da saúde sobre a importância do diagnóstico precoce e da redução da mortalidade pela doença.

Entre as atividades programadas, o HGF promoverá ações educativas abertas ao público e orientações específicas para pacientes que aguardam atendimento no hospital. A proposta é engajar a comunidade e os colaboradores, criando um ambiente de diálogo sobre a saúde da mulher, com ênfase nas práticas de prevenção, como exames regulares e hábitos saudáveis.

03 de outubro

HGF recebe Chave Rosa em reconhecimento ao combate ao câncer de mama

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) recebeu a Chave Rosa, símbolo criado pelo Movimento Outubro Rosa Ceará para valorizar os esforços de unidades de enfrentamento ao câncer de mama no estado. A homenagem foi entregue por Valéria Mendonça, coordenadora do projeto, durante o evento que marcou o início das atividades de divulgação do Outubro Rosa no equipamento da Secretaria de Saúde do Ceará (Sesa).

Junta da cerimônia foram realizadas várias ações na unidade, como momento musical destinado a pacientes e profissionais, promovido pelo grupo Afinados com a Saúde, formado por funcionários do hospital.

10 de outubro

HGF promove recepção de 94 novos servidores assistenciais e administrativos

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) a recepção para os novos servidores, empossados. Ao todo, 94 servidores serão incorporados aos serviços de Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Farmácia, além de áreas administrativas.

Durante a cerimônia de boas-vindas, o diretor de Ensino, Pesquisa e Residência do HGF, Eliardo Silveira destacou a importância do reforço na equipe para melhorar o atendimento: “somos referência nacional e recebemos casos de alta complexidade, além de grandes demandas. Para cumprir nosso papel na sociedade, precisamos constantemente ampliar nossa equipe, e esses novos profissionais já estão sendo muito bem-vindos”.

Ao longo do dia, palestras e treinamentos serão oferecidos para apresentar o cotidiano do hospital aos novos profissionais. Novas capacitações serão realizadas pelos próximos meses.



Texto e foto: Luã Diogenes

Setor de Manutenção: zelo e cuidado com a infraestrutura do HGF

A Gerência de Manutenção, Estrutura Predial, Material e Patrimônio é um dos pilares para o funcionamento do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), equipamento da Secretaria de Saúde do Ceará (Sesa). O setor trabalha na estruturação e conservação dos segmentos prediais e dos patrimônios da unidade.

Dentre as várias funções, está a de assegurar que todas as instalações e equipamentos do hospital estejam em condições adequadas de operação, o que é essencial para o desempenho eficiente dos serviços de saúde oferecidos.

Além da manutenção predial interna, o HGF mantém contratos com mais 40 empresas terceirizadas que prestam serviços necessários para o funcionamento da unidade.

Para garantir que o hospital funcione de maneira contínua e eficiente, o setor de manutenção opera 24 horas por dia. Esse trabalho ininterrupto é sustentado por uma equipe de cerca de cem profissionais dedicados à assistência e à conservação das diferentes alas da unidade. Os profissionais são responsáveis por uma ampla atividades, que vão desde reparos e serviços preventivos até a supervisão de projetos de construção e reformas.

Ampliação do setor

Coordenador da Gerência de Manutenção, Estrutura Predial, Material e Patrimônio do HGF, Carlos Américo é um dos membros da equipe de gerência e há 17 anos atua no hospital. Durante seu tempo de serviço, testemunhou uma evolução das operações do setor. “Contamos hoje com uma grande equipe, maquinário mais moderno, ferramentas mais precisas e profissionais mais capacitados. Esses fatores geram maior qualidade, não só da gerência de manutenção, mas de todo hospital”, afirma o engenheiro mecânico.

Até o ano de 2007, o trabalho de manutenção era realizado em escalas e com uma equipe menor. Nos últimos quinze anos, houve uma ampliação substancial, tanto no número de funcionários, quanto nos investimentos no setor. Em 2008, foi criado o projeto de manutenção predial, que desde então se tornou uma “referência dentro do sistema de saúde cearense”, enfatiza Américo. Este projeto não apenas ampliou os serviços oferecidos pelo setor, mas também aumentou sua capacidade de abrangência.

Esse crescimento foi acompanhado por um aumento nas demandas e na complexidade das tarefas, incluindo a participação em projetos

de construção e reformas em toda a unidade. “Somos um setor muito cobrado pois damos suporte em todas as áreas do HGF. Com a ampliação de atividade do hospital, temos de aumentar nossas funções para atender a todos com qualidade”, complementa.



Todo trabalho de manutenção é feito de forma ininterrupta para garantir a realização das atividades do hospital

Segurança do Trabalho

Além da expansão dos serviços e da modernização dos equipamentos, o setor de manutenção do HGF também se compromete com altos padrões de segurança no trabalho. As empresas contratadas para prestar serviços ao hospital são obrigadas a cumprir rigorosos requisitos de segurança, incluindo a utilização adequada de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).

A observância desses requisitos busca garantir a proteção dos trabalhadores envolvidos nas atividades de manutenção e assegura que todas as operações sejam realizadas de maneira segura e eficiente.



Texto e foto: Luã Diogenes

Centro de Imagem do HGF amplia capacidade de atendimento e avança na aquisição de nova aparelhagem

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF), equipamento da Secretaria de Saúde do Ceará (Sesa), abriga um dos centros de realização de exames de imagem mais avançados da rede pública estadual. Mensalmente, o núcleo realiza cerca de 12.500 exames, que englobam procedimentos como raio-x, mamografia, densitometria óssea, ultrassonografia, doppler colorido, tomografia computadorizada, ressonância magnética e biópsias guiadas por ultrassonografia e tomografia.

O serviço tem se tornado essencial não apenas para o diagnóstico, mas na realização de procedimentos invasivos, como a trombectomia (intervenção cirúrgica que remove coágulos sanguíneos de artérias e veias, desobstruindo o fluxo sanguíneo) por meio da hemodinâmica (procedimento médico que combina diagnóstico e tratamento de doenças cardiológicas, neurológicas e endovasculares). Essa tecnologia proporciona uma visão abrangente da saúde dos pacientes e contribui para aplicações clínicas mais eficazes.

Operando 24 horas por dia, o Centro de Imagem do HGF atende pacientes provenientes de todos os setores do hospital. Além disso, realiza exames de alta complexidade encaminhados por outras unidades da rede estadual, consolidando-se como um polo de referência no diagnóstico por imagem.

O compromisso do serviço não se limita apenas ao atendimento. Ele também se destaca na formação e na qualificação de novos profissionais por meio do programa de Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

A chefe do Centro de Imagem, Ticiania Albuquerque Soares, enfatiza: “o diferencial do Centro de Imagem do HGF não está somente na qualidade de maquinário utilizado e na capacidade de atendimento, mas no trabalho contínuo e na formação de novos profissionais para atuar no serviço”.

Expansão dos serviços

Nos últimos anos, o Centro de Imagem do HGF tem se destacado por seus investimentos em tecnologia e pela ampliação dos serviços oferecidos. Recentemente, todos os aparelhos de ultrassom foram renovados, e os equipamentos de tomografia e ressonância são de última geração.



Desde o início da pandemia, o Centro de Imagem vem ampliando a capacidade de atendimentos

Além dos serviços já disponíveis, a instituição está planejando incluir exames nucleares como a cintilografia (um exame de imagem que utiliza radiação para criar panoramas detalhados do funcionamento de órgãos e tecidos) visando atender a todas as necessidades dos pacientes.

Desde o início da pandemia, a capacidade de atendimento do centro foi ampliada, mais que dobrando a demanda. Para suprir essa necessidade, novo maquinário foi adquirido e a expectativa é que novas aquisições aconteçam nos próximos anos. “Estamos também dando encaminhamento para termos em breve o serviço de medicina nuclear. Queremos que o nosso Centro de Imagem seja cada vez mais completo e ofereça tudo o que o paciente possa precisar.”

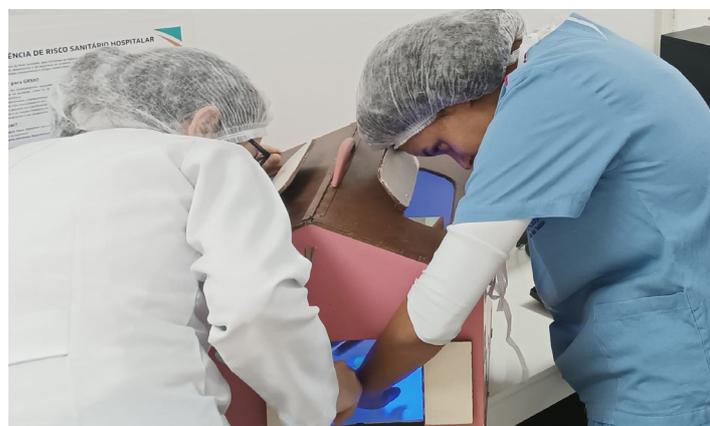


Texto e foto: Luã Diogenes

CCIH do HGF comemora 50 anos no combate a transmissão de doenças com ações educativas e vigilância

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) foi um dos pioneiros no combate às infecções hospitalares no País. Em 1974, o equipamento da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa) formou sua primeira Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Há 50 anos em atividade, a CCIH do HGF é responsável por monitorar e controlar a transmissão de doenças infecciosas na unidade. A equipe conta com cinco médicos infectologistas, oito enfermeiros e uma secretária executiva.

Com o objetivo de prevenir casos de contaminação e priorizar o bem-estar de pacientes e profissionais, o serviço executa ações voltadas para educação e vigilância da saúde dentro do hospital. Médico infectologista e coordenador da CCIH do HGF, Danilo Campos ressalta os resultados efetivos das ações educativas. “É comprovado cientificamente que, com esses treinamentos, é possível reduzir o tempo de internação e até os custos hospitalares, sem elevar a mortalidade”, aponta.



Higienizar as mãos é um dos focos das ações educativas promovidas pela CCIH

“As ações qualificam a estadia do paciente nas unidades e também asseguram o próprio profissional ou agente de saúde. Todos saem beneficiados”, afirma o médico.

As políticas adotadas pela CCIH do HGF obedecem às normas da Organização Mundial da Saúde (OMS). Seguem também as determinações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que em 1998 regulamentou as comissões nos hospitais brasileiros.

Higienização das mãos

Entre as metodologias adotadas, a qualificação e a conscientização dos profissionais por meio de atividades educativas são prioritárias. A equipe acredita que a conscientização didática gera respostas mais positivas na atuação dos serviços do hospital. Atitudes simples, como a higienização adequada das mãos antes e durante atendimentos, podem salvar vidas. Para isso, são realizados treinamentos sobre a técnica correta e a importância da prática contínua ao longo do dia. “Apesar de ser um hábito básico, ainda é preciso, em todos os hospitais, reforçar a necessidade da boa higienização das mãos e a não utilização de adornos na assistência. Essas atitudes podem ser decisivas e mudar cursos”, reforça.

Monitoramento do uso de antimicrobianos

Conforme a Anvisa, infecções hospitalares são aquelas adquiridas após a internação e manifestadas antes ou após a alta, quando relacionadas a procedimentos hospitalares.

A comissão realiza um trabalho abrangente, que inclui desde a gestão e supervisão dos recursos de hotelaria, como a limpeza de lençóis e vestuários, até inspeções em ambientes complexos, como centros cirúrgicos e unidades de terapia intensiva (UTIs).

Outro foco é o controle das bactérias multirresistentes, uma preocupação atual da OMS. Diariamente, os especialistas realizam ações para isolar pacientes infectados e controlar o uso de antimicrobianos. “A utilização inadequada de medicamentos pode aumentar a resistência bacteriana. O controle da CCIH busca reduzir esses casos alarmantes”, afirma Danilo.



Texto e foto: Luã Diogenes

Internato Médico: como o HGF contribui na formação de novos médicos no Ceará

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) tem sido referência na formação de novos profissionais de saúde no Ceará. O equipamento da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa) integrou sua primeira equipe de internato médico em 1970 com a fundação do Centro de Estudos e Aperfeiçoamento. A turma foi formada por estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Estágio obrigatório do curso, o internato permite que estudantes recebam a supervisão de profissionais veteranos na orientação de atendimentos e ações práticas. O objetivo principal desta etapa curricular é fazer com que, na fase final da graduação, os alunos tenham o devido treinamento prático das atividades médicas antes aprendidas no campo teórico.

Coordenadora-geral do Internato Médico do HGF, Sandra Michiles explica o intuito acadêmico do núcleo que integra a Diretoria de Ensino, Pesquisa e Residência da unidade. “O contato com residentes, médicos e outros profissionais de saúde faz com que os estudantes adquiram novos conhecimentos e se qualifiquem para uma atuação profissional futura”, pontua. A médica completa: “essa troca é uma etapa de amadurecimento e também gratificante para todos os envolvidos neste percurso acadêmico”.

Processo de seleção

As mais de 180 vagas semestrais do internato estão distribuídas entre as cinco áreas médicas: Cirurgia, Clínica, Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria. A solicitação deve ser feita por meio da Plataforma da Coordenadoria de Gestão da Educação Permanente em Saúde (CGEPS) da Seda, na qual as instituições de ensino superior públicas e privadas podem requerer todo o internato hospitalar ou estágios eletivos. Os alunos deferidos na plataforma são distribuídos de acordo com as vagas disponíveis no HGF.

Antes do início das atividades, é realizada uma recepção para os internos que vão iniciar o ciclo de atendimentos. O evento conta com a participação das diretorias e seus respectivos representantes de coordenações do hospital. Esse acolhimento tem como objetivo de familiarizar os alunos com o ambiente hospitalar e esclarecê-los sobre as normas e regras vigentes, incorporando-os ao corpo clínico do hospital.

Mensalmente, estes estudantes são avaliados para que seja possível o aprimoramento das performances e a reflexão do processo de

ensino-aprendizagem. São verificados quesitos, como frequência e competências, gerando resultados que posteriormente são enviados às instituições de origem.



38 programas de residência médica e 8 programas de residência multiprofissional compõem a unidade

Aprendizagem dos estudantes

O HGF prioriza o ensino e a pesquisa, demonstrando um forte compromisso com a promoção e a qualificação de projetos que envolvem a comunidade acadêmica. Essa dedicação visa aprimorar continuamente a prática médica no Estado, refletindo o empenho da unidade em promover avanços significativos na área.

Estudante de medicina e interno do HGF, Christopher Falcão conta que a etapa tem sido muito enriquecedora: “Ingressei no internato em janeiro de 2023 e desde lá foram muitos os aprendizados. O contato com os pacientes, estudos de caso e lições com profissionais formados enriquece a nossa trajetória de estudante e nos estimula a persistir na profissão”.

“É muito gratificante para nós, profissionais do HGF, esse momento de troca com universitários e futuros colegas de ofício. Mais tarde, teremos a recompensa de ver alunos que foram nossos internos galgando trajetórias médicas e se destacando na sua área”, afirma Sandra. “Aprendemos muito com os internos. Esse trabalho mostra que estamos sempre em processo de formação e obtendo novos conhecimentos”, acrescenta.



Texto e foto: Luã Diogenes

Urologia: serviço intensifica assistência e amplia a capacidade de atendimento

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF), vinculado à Secretaria de Saúde do Ceará (Sesa), é um dos principais centros de referência em Urologia do estado. No primeiro semestre de 2024, foram realizados mais de 4 mil atendimentos, incluindo consultas ambulatoriais, cirurgias e emergências.

Inaugurado em 1974, o setor rapidamente se tornou um ponto de referência, recebendo pacientes tanto de Fortaleza quanto do interior do Ceará. Marcos Flávio Rocha, chefe do serviço de Urologia do HGF, destaca que a equipe é altamente capacitada para lidar com uma ampla gama de patologias, que abrange doenças da próstata, bexiga, uretra, pênis, testículos e rins.

Principais demandas

Quando o assunto é Urologia, o câncer de próstata é ainda uma das principais preocupações da saúde pública. Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), são registrados, anualmente, cerca de 70 mil novos casos da doença no País, resultando em aproximadamente 15 mil mortes.

O HGF tem focado em campanhas de conscientização e ações educativas, combatendo o preconceito que ainda persiste. “Se essas patologias forem descobertas no início, a probabilidade de cura é enorme. Com um trabalho contínuo de prevenção, muitas vidas poderiam ser salvas”, reforça o médico.



O serviço segue disponível para a população os sete dias da semana e durante os três turnos.

Outra grande demanda do setor são os casos de cálculos urinários, atendidos com a mesma eficiência. O hospital mantém um comodato que possibilita a realização de cirurgias minimamente invasivas, permitindo que muitos pacientes voltem para casa no mesmo dia da operação.

“Possuímos um maquinário de ponta, que inclui videocirurgias; e estamos planejando a aquisição de equipamentos para realizar cirurgias robóticas”, afirma Marcos.

Atendimento de Emergência

O HGF se destaca como a única emergência no estado com atendimento dedicado a demandas urológicas, o que resulta em uma alta demanda pelos serviços. A equipe realiza mais de 100 cirurgias de emergência por mês e o fluxo de pacientes continua a crescer. Para reduzir as filas e expandir a capacidade de atendimento, o setor funciona em três turnos (manhã, tarde e noite) e realiza cirurgias também aos sábados. Durante esses dias, a capacidade é para atender entre 10 e 12 pacientes, de modo a garantir que todos recebam a assistência necessária.

Cuidando de quem cuida: a promoção de estratégias de suporte e bem-estar na residência multiprofissional em saúde

Caring for those who care: promoting support strategies and wellness in multiprofessional health residency

Submetido: 27/08/2024 | Aprovado: 16/09/2024

Francisco Vinicius Clemente Serra Azul

<https://orcid.org/0000-0002-7958-2044>

Farmacêutico, Mestre em Farmacologia, Residente em Cancerologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

Karina Cláudia Mendes Simões

<https://orcid.org/0009-0006-8687-0788>

Assistente Social, Residente em Cancerologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

Gabriel da Silva Pereira

<https://orcid.org/0000-0002-3381-1235>

Psicólogo, Residente em Cancerologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

Georgia de Sousa Serpa

<https://orcid.org/0000-0002-7713-3472>

Enfermeira, Residente em Cancerologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

Paulo Jefferson Santos Marques

<https://orcid.org/0009-0004-6283-7874>

Farmacêutico, Mestre em Patologia, Residente em Cancerologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

Romario Rodrigues de Sousa

<https://orcid.org/0009-0000-6436-1364>

Fisioterapeuta, Residente em Cancerologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

Tais Ingrid Pinheiro Rodrigues

<https://orcid.org/0000-0003-1929-2413>

Assistente Social, Residente em Cancerologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

Albertisa Rodrigues Alves

<https://orcid.org/0000-0002-8842-2085>

Enfermeira, Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem, Supervisora Geral da Residência Multiprofissional em Cancerologia da ESP-CE/HGF.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, tem como objetivo principal oferecer atendimento integral e capacitar profissionais de saúde. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, instituído pela Lei nº 11.129/2005, visa preparar profissionais para aprimorar a assistência e a integração dentro do SUS. Durante a residência, os profissionais enfrentam desafios significativos, como longas jornadas de trabalho, altas expectativas e pressões, que podem impactar seu bem-estar emocional e desempenho. O estresse resultante de responsabilidades intensas, cuidados com pacientes críticos e a necessidade de equilibrar conhecimento com uma carga de trabalho pesada pode prejudicar a colaboração e as relações interpessoais. Este estudo compartilha as experiências vividas ao longo de seis meses no Hospital Geral de Fortaleza, entre março e agosto de 2024, com foco nas estratégias de suporte social entre residentes de diferentes áreas. Durante esse período, foram implementadas atividades como a “Hora da Merenda” e “Rodas Culturais” com filmes, músicas, jogos e livros. Os resultados indicam que essas iniciativas contribuíram para melhorar as relações entre os residentes, reduzir conflitos e fortalecer o espírito de equipe. Além disso, essas atividades promoveram um equilíbrio saudável entre o trabalho e a vida pessoal, destacando a importância de um ambiente colaborativo e de apoio mútuo. Manter e expandir essas práticas é fundamental para fortalecer a integração e o cuidado entre os residentes, ajudando-os a enfrentar melhor os desafios da residência.

Palavras-chave: suporte social; promoção em saúde; estresse do cuidar.

ABSTRACT

The Brazilian Unified Health System (SUS), established by the Federal Constitution of 1988 and regulated by Laws No. 8.080/90 and No. 8.142/90, aims primarily to provide comprehensive care and train healthcare professionals. The Multiprofessional Health Residency Program (RMS), created by Law No. 11.129/2005, seeks to prepare professionals to enhance care and integration within SUS. During their residency, professionals face significant challenges such as long working hours, high expectations, and pressures that can impact their emotional well-being and performance. The stress resulting from intense responsibilities, care for critical patients, and the need to balance knowledge with a heavy workload can undermine collaboration and interpersonal relationships. This study shares experiences from six months at the Hospital Geral de Fortaleza, between March and August 2024, focusing on social support strategies among residents from different areas. During this period, activities such as “Hora da Merenda” and “Rodas Culturais” with films, music, games, and books were implemented. The results indicate that these initiatives helped improve relationships among residents, reduce conflicts, and strengthen team spirit. Additionally, these activities promoted a healthy balance between work and personal life, highlighting the importance of a collaborative and supportive environment. Maintaining and expanding these practices is crucial for strengthening integration and care among residents, helping them better cope with the challenges of residency.

Keywords: social support; health promotion; caregiver burden.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é composto por ações e serviços integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, instituída pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde. Uma das diretrizes do SUS é o atendimento integral, sendo uma de suas competências a organização da formação de recursos humanos na área da saúde (1).

A construção de processos formativos para enfrentar os desafios à consolidação do SUS e ao princípio da integralidade está intrinsecamente associada à rotina dos serviços de saúde e às relações que se estabelecem na gestão e no cuidado. Esses processos são centrais e necessários nas mudanças nos processos de trabalho, o que evidencia a importância de abordagens inovadoras na formação dos profissionais de saúde (2).

Instituído pela Lei nº 11.129 em 30 de junho de 2005, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) visa formar profissionais qualificados para atuar de acordo com os princípios do SUS. O programa, alinhado com as diretrizes do SUS e as necessidades locais e regionais, busca promover melhorias no modelo de assistência e na integração dos processos de trabalho (3).

Embora o RMS vise aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos no sistema público de saúde, os residentes frequentemente enfrentam desafios significativos. Esses desafios surgem de pressões internas, como autocrítica, e externas, como alta carga horária e expectativas institucionais, o que pode resultar em estresse e impactar o bem-estar emocional e o desempenho profissional dos residentes (4).

O estresse enfrentado pelos residentes multiprofissionais está relacionado à gestão da responsabilidade profissional, ao cuidado com pacientes graves, ao manejo de situações complexas e à necessidade de equilibrar um grande volume de conhecimento. Além disso, os residentes devem estabelecer limites claros entre sua identidade pessoal e profissional. Esse estresse pode ser exacerbado por fatores relacionados ao treinamento, como privação de sono, fadiga, alta demanda assistencial, excesso de tarefas administrativas e desafios na qualidade do ensino e do ambiente educacional (5).

Essas condições podem interferir nas relações interprofissionais, tanto com outros profissionais de saúde quanto com os próprios colegas de residência, afetando a colaboração e o trabalho em equipe. Além disso, características individuais, como gênero, traços de personalidade e vulnerabilidades psicológicas, bem como situações pessoais, também podem contribuir para o aumento do estresse.

O objetivo deste relato de experiência é compartilhar as vivências de seis meses no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), um hospital terciário vinculado ao SUS, em Fortaleza, Ceará, entre março e agosto de 2024. Durante esse período, foram desenvolvidas e implementadas diversas estratégias de suporte social para os residentes multiprofissionais em saúde. As iniciativas incluíram a promoção de um ambiente colaborativo e o fortalecimento das redes de apoio entre os residentes, com o objetivo de aprimorar a gestão do estresse e promover o bem-estar emocional no âmbito hospitalar.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

De acordo com o modelo interacionista, o estresse ocorre quando estímulos do ambiente externo ou interno excedem as capacidades de adaptação de um indivíduo ou sistema social. Esse modelo envolve uma avaliação cognitiva, onde o indivíduo classifica eventos em termos de seu impacto no bem-estar pessoal. Se um evento é visto como uma ameaça ou desafio, o estresse é desencadeado e leva à avaliação das estratégias de enfrentamento. Se essas estratégias não forem eficazes e o estressor persistir, o estresse pode se cronificar, resultando na síndrome de Burnout, que afeta negativamente as esferas pessoal, profissional, familiar e social (6).

Em um ambiente hospitalar, a possibilidade de evitar ou escapar de situações estressoras é limitada, pois muitas dessas são parte integrante da rotina diária da instituição. Diante dessa realidade, os profissionais recorrem a estratégias para lidar com o estresse e o desconforto físico e emocional, conhecidas como "estratégias de enfrentamento". Essas estratégias fazem parte de um repertório comportamental adquirido ao longo da vida, especialmente durante a formação acadêmica, estágios e programas de residência. Embora as situações enfrentadas no ambiente hospitalar possam ter semelhanças com eventos cotidianos, elas possuem suas próprias particularidades (7).

Durante os dois anos de residência, é comum observar um desgaste nas relações entre os residentes, caracterizado pelo aumento de conflitos e discussões que podem prejudicar os vínculos profissionais, intensificados pela rotina estressante do hospital. Nesse cenário, o suporte social surge como uma estratégia essencial para enfrentar esses desafios (8). Buscar apoio emocional e prático de colegas, familiares e amigos pode proporcionar alívio, encorajamento e uma nova perspectiva sobre as dificuldades, ajudando os residentes a gerenciar melhor o estresse e a manter seu bem-estar emocional.

Ter um espaço de convivência é essencial para o desenvolvimento das relações interpessoais. Nesse contexto, o alojamento da residência se revela um ambiente fundamental para o convívio e o aprimoramento dos laços entre os residentes. A transição do R1 para o R2, bem como a chegada de novos residentes, é um ponto crítico. Isso ocorre porque as relações entre os residentes já estabelecidos estão bem consolidadas, e a introdução de novos integrantes pode alterar dinâmicas e vínculos previamente formados.

Dessa forma, ações integrativas como atividades culinárias, uso de mídias sociais, e recursos visuais (filmes) e auditivos (músicas), foram essenciais para revitalizar os laços estabelecidos e reforçar novos vínculos. Essas iniciativas não apenas fortaleceram a comunicação, mas também melhoraram as relações interpessoais e promoveram um equilíbrio saudável entre a saúde física e mental no ambiente hospitalar.

Para estabelecer novos vínculos e promover a integração entre residentes de diferentes áreas, foram implementadas várias estratégias ao longo do período descrito neste relato. Uma dessas foi a "Hora da Merenda", um momento em que os residentes se reúnem na copa não apenas para se alimentar, mas também para compartilhar experiências sobre a rotina de trabalho, desafios e frustrações. Esses encontros proporcionaram uma oportunidade valiosa para a troca de experiências entre profissionais de diferentes especialidades, facilitando a resolução de problemas e a melhoria dos processos de trabalho. Além disso, a preparação de pratos regionais, como cuscuz e tapioca, pelos próprios residentes promoveu uma rica troca cultural e fortaleceu os laços entre os profissionais.

Outra ferramenta valiosa de suporte foram as "Rodas Culturais" e o uso de recursos audiovisuais. Sempre que possível, os residentes organizaram atividades como sessões de filmes, audições de álbuns, leituras de livros, jogos de board games e celebrações de períodos festivos, como a festa junina, fora do ambiente de trabalho. Esses encontros culturais foram seguidos por discussões e debates, oferecendo uma oportunidade para compartilhar perspectivas e fortalecer os laços entre os participantes.

Além de oferecer uma pausa essencial das demandas profissionais, essas atividades foram fundamentais para diversificar interesses e reduzir o estresse. É necessário reconhecer que a dedicação exclusiva às questões hospitalares e profissionais pode contribuir para o desenvolvimento de crises de ansiedade, depressão e burnout. Portanto, é indispensável manter um equilíbrio com atividades que promovam o bem-estar e a descontração, garantindo uma saúde mental e emocional equilibrada.

CONCLUSÃO

As atividades implementadas proporcionaram aprendizados valiosos, destacando a importância do suporte social e das práticas integrativas para fortalecer os relacionamentos e melhorar o ambiente de trabalho. As iniciativas, que incluíram práticas gastronômicas regionais e recursos culturais como filmes, músicas, jogos e livros, desempenharam um papel crucial no bem-estar emocional e social dos residentes.

Esses encontros foram fundamentais para consolidar uma cultura organizacional mais colaborativa e solidária. Além de reduzir conflitos e promover o bem-estar geral, as atividades culturais reforçaram o espírito de equipe e criaram um ambiente descontraído para a troca de experiências e fortalecimento das conexões interpessoais. O apoio mútuo e a amizade foram essenciais para enfrentar os desafios da residência, ressaltando a necessidade de continuar e expandir essas práticas para melhorar a integração e o cuidado entre os residentes.

REFERÊNCIAS

1. Tempesk P, Borba M. O SUS como Escola. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2009 [acesso em 29 jul. 2024];33(3):319-320. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000300001>.
2. Carneiro EM, Teixeira LM, Pedrosa JI. The multiprofessional residency in health: newcomers' expectations and students' perceptions. Physis

[Internet]. 2021 [acesso em 17 jul. 2024];31(3):e310314. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310314>.

3. Matta GC. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: Matta GC, Pontes AL (organizadores). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ; 2007 [acesso em 17 jul. 2024]. p. 61-80. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>.

4. Cahú RA, Santos AC, Pereira RC, Vieira CJ, Gomes SA. Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. Rev Bras Ter Cogn [Internet]. 2014 [acesso em 29 jul. 2024];10(2):76-83. doi: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20140013>

5. Guido LA, Goulart CT, Silva RM, Lopes LF, Ferreira EM. Estresse e Burnout entre residentes multiprofissionais. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2012 [acesso em 21 jul. 2024];20(6):1064-1071. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600008>.

6. Guerrer FJ, Bianchi ER. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. Rev Esc Enfermagem USP [Internet]. 2008 [acesso em 29 jul. 2024];142(2):355-362. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000200020>.

7. Maturana AP, Valle TG. Estratégias de enfrentamento e situações estressoras de profissionais no ambiente hospitalar. Psicol Hosp [Internet]. 2014 [acesso em 21 jul. 2024];12(2):2-23. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v12n2/12n2a02.pdf>.

8. Sousa VF, Araujo TC. Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. Psicol Ciênc Prof [Internet]. 2015 [acesso em 21 jul. 2024];35(3):900-915. doi:<https://doi.org/10.1590/1982-370300452014>.

Seguimento clínico de gestação em paciente com cardiopatia isquêmica: um relato de caso

Clinical follow-up of pregnancy in a patient with ischemic heart disease: a case report

Submetido: 15/08/2024 | Aprovado: 14/09/2024

Helvécio Neves Feitosa

<https://orcid.org/0000-0001-6664-9206>

Médico Ginecologista e Obstetra, preceptor da Residência de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Doutorado em Medicina (Obstetrícia) pela Universidade Federal de São Paulo (1992).

Fabianna Fabíola Neri Teixeira

<https://orcid.org/0000-0002-5966-5838>

Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Carolina Oliveira Sousa

<https://orcid.org/0000-0002-0377-228X>

Médica Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Beatriz Maia Gouveia

<https://orcid.org/0009-0003-2901-1045>

Médica Ginecologista e Obstetra, Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Camilla Barros Meireles

<https://orcid.org/0000-0001-7622-5677>

Médica Ginecologista e Obstetra, Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

RESUMO

A doença cardíaca é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna não obstétrica. A sobrecarga cardiovascular decorrente das modificações fisiológicas da gravidez predispõe a descompensação clínica da patologia preexistente e complicações perinatais. O artigo objetiva relatar o manejo clínico e desfecho de caso raro de gestação em paciente com história de Dissecção de coronárias e Infarto agudo do miocárdio. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter observacional, descritivo, baseado em um Relato de Caso. Os dados foram coletados e avaliados após consentimento livre e esclarecido do paciente e aprovação do Comitê de Ética. Paciente, 42 anos, obesa, com histórico de hipertensão arterial sistêmica, Dissecção espontânea de coronárias em 2020; infarto agudo do miocárdio em 2020 e 2021 e hipertrofia concêntrica de ventrículo esquerdo. Classificada como NYHA I no período pré gestacional. Admitida em serviço de obstetrícia com idade gestacional (IG): 34 semanas, com relato de ausência de uso de drogas para controle de cardiopatia isquêmica devido à gestação e dispneia progressiva aos mínimos esforços (NYHA III). Realizada internação hospitalar para manejo clínico. Optou-se pela resolução da gestação com IG 37 semanas. A cesariana foi a via de parto elegível por reduzir o estresse vascular. O parto não apresentou intercorrências e a paciente recebeu alta hospitalar 7 dias após o procedimento, com controle dos sintomas cardiovasculares. A descrição deste caso contribui para o conhecimento sobre o impacto da cardiopatia isquêmica no período gestacional. Ademais, a assistência ao do pré natal e puerpério contribui para desfecho positivo da gestação.

Palavras-chave: doenças cardiovasculares; complicações; gestantes; fatores de risco.

ABSTRACT

Heart disease is a leading cause of non-obstetric maternal morbidity and mortality. Cardiovascular overload resulting from physiological changes during pregnancy predisposes to clinical decompensation of preexisting pathology and perinatal complications. The article aims to report the clinical management and outcome of a rare case of pregnancy in a patient with a history of coronary dissection and acute myocardial infarction. This is a qualitative, observational, descriptive study based on a case report. Data were collected and evaluated after the patient's informed consent and approval by the ethics

committee. Patient, 42 years old, obese, with a history of systemic arterial hypertension, spontaneous coronary dissection in 2020; acute myocardial infarction in 2020 and 2021 and concentric left ventricular hypertrophy. Classified as NYHA I in the pre-gestational period. Admitted to the obstetrics service at gestational age (GA): 34 weeks, with a report of no use of drugs to control ischemic heart disease due to pregnancy and progressive dyspnea with minimal effort (NYHA III). Hospitalization was performed for clinical management. It was decided to resolve the pregnancy at 37 weeks GA. Cesarean section was the eligible delivery route because it reduces vascular stress. The delivery was uneventful and the patient was discharged from hospital 7 days after the procedure, with control of cardiovascular symptoms. The description of this case contributes to the knowledge about the impact of ischemic heart disease during pregnancy. Furthermore, prenatal and postpartum care contributes to a positive outcome of pregnancy.

Keywords: cardiovascular diseases; complications; pregnant women; risk factors.

INTRODUÇÃO

A doença cardíaca é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna não obstétrica. A sobrecarga cardiovascular decorrente das modificações fisiológicas da gravidez predispõe a descompensação clínica da patologia preexistente e complicações perinatais (1).

A aterosclerose coronariana é a principal causa de infarto agudo do miocárdio (IAM), mas também pode estar relacionado com trombose coronária, aneurismas e dissecção coronariana. A incidência de gestações em pacientes com infarto agudo do miocárdio prévio, embora rara, vem aumentando à medida que as mulheres engravidam com idades mais avançadas (2).

Após o evento cardiovascular, a classificação funcional das doenças cardíacas - New York Heart Association (NYHA) tem utilidade no aconselhamento pré-concepcional e na estimativa dos riscos no pré natal e puerpério a partir da condição clínica das pacientes. Aquelas classificadas como NYHA I e II costumam ter evolução favorável durante a gravidez, enquanto as classificadas como classe III ou IV têm aumento significativo da mortalidade (3).

Existem poucos casos descritos em literatura de seguimento clínico da gestação em portadoras de cardiopatias associadas ao IAM. Portanto, a descrição deste caso contribui para o conhecimento sobre o impacto da cardiopatia isquêmica no período gestacional. Ademais, o manejo do pré natal e puerpério compartilhado entre profissionais da obstetria, cardiologia, anestesiologia e medicina intensiva contribui para um desfecho positivo da gestação, reduzindo as taxas de complicações materno-fetal.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Relatar o manejo clínico e desfecho de caso raro de gestação em paciente com história de dissecação de coronárias e infarto agudo do miocárdio.

Objetivos específicos

Demonstrar a evolução clínica de gestação em paciente com infarto agudo do miocárdio e dissecação coronariana prévios à concepção fetal.

Relatar o manejo terapêutico de cardiopatia isquêmica na gestação, visando reduzir a sobrecarga cardíaca materna e as repercussões fetais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter observacional, descritivo, baseado em um relato de caso. Os dados foram coletados e avaliados após consentimento livre e esclarecido do paciente e aprovação do Comitê de Ética.

RESULTADOS

A doença cardíaca é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna não obstétrica. A sobrecarga cardiovascular decorrente das modificações fisiológicas da gravidez predispõe a descompensação clínica da patologia preexistente e complicações perinatais. Pacientes classificadas como NYHA (New York Heart Association) I e II costumam ter evolução favorável durante a gravidez, enquanto as classificadas como classe III ou IV têm aumento significativo da mortalidade. A incidência de gestações em pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio, embora rara, vem aumentando à medida que as mulheres engravidam com idades mais avançadas (1).

Paciente, 42 anos, obesa (IMC: 39.3kg/m²), com histórico de hipertensão arterial sistêmica, dissecação espontânea de coronárias em 2020, episódio de infarto agudo do miocárdio em 2020 e 2021 e hipertrofia concêntrica de ventrículo esquerdo. Classificada como NYHA I no período pré gestacional, em uso de Enalapril 20mg/dia, Propatilnitrato 30mg/dia, Carvedilol 25 mg/ dia, Ácido acetilsalicílico 100 mg/ dia, Sinvastatina 40mg/ dia e Trimetazidina 70mg/ dia. Admitida em serviço de obstetria com idade gestacional (IG): 34 semanas, G7P5VA1, com relato de ausência de uso de drogas para controle de cardiopatia isquêmica devido à gestação e dispneia progressiva aos mínimos esforços (NYHA III). Optado por internação hospitalar para manejo clínico. Em abordagem multidisciplinar entre obstetria, cardiologia e anestesiologia, optado por tratamento com Anlodipino 20mg/ dia, Metildopa 750 mg/ dia, Ácido acetilsalicílico 100 mg/dia e Carvedilol 25mg/ dia.

Submetida a ecocardiograma transtorácico em 14/02/2023, que demonstrou fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE): 60%, com mínimo refluxo aórtico e hipertrofia excêntrica do ventrículo esquerdo. Em novo ecocardiograma transtorácico em 16/03/2023, apresentou FEVE de 50% (Figura 1). Na internação também foi realizada ultrassonografia obstétrica com doppler, demonstrando feto grande para idade gestacional (GIG), com peso no p97. Realizado rastreio para diabetes, como resultado de exames dentro da normalidade. Na internação, a paciente apresentou controle satisfatório dos sintomas, assim como das pressões arteriais.

Pelo alto risco cardiovascular, optou-se pela resolução da gestação com IG 37 semanas. A cesariana foi a via de parto elegível por reduzir o estresse vascular. O parto não apresentou intercorrências e a recuperação cirúrgica ocorreu em leito de unidade de terapia intensiva (UTI) com manutenção da internação por 7 dias após o parto, a fim de monitorizar e prevenir quaisquer eventos cardiovasculares no puerpério. A paciente recebeu alta hospitalar 7 dias após a cesárea com controle dos sintomas cardiovasculares.

Figura 1 - Ecocardiograma transtorácico



Fonte: Elaborada pelos autores (2024).

DISCUSSÃO

Existem poucos casos descritos em literatura de seguimento clínico da gestação em portadoras de cardiopatias associadas ao IAM. Pacientes cardiopatas devem ter assistência pré-natal com equipe de obstetria e cardiologia e em casos de cardiopatias mais graves, como no caso descrito, a indicação de resolução seria via alta, além de necessitarem de assistência em hospital terciário com retaguarda de unidade de terapia intensiva (UTI) no puerpério por, no mínimo, 24-48 horas, atentando para medidas preventivas das principais complicações (insuficiência cardíaca, hemorragia pós-parto e tromboembolismo).

CONCLUSÃO

A descrição deste caso contribui para o conhecimento sobre o impacto da cardiopatia isquêmica no período gestacional. Ademais, o manejo do pré natal e puerpério compartilhado entre profissionais da obstetria, cardiologia, anestesiologia e medicina intensiva contribui para um desfecho positivo da gestação, reduzindo as taxas de complicações materno-fetal.

REFERÊNCIAS

1. Bruno SK, Feitosa HN, Carvalho AA, Vasconcelos Neto JA, Sousa JL, Eleutério FJ. HGF: protocolos de obstetria. Fortaleza: Premium; 2021.
2. Andrade JP, coordenador. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2009 [acesso em 31 jul. 2024];93(6 supl.1):e110-e178. Disponível em: <https://www.portal.cardiol.br/br/diretrizes?year=2009>.
3. Ministério da Saúde (BR). Manual de gestação de alto risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 27 jul. 2024]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.

Abordagem conservadora em gravidez com implantação do saco gestacional em cicatriz de cesárea anterior: relato de caso

Conservative approach in pregnancy with implantation of the gestational sac in the scar of a previous cesarean section: case report

Submetido: 10/08/2024 | Aprovado: 16/09/2024

Carolina Oliveira Sousa

<https://orcid.org/0000-0002-0377-228X>

Médica Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Beatriz Maia Gouveia

<https://orcid.org/0009-0003-2901-1045>

Médica Ginecologista e Obstetra, Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Helvécio Neves Feitosa

<https://orcid.org/0000-0001-6664-9206>

Médico Ginecologista e Obstetra, preceptor da Residência de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Doutorado em Medicina (Obstetrícia) pela Universidade Federal de São Paulo (1992).

Camilla Barros Meireles

<https://orcid.org/0000-0001-7622-5677>

Médica Ginecologista e Obstetra, Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Fabianna Fabíola Neri Teixeira

<https://orcid.org/0000-0002-5966-5838>

Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

RESUMO

A gestação em cicatriz de cesariana anterior é uma forma rara de gestação ectópica, cujo a incidência vem em crescente, concomitante com o aumento das taxas de parto cesárea (1). Esta condição tem como método diagnóstico de escolha o ultrassom transvaginal com doppler (2). Na maioria destes casos, a literatura atual propõe a interrupção precoce da gestação pelo risco de complicações maternas graves (3). Relataremos um caso de uma paciente 33 anos, G3P1CA1, do Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral de Fortaleza que foi optado pelo tratamento conservador, com seguimento ultrassonográfico rigoroso e de forma ambulatorial, porém com mudança imagiológica em exames de ultrassom subsequentes. Dessa forma, houve a possibilidade de resolução da gestação a termo e de forma eletiva, sem outras intercorrências relacionadas à patologia durante a gestação, com desfecho favorável para a paciente e o recém nascido. Diante deste relato, concluímos pela necessidade de cautela no diagnóstico e no seguimento de gestação ectópica em cicatriz de cesariana. Trata-se de um estudo de caráter observacional, descritivo, baseado em um relato de caso. Os dados foram coletados e avaliados após consentimento livre e esclarecido da paciente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza.

Palavras-chave: gravidez ectópica; cesárea; cicatriz; relatos de casos.

ABSTRACT

Pregnancy in a previous cesarean scar is a rare form of ectopic pregnancy, whose incidence has been increasing concomitantly with the increase in cesarean delivery rates (1). This condition has transvaginal ultrasound with Doppler as the diagnostic method of choice (2). In most of these cases, current literature suggests early termination of pregnancy due to the risk of serious maternal complications (3). We report the case of a 33-year-old patient, G3P1CA1, from the Obstetrics Service of the Hospital Geral de Fortaleza who opted for conservative treatment, with strict ultrasound follow-up and on an outpatient basis, but with imaging changes in subsequent ultrasound exams. Thus, there was a possibility of full-term and elective resolution of the pregnancy, without other complications related to the pathology

during pregnancy, with a favorable outcome for the patient and the newborn. Given this report, we conclude that caution is needed in the diagnosis and follow-up of ectopic pregnancy in a cesarean scar. This is an observational, descriptive study based on a case report. Data were collected and evaluated after the patient gave informed consent and approval by the Research Ethics Committee of the Hospital Geral de Fortaleza.

Keywords: pregnancy ectopic; cesarean section; cicatrix; case reports.

INTRODUÇÃO

A gestação em cicatriz de cesariana anterior é uma forma rara de gestação ectópica. Sua incidência vem aumentando juntamente com o aumento das taxas de parto cesárea (1). A incidência estimada é de 1 para 1.800 e até 1 para 2.216 gravidezes. O ultrassom transvaginal com Doppler é o método diagnóstico de escolha (3).

Relataremos um caso que foi tratado conservadoramente com desfecho favorável, sem a interrupção da gestação. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter observacional, descritivo, baseado em um relato de caso. Os dados foram coletados e avaliados após consentimento livre e esclarecido do paciente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Paciente 33 anos, G3P1CA1, realizou curetagem pós-aborto em 2007 e cesariana em 2013. Chegou ao hospital terciário com ultrassonografia (USG) mostrando gestação de 6 semanas e 2 dias, implantada em istmo uterino (21/07/2022 - Figura 1), em topografia de cicatriz de cesárea. Realizado USG em nosso serviço que confirmou o achado (28/07/2022 - Figura 2).

Figura 1 - US transvaginal



Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

Figura 2 - US pélvica transabdominal



Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

Decidido, em conjunto com a paciente, manejo conservador com continuidade da gestação e avaliação ultrassonográfica semanal. Durante a avaliação semanal, o diagnóstico de gestação implantada em cicatriz de cesariana foi mantido, porém o saco gestacional (SG) crescia em direção à cavidade uterina o que encorajava a manutenção do conservadorismo. Na USG de 12 semanas (Figura 3), foi observado SG ocupando a cavidade uterina.

Figura 3 - Gestação de 12 semanas



Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

No acompanhamento pré-natal, a paciente evoluiu com as USG seguintes mostrando gestação com placenta anterior e prévia, porém sem sinais de acretismo. Houve também diagnóstico de diabetes mellitus gestacional insulino dependente, feto grande para idade gestacional e polidrâmnio. Realizada resolução da gestação com 37 semanas. Descrito como achado intraoperatório placenta prévia, com dificuldade de realização da curagem uterina. Feto vivo, com boa vitalidade. Paciente evoluiu com hemorragia pós-parto. Foi estabilizada com medidas clínicas e mantida em UTI para vigilância, porém foi indicada e realizada histerectomia subtotal puerperal devido à anemia refratária a transfusão de hemoconcentrados, no 3º dia pós-parto, sem intercorrências, com achado de útero hipotônico e volumosa quantidade de coágulos intrauterinos. Posteriormente, confirmado em histopatológico o achado de acretismo placentário. Paciente evoluiu estável após abordagem e foi liberada juntamente com o recém-nascido (RN) para acompanhamento ambulatorial do puerpério.

CONCLUSÃO

Neste caso, houve diagnóstico inicial de gestação em cicatriz de cesariana anterior, porém com mudança imagiológica em exames de USG subsequentes, o que possibilitou levar a gestação a termo e garantir com segurança um desfecho favorável para o RN, embora com necessidade de histerectomia puerperal por acretismo placentário. Diante deste relato, concluímos pela necessidade de cautela no diagnóstico e seguimento de gestação em cicatriz de cesariana, visto que, na maioria destes casos, a literatura propõe a interrupção da gestação (3).

REFERÊNCIAS

1. Fylstra DL. Ectopic pregnancy within cesarean scar: review. *Obstet Gynecol Surv* [Internet]. 2002 [acesso em 29 jul. 2024];57(8):537-543. doi: <https://doi.org/10.1097/00006254-200208000-00024>.
2. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2003 [acesso em 29 jul. 2024];21(3):220-227. doi: <https://doi.org/10.1002/uog.56>.
3. Yela DA, Marchiani N. Tratamento conservador da gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2013 [acesso em 29 jul. 2024];35(5):233-237. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000500008>.
4. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2004 [acesso em 29 jul. 2024];23(3):247-253. doi: <https://doi.org/10.1002/uog.974>.

Desafios e aprendizados na avaliação da retenção urinária por enfermeiros residentes em UTI

Challenges and learnings in the assessment of urinary retention by nurses resident in ICU

Submetido: 28/07/2024 | Aprovado: 13/08/2024

Raquel Lemos Moura

<https://orcid.org/0009-0007-6560-6774>

Enfermeira pelo Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Residente em Terapia Intensiva.

Lucas Lima Guerreiro

<https://orcid.org/0000-0002-8996-4580>

Enfermeiro pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Residente em Terapia Intensiva.

Jessica Lima Benevides

<https://orcid.org/0000-0003-0598-9148>

Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará (UFC), possui Residente em Terapia Intensiva pelo Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC/UFC), Mestre pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Doutora pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

RESUMO

A retenção urinária (RU) pode causar complicações graves como infecções e hipertensão, e a ultrassonografia à beira do leito surge como uma alternativa à cateterização invasiva para avaliação da bexiga. Este estudo teve como objetivo documentar e analisar a aplicação da ultrassonografia por enfermeiros residentes em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para avaliar a retenção urinária em pacientes críticos. A pesquisa foi conduzida em agosto de 2024, envolvendo enfermeiros residentes que enfrentaram um paciente anúrico com hematuria e sonda vesical de demora. A metodologia incluiu a utilização de ultrassonografia à beira do leito para avaliar o volume urinário e a presença de coágulos na bexiga. O exame foi realizado com um transdutor convexo, e o volume urinário foi calculado com base nas dimensões da bexiga. Os resultados mostraram que não havia retenção urinária significativa nem sinais de coágulos, confirmando que a substituição da sonda não era necessária. Isso evitou um procedimento invasivo desnecessário. Os residentes enfrentaram desafios como a disponibilidade limitada do aparelho e a falta de treinamento adequado, mas a orientação de preceptores qualificados facilitou a integração da ultrassonografia na prática clínica. Conclusivamente, a ultrassonografia à beira do leito provou ser uma ferramenta eficaz na avaliação de condições críticas, melhorando a precisão do diagnóstico e reduzindo a necessidade de procedimentos invasivos. Essa prática não só aprimora a qualidade do cuidado intensivo, mas também contribui para o aprendizado e a formação dos enfermeiros residentes.

Palavras-chave: ultrassonografia; retenção urinária; unidade de terapia intensiva; cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Urinary retention (UR) can lead to severe complications such as infections and hypertension, and bedside ultrasonography emerges as an alternative to invasive catheterization for bladder assessment. This study aimed to document and analyze the application of ultrasonography by nurse residents in an Intensive Care Unit (ICU) for evaluating urinary retention in critically ill patients. Conducted in August 2024, the study involved nurse residents who encountered an anuric patient with hematuria and a Foley catheter. The methodology included using bedside ultrasonography to assess bladder volume and the presence of clots. An abdominal convex transducer was employed, and bladder volume was calculated based on its dimensions. Results indicated no significant urinary retention or clots, confirming that catheter replacement was unnecessary, thus avoiding an invasive

procedure. Challenges faced by the residents included the limited availability of the ultrasonography device and inadequate prior training, but the presence of qualified preceptors facilitated the integration of ultrasonography into clinical practice. In conclusion, bedside ultrasonography proved to be an effective tool for assessing critical conditions, enhancing diagnostic accuracy, and reducing the need for invasive procedures. This practice not only improves the quality of intensive care but also contributes to the learning and development of nurse residents.

Keywords: ultrasonography; urinary retention; intensive care unit; nursing care.

INTRODUÇÃO

A retenção urinária (RU) é caracterizada como a incapacidade da bexiga de eliminar a urina produzida pelos rins de forma espontânea, gerando sinais e sintomas como taquicardia, queixas de dor, agitação, infecção de trato urinário, insuficiência renal, pielonefrite, arritmias cardíacas e hipertensão arterial (1, 2).

Para a resolução da retenção urinária, dentro do ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são muito utilizados o Cateterismo Vesical de Demora e o Cateterismo Vesical Intermitente, que consistem na inserção de uma sonda flexível diretamente na bexiga através da uretra que retiram a urina diretamente da bexiga para o ambiente posterior (2).

Entretanto, esses procedimentos podem gerar danos ao doente grave várias repercussões, entre elas a infecção, trauma uretral, estenose, sangramento e dor. Para isso, é necessário que esse procedimento seja realizado apenas quando há necessidade, sendo evitada a realização sem benefícios para o doente (2).

Neste cenário surgem as possibilidades de utilização de técnicas de imagem para análise do volume urinário presente na bexiga. Dentro das possibilidades, existe a ultrassonografia, que é muito fidedigno no diagnóstico de RU (1).

A utilização da ultrassonografia à beira leito pelo enfermeiro é regulamentada pela Resolução COFEN nº 679, de 20 de agosto de 2021. De acordo com esta normativa, a prática é exclusivamente atribuída aos enfermeiros, sendo necessário que estes profissionais possuam a devida capacitação para realizar exames ultrassonográficos. A resolução assegura que a ultrassonografia, quando utilizada por enfermeiros devidamente treinados, contribua para a qualidade e segurança no cuidado dos pacientes críticos (3).

A Residência em Terapia Intensiva, surge como um modelo de formação baseado na prática cotidiana, oferece aos profissionais residentes uma oportunidade única de adquirir e refinar habilidades por meio da experiência direta com pacientes e situações reais. Entre os aspectos importantes desse aprimoramento está a aplicação da ultrassonografia no manejo de cuidados intensivos, que permite aos residentes desenvolver competências avançadas na avaliação e monitoramento de condições críticas, aprimorando assim a qualidade do cuidado oferecido (4).

A justificativa para este estudo repousa em vários aspectos relevantes. Primeiramente, a utilização de ultrassonografia por enfermeiros residentes em UTI é uma prática emergente que demanda maior compreensão e reflexão sobre seus desafios e aprendizados. Enquanto a prática de ultrassonografia se torna cada vez mais comum nas UTIs, é fundamental entender como os profissionais em formação enfrentam e superam as dificuldades associadas a essa técnica, e como suas experiências contribuem para o aprimoramento das práticas clínicas.

O objetivo deste estudo é documentar e analisar as experiências práticas de enfermeiros residentes de uma Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva na aplicação da ultrassonografia para a avaliação da retenção urinária em pacientes críticos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O estudo foi conduzido em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no mês de agosto de 2024, onde enfermeiros residentes se depararam com um paciente anúrico (<50 ml/24h) que estava utilizando uma sonda vesical de demora (SVD) de duas vias e apresentava hematuria. A situação levantou a hipótese de possível obstrução da sonda por coágulos sanguíneos ocasionando retenção urinária. A equipe discutiu a necessidade de substituir a SVD atual por uma nova sonda de três vias, que permitiria irrigação contínua para prevenir a obstrução.

Consciente dos riscos associados ao cateterismo vesical, os enfermeiros residentes decidiram realizar uma avaliação mais detalhada do paciente antes de qualquer intervenção. Utilizando a ultrassonografia à beira do leito, foi realizada a avaliação da bexiga do paciente para determinar a presença de retenção urinária e a possível existência de coágulos.

Para a avaliação, utilizou-se um transdutor convexo, recomendado para a visualização de estruturas profundas como rins, fígado e bexiga. A região anatômica ideal para o exame é a suprapúbica. Para estimar o volume de urina presente na bexiga, foi empregado um cálculo baseado na multiplicação dos diâmetros anteroposterior (A-P) e laterolateral (L-L) no plano transversal, e do diâmetro superior-inferior (S-I) no plano sagital, multiplicado pela constante 0,52 (6).

A ultrassonografia revelou que não havia volume urinário residual significativo nem sinais de coágulos, como evidenciado na Figura 1. Os valores de referência para a retenção urinária variam na literatura, com diferentes fontes indicando limiares a partir de 100, 300 ou 600 mL (6, 7).

Dessa forma, a decisão de não substituir a SVD foi confirmada pela análise ultrassonográfica, evitando assim um procedimento invasivo desnecessário e potencialmente arriscado.

Figura 1 - Bexiga na ultrassonografia



Fonte: Elaborada pelos autores (2024).

Entre os desafios enfrentados pelos enfermeiros residentes ao utilizar a ultrassonografia na prática clínica, destacam-se a indisponibilidade do aparelho em tempo integral dentro da UTI, a dificuldade em encontrar tempo livre devido às demandas intensas do plantão, e o desafio de manusear o equipamento sem treinamento prévio adequado. Esses obstáculos podem limitar a eficácia e a frequência com que a ultrassonografia é empregada, afetando a capacidade dos residentes de realizar avaliações precisas e oportunas.

Apesar dos desafios mencionados, é crucial reconhecer que o aprendizado é significativamente ampliado quando há preceptores enfermeiros qualificados para operar o ultrassom e instruir os residentes. A presença desses profissionais experientes facilita a integração da ultrassonografia como uma extensão do exame físico tradicional, um método frequentemente referido na literatura como o “quinto método propedêutico” (5). Essa abordagem não apenas enriquece o diagnóstico clínico, mas também promove uma prática mais abrangente e eficaz na avaliação dos pacientes críticos.

CONCLUSÃO

Esse episódio destacou a importância da ultrassonografia na tomada de decisões clínicas e demonstrou como a tecnologia pode auxiliar na avaliação precisa de condições críticas, contribuindo para uma abordagem mais segura e informada na prática de enfermagem em UTI.

Logo, a implementação de novas técnicas de avaliação e cuidados de enfermagem para pacientes críticos em uma unidade de terapia intensiva oferece diversas vantagens, incluindo a melhoria na precisão do diagnóstico e na monitorização contínua das condições do paciente. Essas técnicas, como a ultrassonografia à beira do leito, permitem uma avaliação mais detalhada e imediata das condições internas do paciente, facilitando a detecção precoce de complicações e a tomada de decisões clínicas mais informadas.

Além disso, o uso de tecnologias avançadas pode reduzir a necessidade de procedimentos invasivos, minimizando o risco de complicações associadas e melhorando o conforto do paciente. A adoção dessas abordagens inovadoras também contribui para a eficiência do cuidado, otimizando o manejo dos recursos e promovendo um ambiente de aprendizado contínuo para a equipe de enfermagem, que se beneficia do aprimoramento de suas habilidades e conhecimentos. Em suma, a integração de novas técnicas no cuidado intensivo fortalece a qualidade do atendimento e pode levar a melhores resultados clínicos para os pacientes.

REFERÊNCIAS

- Lopes KR, Nicolussi AC. Vantagens da ultrassonografia de bexiga na mensuração do volume urinário em pacientes críticos: revisão integrativa. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2021 [acesso em 12 ago. 2024];29(1):e61972. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.61972>.
- Lopes KR, Jorge BM, Barbosa MH, Barichello E, Nicolussi AC. Utilização da ultrassonografia na avaliação de retenção urinária em pacientes críticos. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2023 [acesso em 29 jul. 2024];31:e4027. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.6618.4027>.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 679/2021. Aprova a normatização da realização de Ultrassonografia à beira do leito e no ambiente pré-hospitalar por enfermeiro [Internet]. Brasília: COFEN; 2020 [acesso em 12 ago. 2024]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-679-2021/>.
- Aguiar IL, Castro LM, Rangel AG, Pedreira LC, Fagundes NC. The formation of nurses in residency programs in public and private intensive care units. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2014 [acesso em 12 ago. 2024];35(4):72-78. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45907>.
- Narula J, Chandrashekar Y, Braunwald E. Time to add a fifth pillar to bedside physical examination: inspection, palpation, percussion, auscultation, and insonation. JAMA Cardiol [Internet]. 2018 [acesso em 29 jul. 2024];3(4):346-350. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jamacardio.2018.0001>.
- Bastos M, Vieira AL, Pazeli Jr JM. Uso da ultrassonografia “point-of-care” na prática nefrológica: transpondo os limites do trato urinário. HU Rev [Internet]. 2019 [acesso em 12 ago. 2024];45(3):341-345. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/28745>.
- Brouwer TA, Van den Boogaard C, Van Roon EN, Kalkman CJ, Veeger N. Non-invasive bladder volume measurement for the prevention of postoperative urinary retention: validation of two ultrasound devices in a clinical setting. J Clin Monit Comput [Internet]. 2018 [acesso em 12 ago. 2024];32(6):1117-1126. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/s10877-018-0123-6>.

Desafios na captação de órgãos no centro de terapia intensiva do Hospital Geral de Fortaleza: um relato de experiência

Challenges in organ procurement at the intensive care unit of fortaleza general hospital: an experience report

Submetido: 12/08/2024 | Aprovado: 30/09/2024

Edejonas Alves do Nascimento

<https://orcid.org/0009-0006-3062-7236>

Acadêmico em Medicina, Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Márcia Maria Vitorino Sampaio Passos

<https://orcid.org/0009-0005-8283-4619>

Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Especialista em Educação e Saúde Pública pela Universidade de Fortaleza (Unifor), Mestra em Transplante pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Coordenadora da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) e do Banco de Olhos do Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Marcela Campelo Amora Fontenelle

<https://orcid.org/0009-0000-7126-3308>

Acadêmica em Medicina, Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Jéssica de Abreu Lourenço

<https://orcid.org/0009-0005-4321-3238>

Acadêmica em Medicina, Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Benjamim Antônio Pinheiro Vieira

<https://orcid.org/0009-0003-2450-019X>

Acadêmico em Medicina, Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Anna Letícia Alves Bomfim

<https://orcid.org/0009-0004-6801-7906>

Acadêmica em Medicina, Universidade Estadual do Ceará (UECE).

RESUMO

Este estudo descreve a experiência de acadêmicos de Medicina e profissionais da equipe multidisciplinar do Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) ao se depararem com os desafios existentes na captação de potenciais doadores de órgãos no referido serviço, com o objetivo de, ao demonstrar as dificuldades enfrentadas, propor medidas para tentar suplantar as adversidades referentes à doação de órgãos de pessoas com morte encefálica. Através de um relato de experiência crítico-reflexivo, a pesquisa detalha as vivências, na perspectiva de estudantes de Medicina, de casos ocorridos no serviço entre julho de 2023 e julho de 2024. Os principais resultados observados foram a escassez de informações prévias suficientes dos acompanhantes do paciente sobre a importância da doação de órgãos, o funcionamento do procedimento e os critérios de seleção dos doadores. Além disso, existe uma grande incidência de infecções hospitalares devido, sobretudo, à presença de bactérias resistentes a medicamentos, falhas na higiene adequada ou práticas inadequadas de desinfecção, o que impede a viabilidade do órgão para a doação. Por fim, existem diagnósticos que dependendo de sua complexidade, também inviabilizam o processo de transplantação. Para superar esses desafios, foi desenvolvido um projeto de extensão universitário, criado pelos acadêmicos de Medicina participantes deste relato, para promover por meio de produções audiovisuais, palestras em instituições de ensino e ações em equipamentos de saúde do estado uma sensibilização social acerca do processo de doação e da sua relevância na salvação de muitas vidas.

Palavras-chave: morte encefálica; doação de órgãos; desafios.

ABSTRACT

This study describes the experience of medical scholars and

professionals from the multidisciplinary team of the Intensive Care Unit (ICU) at Fortaleza General Hospital (FGH) when faced with the challenges of organ donation recruitment in the mentioned service. The objective is to demonstrate the difficulties encountered and propose measures to overcome the adversities related to organ donation from individuals with brain death. Through a critical-reflexive experience report, the research details the experiences, from the perspective of medical students, of cases that occurred in the service between July 2023 and July 2024. The main observed results were the scarcity of sufficient prior information from the patient's companions about the importance of organ donation, the procedure's functioning, and the donor selection criteria. Additionally, there is a high incidence of hospital infections, mainly due to the presence of drug-resistant bacteria, failures in proper hygiene, or inadequate disinfection practices, which impede organ viability for donation. Finally, there are pre-existing diseases of the potential donor that, depending on their severity, also hinder the transplantation process. To overcome these challenges, a university extension project was developed by the medical students involved in this report. The aim of the project is to raise social awareness about the donation process and its significance in saving many lives through audiovisual productions, lectures in educational institutions, and activities in health facilities across the state.

Keywords: brain death; organ donation; challenges.

INTRODUÇÃO

A doação de órgãos consiste na substituição ou retirada de um órgão ou tecido de uma pessoa viva (a depender do órgão) ou falecida, para o tratamento de outro indivíduo (receptor). Esse processo é o meio mais eficaz e econômico para a falência de órgãos em estágio terminal, sendo um aliado na sobrevivência de inúmeros pacientes no Brasil. No Ceará, dentre os órgãos e tecidos mais doados, estão: fígado, rim e córneas (1, 2, 3).

No Centro de Terapia Intensiva (CTI) é encontrado um indicador significativo de pacientes que se enquadram como potenciais doadores. O CTI também é responsável pelos exames de confirmação da potencialidade da doação, junto com a Comissão Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). A CIHDOTT tem o papel de articular com a equipe médica do estabelecimento de saúde a identificação dos potenciais doadores e a notificação à Central Estadual de Transplante (CET) conforme Decreto 9175, de 18 de Outubro de 2017 (4, 5).

Dentre os hospitais do Estado que são referência no transplante e captação de órgãos, encontra-se o Hospital Geral de Fortaleza, o qual apresentou, de 2019 até julho de 2024, um total de 372 doações efetivas de 1063 notificações (2). Nesse contexto, a doação de órgãos é um ato nobre que pode salvar vidas e proporcionar esperança para pacientes em situações críticas. Entretanto, a captação de órgãos e tecidos dos doadores no CTI do HGF tem seus desafios, tais como o desconhecimento das famílias sobre o processo de doação, assim como as infecções hospitalares e as doenças infectocontagiosas pregressas do potencial doador (4, 6).

Nessa perspectiva, este relato de experiência baseia-se em observações de casos de morte encefálica (ME) e identificação de potenciais doadores no CTI do Hospital Geral de Fortaleza, feitas por uma equipe multiprofissional e acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE), membros de um projeto de extensão universitário. Foram realizadas discussões orais sobre os casos de ME e processos de captação de doadores, vivenciados pelos profissionais da unidade. O objetivo foi discutir as principais dificuldades na captação de doadores no CTI do HGF e propor estratégias eficazes para superá-las (6).

Assim, ao integrar as atividades universitárias, via extensão acadêmica, com as práticas dos profissionais de saúde, é possível fortalecer os argumentos a favor da doação, sensibilizar e garantir o cumprimento dos protocolos de prevenção à infecção hospitalar, além de promover cuidados com a saúde coletiva na comunidade (6).

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este relato de experiência aconteceu a partir das vivências da equipe multidisciplinar no CTI do HGF, no período de julho de 2023 a julho de 2024, e as discussões com os acadêmicos de Medicina da UECE, por meio de encontro híbridos, on-line e presencial no campus, que ocorreram entre maio de 2024 e julho 2024, tendo como foco principal a discussão dos casos de morte encefálica identificados no serviço.

Nessa lógica, é imprescindível destacar que a doação de órgãos é um gesto de extrema generosidade e compaixão, capaz de transformar vidas e trazer uma nova esperança para aqueles que estão em situação crítica (7). Todavia, ao adentrar nesse cenário complexo, percebeu-se que dentro do CTI, um dos principais obstáculos é o desconhecimento anterior por parte das famílias sobre o processo de doação de órgãos (8). Nesse contexto, muitas vezes, elas não possuem informações prévias sobre a importância da doação de órgãos, não estão sensibilizadas sobre como funciona o procedimento, ou não sabem quais são os critérios de seleção dos doadores e como a doação pode impactar a vida do receptor antes de se deparar com a realidade da morte encefálica (8). Assim, essa falta de conhecimento prévio acaba gerando dúvidas e receios que, no momento do luto, podem levar à recusa da doação (8,9). Nesse contexto, a indisposição dos parentes diante de uma perda familiar se reflete em sua busca por compreensão da situação, deixando o assunto em segundo plano. Dessa forma, o foco dos parentes acaba sendo na dor e no sofrimento pela perda.

Com isso, o trabalho da CIHDOTT é dificultado, levando um período maior para que os familiares tenham uma compreensão adequada e que, ainda assim, pode determinar uma recusa ao processo de doação, principalmente nos casos em que a ME é confundida com coma ou em situações em que os pacientes são jovens, em uma faixa etária de 20 a 60 anos de idade (9, 10, 11). Relata-se um caso de uma paciente do sexo feminino, na faixa etária citada, que após a confirmação da morte encefálica e do comunicado à família, gerou uma comoção muito grande dos parentes, amigos e profissionais. A mesma era mãe de 3 filhos, e o esposo muito emocionado entrou em divergência com a família sobre a doação, optando por negar a doação e experienciar um luto tradicional. Dessa forma, os sentimentos de medo e ansiedade podem levar a família a sentir uma repulsa em relação à doação de órgãos (7). Eles ficaram preocupados com a integridade física do corpo do ente querido após a doação, e temeram que a doação fosse realizada de forma inadequada, ainda que todas as informações fossem explicadas de forma clara e objetiva, além de que muitos entraram em estado de negação à realidade do falecimento.

Há casos em que a recusa da doação de órgãos por parte da família pode estar relacionada à influência de outras pessoas próximas, como parentes, amigos ou líderes religiosos. No caso anterior, amigos discordavam do processo, dada a idade da paciente. Por isso, opiniões negativas ou falta de apoio dessas pessoas podem levar a uma recusa por parte dos responsáveis legais. Ainda, é importante ressaltar que cada situação é única e que os motivos para a recusa da doação de órgãos podem variar de acordo com as circunstâncias individuais (3).

Em segundo plano, outro fator que contribui para as dificuldades na captação de doadores é a ocorrência de infecções hospitalares (7). Nesse viés, notou-se que os pacientes internados nas UTIs estão mais suscetíveis a infecções, devido ao seu estado de saúde fragilizado e ao grande fluxo de profissionais de saúde e visitantes. Nesse contexto, o desenvolvimento de infecções hospitalares com patógenos multirresistentes coloca em risco a viabilidade dos órgãos para doação, tornando-os inadequados para transplante (3).

Nessa situação, o risco de transmissão de infecções pode ocorrer por causas diversas, tais como a presença de bactérias resistentes a medicamentos, falhas na higiene adequada ou práticas inadequadas de desinfecção. Outra análise, de origem fisiológica, é que se o paciente estiver em tratamento contra uma infecção grave, isso pode afetar a função dos órgãos e reduzir sua viabilidade para transplante. Na unidade, potenciais doadores tiveram o processo de doação descartado, mesmo após a notificação e confirmação da ME, devido a infecções relacionadas à assistência em saúde colocarem em risco a qualidade dos órgãos diante dos casos de septicemia e instabilidade hemodinâmica.

Nessa perspectiva, quanto ao processo de confirmação da ME, a CIHDOTT é responsável por organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos (12). Diante disso, a avaliação e confirmação da ME é conduzida de uma junta médica, entre profissionais distintos e especializados na área, que, isentos de conflitos de interesses, afirmam a declaração de óbito (4, 13, 14). Assim, essas ações buscam garantir a segurança e a eficiência da doação, sendo detalhadas a seguir:

1. Notificação: O paciente é identificado como potencial doador de órgãos e a equipe médica responsável pela assistência ao paciente notifica imediatamente à CIHDOTT. Essa notificação ocorre via sistema, ou, ainda, nas buscas presenciais que a CIHDOTT realiza no serviço de terapia intensiva (4,13, 14);

2. Avaliação inicial: Após receber a notificação, a CIHDOTT realiza a avaliação inicial para verificar se o paciente atende aos pré-requisitos de determinação da ME conforme o artigo 1º da Resolução nº 2.173 do Conselho Federal de Medicina (CFM) de 23 de novembro de 2017 (15). Em seguida ocorre a avaliação do prontuário, entre os dados analisados idade, causa da morte, histórico médico e outras condições pré-existentes. No caso citado, os pacientes com infecções hospitalares graves e instabilidade hemodinâmica foram desconsiderados para captação nessa fase, embora o acompanhamento ocorra até a conclusão do protocolo de ME (4, 13, 14, 15);

3. Consentimento familiar: Após a confirmação do óbito por ME, a CIHDOTT entrevista a família de forma integrada entre profissionais, explica o processo de doação e esclarece quaisquer dúvidas que possam surgir. A família tem o direito de aceitar ou recusar a doação, e sua decisão é respeitada. Contudo, se a família não autorizar a doação, não será realizada a captação dos órgãos e a oportunidade da realização dos transplantes será perdida (4, 13, 14);

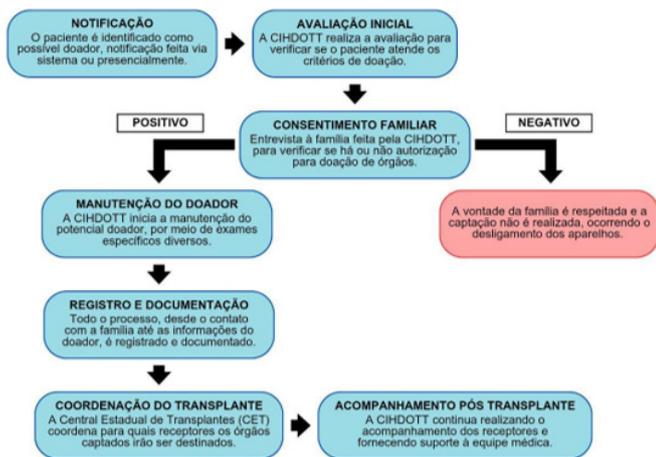
4. Manutenção do doador: Se a família concordar com a doação, a equipe realiza a manutenção dos cuidados até o processo de captação. Esse cuidado é feito de forma multiprofissional e o apoio emocional e espiritual à família são enfatizados em todo o processo (4, 13, 14);

5. Registro e documentação: Durante todo o processo são registradas as informações do potencial doador, os resultados dos exames e a comunicação com a família. Essa documentação é fundamental para garantir a transparência e a rastreabilidade do processo de doação (4, 13, 14);

6. Coordenação do transplante: Uma vez que os órgãos são considerados adequados para transplante, a Central Estadual de Transplantes (CET) define como ocorrerá a distribuição dos órgãos para os receptores compatíveis. Esse processo envolve a análise de uma lista de espera e a comunicação com as equipes médicas responsáveis pelos receptores (4, 13, 14);

7. Acompanhamento pós-transplante: Após a conclusão do processo de doação, a CIHDOTT continua acompanhando o progresso dos receptores e fornecendo suporte às equipes médicas envolvidas (4, 13, 14).

Figura 1 - Fluxograma do processo de captação de órgãos pela CIHDOTT



Fonte: Elaborada pelos autores (2024).

Outro aspecto a ser considerado são as doenças prévias dos potenciais doadores (3,16). Por vezes, os indivíduos que se encontram em estado crítico na UTI já possuem histórico de doenças graves, a exemplo infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV é a sigla em inglês), o que impossibilita a realização da captação de órgãos (3, 16). Infelizmente, devido à complexidade do vírus HIV e aos riscos associados à transmissão, pessoas vivendo com HIV são consideradas ineligíveis para doação de órgãos (3, 16). Portanto, para garantir a segurança dos receptores, as organizações médicas proíbem a doação de órgãos por pessoas com HIV (3). No CTI, um caso compartilhou essa situação, visto que uma paciente do sexo feminino teve sua morte confirmada, todavia não se encaixava nos requisitos necessários para manutenção dos órgãos para doação. Ressalta-se que a restrição à doação de órgãos por portadores do HIV é estabelecida por meio de portarias e diretrizes emitidas por autoridades de saúde. De tal modo, a Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde proíbe a doação de órgãos por pessoas com HIV (16).

Além do mais, é importante salientar que, apesar da impossibilidade de doar órgãos, os avanços no tratamento do HIV permitiram que pessoas vivendo com o vírus tenham uma vida saudável e produtiva. E, assim, a doação de órgãos é essencial para salvar vidas e melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas que aguardam por transplantes. Por isso, é fundamental incentivar e promover a doação de órgãos entre a população em geral.

CONCLUSÃO

Diante dos desafios que envolvem a doação de órgãos no Brasil, as práticas de extensão acadêmicas têm se dedicado a ações estratégicas para fortalecer a cultura da doação e garantir a segurança do processo. Para tanto, a organização estudantil investe em campanhas virtuais de conscientização e educação, com foco em desmistificar crenças e esclarecer dúvidas sobre a importância da doação. Essas campanhas, veiculadas duas vezes por semana, alcançam em média 4 mil visualizações, com vídeos acessíveis em Libras e audiodescrição (#pracegover), visando ampliar o acesso à informação e gerar empatia entre a população.

Além do mais, a comunidade acadêmica reconheceu a importância da segurança e da eficácia das ferramentas de controle de infecções hospitalares. Com isso, buscou-se atuar na educação e sensibilização do cumprimento rigoroso dos protocolos de prevenção, garantindo a saúde dos pacientes e a viabilidade da captação de órgãos em potenciais doadores, por meio do desenvolvimento de um curso de formação continuada com os profissionais da unidade. Tais medidas garantem a qualidade dos órgãos e aumentam a confiança da população na doação.

Ações como essas demonstram o compromisso dos discentes das ciências da saúde e seus orientadores com a promoção da doação de órgãos, trabalhando em conjunto com a sociedade para construir um futuro mais esperançoso para aqueles que aguardam por um transplante. Assim, a união de esforços entre a organização, profissionais de saúde e a população é fundamental para garantir que a doação de órgãos seja um ato seguro, responsável e que salve vidas.

REFERÊNCIAS

1.Lewis A, Koukoura A, Tsianos GI, Gargavanis AA, Nielsen AA, Vassiliadis E. Organ donation in the US and Europe: the supply vs

demand imbalance. *Transplant Rev* [Internet]. 2020 [acesso em 5 ago. 2024];35(2):100585. doi: <https://doi.org/10.1016/j.trre.2020.100585>.

2.Ministério da Saúde (BR). Sistema Nacional de Transplantes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 05 ago. 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/snt>.

3.Ministério da Saúde (BR). Doação de órgãos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 31 jul. 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/snt/doacao-de-orgaos>.

4.Araújo AY. Processo de doação de órgãos e tecidos: recomendações técnicas para profissionais das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante - CIHDOTT [Internet]. Fortaleza: Secretaria da Saúde, UECE; 2021 [acesso em 31 jul. 2024]. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2021/04/Processo-de-doacao-de-orgaos-e-tecidos-23-de-setembro-de-2021.pdf>.

5.Brasil. Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2017 [acesso em 10 ago. 2024] Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2017/decreto-9175-18-outubro-2017-785591-publicacaooriginal-153999-pe.html>.

6.Mussi RF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Prax Educ* [Internet]. 2021 [acesso em 31 jul. 2024];17(48):60-77. doi: <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>.

7.Groot J, Van Hoek M, Hoedemaekers C, Hoitsma A, Smeets W, Vernooij-Dassen M, et al. Decision making on organ donation: the dilemmas of relatives of potential brain dead donors. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2015 [acesso em 29 jul. 2024];16:64.doi: <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0057-1>.

8.Camargo MA, Campato Jr JÁ. Transplante de órgãos e tecidos no Brasil: desafios e propostas. *Rev Multidiscip Fac Pres Prudente* [Internet]. 2021 [acesso em 2 ago. 2024];(32):130-137. Disponível em: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20221017122917.pdf.

9.Siminoff LA, Gordon N, Hewlitt J. Factors influencing families' consent for donation of solid organs for transplantation. *JAMA* [Internet]. 2001 [acesso em 31 jul. 2024];286(1):71-77. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.286.1.71>.

10.IBGE Educa Jovens (BR). Conheça o Brasil – População: pirâmide etária [Internet]. Brasília: IBGE; 2022 [acesso em 29 jul. 2024]. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>.

11.Brasil. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 10 ago. 2024] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html.

12.Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT [Internet]. Santa Maria: HUSM; 2021 [acesso em 29 jul. 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/governanca/superintendencia/comissoes/de-lei/cihcot>.

13.Garcia CD, Garcia VD, Pereira JD. Manual de doação e transplantes: informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante [Internet]. Porto Alegre: Libretos; 2017 [acesso em 29 jul. 2024]. Disponível em: <https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Manual-dos-transplantesebook-versao-2022-compressed-1.pdf>.

14.Secretaria da Saúde (CE), Catunda M. Protocolo de morte encefálica: entenda procedimento que é ponto inicial na captação e doação de órgãos [Internet]. Fortaleza: SESA; 2024 [acesso em 2 ago. 2024]. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2024/01/18/protocolo-morte-encefalica-captacao-doacao-orgaos/>.

15.Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.173/2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica [Internet]. Brasília: CFM; 2017 [acesso em 11 ago. 2024] Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>.

16.Brasil. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 5 ago. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html#:~:text=Portaria%20de%20Consolidaç%C3%A3o%20n%C2%B04,que%20lhe%20confere%20o%20art.

Desenvolvimento de um material educativo para realização de atividades funcionais pós infecção por covid-19

Development of educational material to carry out functional activities post infected by covid-19

Submetido: 30/08/2024 | Aprovado: 15/09/2024

Francisco Leandro de Souza

<https://orcid.org/0009-0007-9432-977X>

Fisioterapeuta especialista em Terapia Intensiva, Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Karine Alana do Nascimento

<https://orcid.org/0009-0009-5942-694X>

Fisioterapeuta, Residente em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

Sarah Carvalho Frota

<https://orcid.org/0000-0003-1850-9510>

Fisioterapeuta Pediátrica, Clínica Evolut.

Vasco Pinheiro Diógenes Bastos

<https://orcid.org/0000-0003-0232-815X>

Fisioterapeuta especialista em Terapia Intensiva, Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Liana Praça Oliveira

<https://orcid.org/0000-0003-2583-9833>

Fisioterapeuta especialista em Neurofuncional.

Sandra Wirgynnia de Figueiredo Chaves

<https://orcid.org/0000-0003-4631-5879>

Fisioterapeuta Pediátrica, Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

RESUMO

O coronavírus (Covid-19) trata-se de uma doença de caráter sistêmico que apresenta complicações multissistêmicas que podem persistir mesmo após a contaminação e que comprometem diretamente ou indiretamente a funcionalidade. Portanto, teve-se como objetivo geral do presente estudo propor um material educativo sobre a realização de atividades funcionais para indivíduos pós infecção por Covid-19. O material educativo foi desenvolvido tendo como base os critérios padrões preestabelecidos, onde foram consultados materiais ilustrativos como cartilhas educativas e websites que melhor inspiraram o seu desenvolvimento, fundamentado a partir da elaboração de uma busca científica em artigos publicados nos últimos cinco anos, nas bases de dados SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde). Devido a funcionalidade encontrar-se comprometida, surgem complicações que resultam na incapacidade de desenvolver funções e atividades funcionais, apresentando impacto negativo na qualidade de vida das pessoas acometidas. Por isso, acredita-se que o material educativo possa servir como instrumento de recuperação funcional para indivíduos infectados pela Covid-19, atribuindo conhecimento e compreensão de medidas simples e eficazes para tratar as sequelas pós infecção, reduzindo assim a presença dos sintomas persistentes, disfunções motoras e melhorando a qualidade de vida.

Palavras-chave: infecção por vírus Covid-19; atividade física; fisioterapia.

ABSTRACT

Coronavirus (Covid-19) is a systemic disease that presents multisystem complications that can persist even after contamination and that directly or indirectly compromise functionality. Therefore, the general objective of this study was to propose educational material on the performance of functional activities for individuals after Covid-19 infection. The educational material was developed based on pre-

established standard criteria, where illustrative materials such as educational booklets and websites that best inspired its development were consulted, based on the preparation of a scientific search in articles published in the last five years, in the databases of SCIELO (Scientific Electronic Library Online) and MEDLINE (International Health Science Literature) data. Because functionality is compromised, complications arise that result in the inability to develop functional functions and activities, with a negative impact on the quality of life of affected people. Therefore, it is believed that the educational material can serve as a functional recovery tool for individuals infected with Covid-19, attributing knowledge and understanding of simple and effective measures to treat post-infection sequelae, thus reducing the presence of persistent symptoms, dysfunctions motor skills and improving quality of life.

Keywords: Covid-19 virus infection; physical activity; physiotherapy.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 vários casos de uma inexplicável pneumonia foram relatados em hospitais de Wuhan, província de Hubei na China, no qual o histórico em comum era de visita e exposição a um mercado de frutos do mar na cidade. Posteriormente, em janeiro de 2020 o agente infeccioso foi identificado como um novo coronavírus, inicialmente denominado 2019-nCoV, porém devido a semelhança com o quadro clínico da síndrome respiratória aguda grave (SARS), o mesmo foi denominado pelo Comitê Internacional de Taxonomia de vírus como SARS-COV-2 (1, 2).

O coronavírus (Covid-19) trata-se de uma doença de caráter sistêmico, pois suas complicações vão além de alterações pulmonares, visto que apesar de o sistema respiratório ser o mais afetado, alguns indivíduos infectados pelo agente causador podem apresentar sinais e sintomas multissistêmicos (3, 4).

Com rápida disseminação, o Covid-19 tornou-se uma emergência na saúde de diversos países (5, 6). Desde dezembro de 2019 com o surgimento dos primeiros casos de Covid-19 até 22 de agosto de 2024 foram confirmados 38.867.008, com 712.957 mortes, em que o território sudeste é o que mais apresenta casos confirmados de infecção pelo SARS-COV-2 (7).

A transmissão do vírus pode ocorrer de pessoas sintomáticas, assintomáticas e no período pré-sintomático, através de fluidos corporais, excreções, secreções e gotículas salivares (8, 9). Senhoras (10) complementa em sua pesquisa que a infecção também acontece quando uma pessoa entra em contato com superfícies ou objetos que estão contaminados e em sequência tocam seus olhos, nariz ou boca.

Nos casos de pacientes sintomáticos, apresentando a forma clínica leve, são relatados sintomas como febre, congestão nasal, fadiga, anosmia e disgeusia, dor na garganta, tosse seca, distúrbios gastrointestinais e mialgia (11, 12, 13). Já nas manifestações mais severas, há uma evolução para síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) causada por pneumonia, caracterizada por febre, tosse, dispnéia e infiltrados pulmonares bilaterais nos exames de imagens, em que não há sinais ou sintomas específicos que distinguem a COVID-19 de outras infecções respiratórias virais (14).

A funcionalidade pode encontrar-se inexistente ou diminuída após a infecção pela Covid-19, resultando em complicações importantes, nas quais podem persistir por meses ou anos, afetando a qualidade de vida, realização das atividades de vida diária (AVD'S) e dificuldade de retorno ao trabalho (15).

A reabilitação é um processo global e dinâmico que visa a recuperação física e psicológica da pessoa com incapacidade, tendo em vista a sua reintegração social, na qual diversos profissionais de saúde têm um papel fundamental (16). A fisioterapia atua na prevenção, reabilitação de disfunções respiratórias e limitações funcionais ocasionadas pela Covid-19, se destacando na avaliação e recuperação das incapacidades funcionais por ela ocasionadas (17).

Este estudo surgiu em decorrência das complicações motoras e respiratórias apresentadas pelos indivíduos após a contaminação por Covid-19, que levam a incapacidade funcional em certas atividades de vida diária, trabalho, lazer e nas relações interpessoais.

A relevância deste estudo está em poder contribuir para a recuperação de indivíduos pós infecção pela Covid-19, fornecendo orientações quanto à realização de atividades de vida diária, locomoção e exercícios respiratórios, contribuindo para a recuperação em domicílio, evitando os efeitos da imobilização e possíveis reinternações.

Portanto, teve-se como objetivo geral do presente estudo propor um material educativo sobre a realização de atividades funcionais para indivíduos pós infecção por Covid-19, destacando a realização de exercícios para a funcionalidade, com foco em amenizar os impactos respiratórios e motores adquiridos após a contaminação.

COVID-19

A Covid-19 é uma doença aguda resolúvel, mas que, também, pode ser mortal, principalmente para grupos de risco, como idosos e pessoas diagnosticadas com doenças crônicas e/ou prévias (hipertensão arterial sistêmica, patologias pulmonares e cardiovasculares), com taxa de mortalidade em torno de 2% (18, 19).

Estima-se que o período de incubação da Covid-19 é de 14 dias, com média de 4 a 6 dias, embora há relatos de períodos de incubação de até 24 dias (20). Souto (21) aborda em seu estudo que a transmissão da Covid-19 pelo indivíduo infectado ocorre, principalmente, nos três primeiros dias após o início dos sintomas, embora a propagação possa ocorrer antes mesmo do aparecimento destes e em estágios posteriores da doença.

As estratégias imediatas de controle da transmissão e de prevenção da doença incluem a higienização das mãos com água e sabão por pelo menos 30 segundos, a utilização do álcool etílico líquido ou em gel a 70%, evitar tocar nos olhos, nariz e boca, tossir ou espirrar no cotovelo, usar máscara, realizar a higienização das mãos após descarte da máscara e a manutenção da distância social de no mínimo 1 metro (22, 23).

O diagnóstico é baseado de acordo com a presença de sinais e sintomas em indivíduos que tiveram contato com infectados ou que realizaram viagens recentemente. Nestes casos é solicitado a reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa (RT-PCR), que corresponde a um teste de diagnóstico para Covid-19 considerado padrão ouro, obtido através de amostra coletada da região do trato respiratório superior

(nasofaringe e orofaringe) e, se possível, das vias respiratórias (escarro, aspirado traqueal ou lavado broncoalveolar) (24, 3).

Com relação aos agravos da Covid-19, deve-se levar em consideração os indivíduos acometidos pela doença que necessitam de ventilação mecânica e os efeitos colaterais que podem acontecer pelo tratamento, o que é chamado de síndrome pós cuidados intensivos. Essa síndrome é caracterizada primariamente por uma incapacidade prolongada e tem como efeitos secundários a disfunção muscular, fadiga, dor e dispnéia (25, 26).

As sequelas da Covid-19 podem acontecer de várias formas, dependendo da gravidade clínica dos sintomas apresentados durante o período de infecção. De forma geral as sequelas incluem: deficiência de estruturas do aparelho respiratório, fraqueza da musculatura respiratória e periférica, comprometimento neurológico, intolerância ao exercício e limitações funcionais nas atividades de vida diária (4).

ATIVIDADES FUNCIONAIS PÓS INFECÇÃO POR COVID-19

Os sintomas persistentes após a Covid-19 são frequentes em maior parte das pessoas no modo geral, e têm um impacto negativo na qualidade de vida e estado funcional dos pacientes acometidos (27).

As sequelas funcionais decorrentes da infecção por Covid-19 incluem dispnéia, taquicardia, perda de massa muscular, fadiga e diminuição da capacidade funcional (28). A recuperação dos indivíduos pós infecção por Covid-19 deve ser direcionada para aliviar os sintomas de dispnéia e melhora das funções físicas, bem como a qualidade de vida. Em complemento, a recuperação dos indivíduos pós infecção também deve ser composta por vídeos educativos, manuais de instrução ou consulta remota (29).

Segundo Severino (30) o treinamento aeróbico, como a caminhada, sempre deve ser utilizado na recuperação de pacientes pós Covid-19, pois este tipo de exercício gera impactos importantíssimos sobre a capacidade aeróbica e funcional dos pacientes. Durante a realização do exercício aeróbico deve-se utilizar a escala de Borg modificada (escala de percepção subjetiva de esforço) para obter controle da intensidade do exercício, mantendo sempre o esforço entre os níveis 5 e 6.

A recuperação da funcionalidade pós Covid-19 deve ser realizada por meio de atividades funcionais, que incluem o controle da respiração, caminhada, exercícios livres dos membros, alongamentos, equilíbrio, subir e descer escadas, correr, exercícios de força muscular, ciclismo, natação, dança e realização de atividades de vida diárias mais complexas (31). Os exercícios de força muscular devem ser realizados com ou sem a utilização de pesos, em que a forma de aplicação dependerá da apresentação clínica do paciente (32).

Figura 1 - Material educativo sobre atividades funcionais pós infecção por COVID-19



Fonte: Elaborada pelos autores (2024).

Figura 2 - Material educativo sobre atividades funcionais pós infecção por COVID-19

O QUE É INFECÇÃO POR COVID-19?
A Covid-19 é uma infecção viral transmitida através de tosse, espirro, aperto de mãos e contato com objetos contaminados. Ela afeta o sistema musculoesquelético, respiratório e neurológico e repercute em complicações na capacidade funcional e qualidade de vida mesmo após a infecção.

DEVIDO A INFECÇÃO O PACIENTE PODE APRESENTAR:

- Função pulmonar prejudicada.
- Fadiga.
- Fraqueza muscular.
- Limitação da mobilidade e da capacidade de realizar atividades diárias.

ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES FUNCIONAIS

- Comece devagar.
- Apenas aumente a intensidade caso você se sinta melhor e mais confiante.
- Observe o seu corpo. Fique alerta a sinais de cansaço e fraqueza; repouse sempre que necessário.
- Realize cada atividade 3x no dia.
- Siga a escala de tolerância:

0	Nada cansado
1	Muito fácil
2	Fácil
3	Moderado
4	Moderadamente difícil
5	Difícil
6	Difícil
7	Muito difícil
8	Muito difícil
9	Muito, muito, difícil
10	Máximo, não aguento mais

Mantenha seu esforço em torno de 5 a 6 ao realizar o exercício.

ATIVIDADES FUNCIONAIS A SEREM DESENVOLVIDAS

1. Comece os exercícios sem nenhum peso. Após perceber que os exercícios estão leves, adapte-os com 1 kg de qualquer elemento presente em sua residência!

1. Deitado, coloque as mãos na barriga, omitindo o movimento de sua respiração. Puxe o ar bem fundo pelo nariz, "estufando" a barriga conforme o ar entra. Em seguida, solte o ar pela boca, "encolhendo" a barriga. 1 x 10 repetições.

2. Sentado, puxe o ar pelo nariz enquanto eleva os dois braços esticados para frente. Em seguida, solte o ar lentamente pela boca, com os lábios semifechados enquanto abaixa os braços. 3 x 10 repetições.

3. Sentado, estenda o joelho e mantenha por 10 segundos. Em seguida despa devagar. 2 x 10 repetições.

Realize exercício físico e atividades habituais diariamente, para amenizar as sequelas pós infecção por Covid-19.

Não realize os exercícios caso esteja com febre, dor de cabeça intensa, "palpitações" e "coração acelerado".

Fonte: Elaborada pelos autores (2024).

REFERÊNCIAS

- Abduljalil JM, Abduljalil BM. Epidemiology, genome, and clinical features of the pandemic SARS-CoV-2: a recent view. *New Microbes New Infect* [Internet]. 2020 [acesso em 12 jul. 2024]; 35:100672. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2020.100672>.
- Soares KH, Oliveira LS, Silva RK, Silva DK, Farias AC, Monteiro EM et al. Medidas de prevenção e controle da covid-19: revisão integrativa. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2021 [acesso em 17 jul. 2024];13(2):e6071. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e6071.2021>.
- Mendes BS, Tessaro LM, Farinaci VM, Moreira VA, Sardenberg RA. COVID-19 & SARS. *Ulakes J Med* [Internet]. 2020 [acesso em 17 jul. 2024];1:41-49. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/ulakes/article/view/269>.
- Sales EM, Santos JK, Barbosa TB, Santos AP. Fisioterapia, funcionalidade e COVI-19: Revisão integrativa. *Cadernos ESP* [Internet]. 2020 [acesso em 17 jul. 2024];14(1):68-73. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/368/214>.
- Lai CC, Shih TP, Ko WC, TAng HJ, Hsueh PR. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): the epidemic and the challenges. *Int J Antimicrob Agents* [Internet]. 2020 [acesso em 17 jul. 2024];55(3):105924. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924>.
- Yang L, Liu S, Liu J, Zhang Z, Wan X, Huang B, et al. COVID-19: immunopathogenesis and immunotherapeutics. *Sig Transduct Targeted Ther* [Internet]. 2020 [acesso em 17 jul. 2024];5:128. doi: <https://doi.org/10.1038/s41392-020-00243-2>.
- Ministério da da Saúde (BR). Covid 19 Painel Coronavírus Brasil [Internet]. [Brasília]: Ministério da da Saúde; 2024 [acesso em 25 ago. 2024]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>.
- Hickmann MF, Alexandre RC, Morra RO, Pereira TV, Barroso SP, Lemos Neto M, et al. Fisiopatologia da COVID-19 e alvo farmacológico tromboimunológico. *VITTALLE Rev Ciênc Saúde* [Internet]. 2020 [acesso em 25 ago. 2024];32(3):30-34. doi: <https://doi.org/10.14295/vittalle.v32i3.12021>.
- Batista MH, Diógenes SS, Barreira Filho EB, organizadores. Trabalho em tempos de Covid-19: orientações para a saúde e segurança [Internet]. Fortaleza: Imprensa Universitária; 2020 [acesso em 17 jul. 2024]. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/53354/3/2020_liv_mhbatista.pdf.
- Senhoras EM, organizador. COVID-19: enfoques preventivos [Internet]. Boa Vista: Editora UFRR; 2020 [acesso em 17 jul. 2024]. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.3901448%20>.
- Chan JF, Yuan S, Kik KH, Wang KK, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet* [Internet]. 2020 [acesso em 25 ago. 2024];395(10223):514-523. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9).

12.Ferreira Netto RG, Corrêa JW. Epidemiologia do surto de doença por coronavírus (covid-19). *Rev Desafios* [Internet]. 2020 [acesso em 25 ago. 2024];7(3):18-25. doi: <https://doi.org/10.20873/uftsuple2020-8710>.

13.Melo FH, Melo LH. Complicações cardiovasculares pós-Covid-19. *Rev Alergológica Acervo Médico* [Internet]. 2023 [acesso em 25 ago. 2024];23(1):e11726. doi: <https://doi.org/10.25248/reamed.e11726.2023>.

14.Dias VM, Carneiro M, Vidal CF, Corradi MF, Brandão MF, Cunha CA, et al. Orientações sobre diagnóstico, tratamento e isolamento de pacientes com COVID-19. *J Infect Control* [Internet]. 2020 [acesso em 17 jul. 2024];9(2):56-75. Disponível em: <https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2020/07/orientacoes-sobre-diagnostico-tratamento-e-isolamento-de-pacientes-com-covid-19>.

15.Santos PI, Pereira RA, Nickel R. Funcionalidade em pacientes pós COVID-19. *Rev Saúde Pública do Paraná* [Internet]. 2023 [acesso em 17 jul. 2024];6(3):1-16. doi: <https://doi.org/10.32811/25954482-2023v6n3.815>.

16.Pereira PS. Impacto de programas de reabilitação respiratória na função respiratória de doentes COVID-19 em fase pós-aguda: uma revisão sistemática da literatura [Dissertação na Internet]. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança; 2021 [acesso em 25 ago. 2024]. Disponível em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/23767/1/Pereira_Pedro.pdf.

17.Silva CM, Andrade AN, Nepomuceno B, Xavier DS, Lima E, Gonzalez I, et al. Evidências científicas sobre Fisioterapia e funcionalidade em pacientes com COVID-19 adulto e pediátrico. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2020 [acesso em 17 jul. 2024];30(1):148-155. doi: <https://doi.org/10.7322/jhgd.v30.10086>.

18.Campos NG, Costa RF. Alterações pulmonares causadas pelo novo coronavírus (COVID-19) e o uso da ventilação mecânica invasiva. *J Health Biol Sci* [Internet]. 2020 [acesso em 17 jul. 2024];8(1):1-3. doi: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.3185.p1-3.2020>.

19.Pires LN, Carvalho L, Xavier LL. COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. *Experim Findings* [Internet]. 2020 [acesso em 17 jul. 2024]. doi: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27014.73282>.

20.Bai DY, Yao L, Wei T, Tian DF, Jin DY, Chen L, et al. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. *Jama* [Internet]. 2020 [acesso em 17 jul. 2024];323(14):1406-1407. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2565>.

21.Souto XM. COVID-19: aspectos gerais e implicações globais. *Recital Rev Educ CiêncTecnol Almenara* [Internet]. 2020 [acesso em 17 jul. 2024];2(1):12-36. doi: <https://doi.org/10.46636/recital.v2i1.90>.

22.Baptista AB, Fernandes LV. COVID-19, análise das estratégias de prevenção, cuidados e complicações sintomáticas. *Rev Desafios* [Internet]. 2020 [acesso em 25 ago. 2024];7:38-47. doi: <https://doi.org/10.20873/uftsuple2020-8779>.

23.Kakodkar P, Kaka N, Baig MN. A comprehensive literature review on the clinical presentation, and management of the pandemic coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Cureus* [Internet]. 2020 [acesso em 25 ago. 2024];12(4):e7560. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.7560>.

24.Ciotti M, Ciccozzi M, Terrinoni A, Jiang WC, Wang CB, Bernardini S. The COVID-19 pandemic. *Crit Rev Clin Lab Sci* [Internet]. 2020 [acesso em 25 ago. 2024];5(6):365-388. doi: <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198>.

25.Bosi PL, Januzzi LF, Paula PB, Oliveira CC, Scianni CA, Costa TA, et al. A importância da reabilitação pulmonar em pacientes com COVID-19. *Fisioter Brasil* [Internet]. 2021 [acesso em 25 ago. 2024];22(2):261-271. doi: <https://doi.org/10.33233/fb.v22i2.4288>.

26.Falvey JR, Krafft C, Kornetti D. The essential role of home-and community-based physical therapists during the COVID-19 pandemic. *Phys Ther* [Internet]. 2020 [acesso em 17 jul. 2024];100(7):1058-1061. doi: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa069>.

27.Ostolin TL; Miranda RA, Abdala CV. Mapa de evidências sobre sequelas e reabilitação da covid-19 pós-aguda: uma versão atualizada em julho de 2022. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2020 [acesso em 17 jul. 2024];47(1):1-10. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.30>.

28.Costa TD, Silva FS, Silva GJ. Capacidade funcional de pacientes pós COVID-19 e fatores associados. Rev Estudos Multidisciplinares UNDB [Internet]. 2023 [acesso em 17 jul. 2024];3(1): 1-23. Disponível em: <https://periodicos.undb.edu.br/index.php/rem/article/view/78>.

29.Salawu A, Green A, Crooks MG, Brixey N, Ross DH, Sivan M. A proposal for multidisciplinary tele-rehabilitation in the assessment and rehabilitation of COVID-19 survivors. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [acesso em 17 jul. 2024];17(13):4890. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17134890>.

30.SEVERINO, RN. Manual de condutas multidisciplinares no atendimento hospitalar ao paciente com COVID-19 [Internet]. Fortaleza: [Editora desconhecida]; 2021 [acesso em 19 jul. 2024]. Disponível em: <https://www.uece.br/mepges/wp-content/uploads/sites/73/2023/03/RAFAELA-MANUAL-PRODUTO-1.pdf>.

31.World Health Organization. Support for rehabilitation: self-management after COVID-19-related illness [Internet]. Copenhagen: WHO; 2021 [acesso em 17 jul. 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344472/WHO-EURO-2021-855-40590-59892-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Impacto de um protocolo de manejo da hemorragia pós-parto na redução da morbimortalidade materna

Impact of a postpartum hemorrhage management protocol on reducing maternal morbidity and mortality

Submetido: 15/08/2024 | Aprovado: 14/09/2024

Soraya Cristina Guedes de Medeiro

<https://orcid.org/0009-0005-1156-4172>

Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Médica Ginecologista - Obstetra, com Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Geral de Fortaleza (HGF/SESA-CE). Pós-Graduação em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC/FIOCRUZ), Mestranda em Gestão em Cuidados da Saúde pela Must University, Médica Obstetra no Hospital Geral de Fortaleza (HGF/SESA-CE).

Iana Lara Pereira Maia

<https://orcid.org/0009-0001-4649-3272>

Graduada em Medicina pela Faculdade Christus, Médica - Obstetra, com Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Geral de Fortaleza (HGF/SESA-CE).

RESUMO

A hemorragia pós-parto é uma das principais causas de morte materna no mundo (1). Este estudo avaliou o impacto da implementação de um protocolo de manejo de Hemorragia Pós-Parto no Hospital Geral de Fortaleza. Foram analisados dados de pacientes com diagnóstico de Hemorragia Pós-Parto em um período de dois anos. Observou-se uma redução significativa na incidência de casos graves e na necessidade de transfusão sanguínea após a implementação do protocolo. O uso profilático da Ocitocina, a utilização do Índice de Choque como ferramenta diagnóstica precoce e a padronização do tratamento contribuíram para a melhoria dos resultados. Os resultados sugerem que a implementação, conhecimento e seguimento de protocolo de manejo de Hemorragia Pós-Parto é uma estratégia valiosa para reduzir a morbimortalidade por essa grave complicação obstétrica.

Palavras-chave: hemorragia pós-parto; mortalidade materna; protocolo de manejo; ocitocina; índice de choque.

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage is one of the leading causes of maternal death in the world (1). This study evaluated the impact of the implementation of a protocol for the management of Postpartum Hemorrhage at the General Hospital of Fortaleza. Data from patients diagnosed with Postpartum Hemorrhage over a two-year period were analyzed. A significant reduction in the incidence of severe cases and in the need for blood transfusion was observed after the implementation of the protocol. The prophylactic use of oxytocin, the use of the Shock Index as an early diagnostic tool, and the standardization of treatment contributed to the improvement of the results. The results suggest that the implementation, knowledge and follow-up of the protocol for the management of Postpartum Hemorrhage is a valuable strategy to reduce morbidity and mortality due to this severe obstetric complication.

Keywords: postpartum hemorrhage; maternal mortality; management protocol; oxytocin; shock index.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da implementação de um protocolo de manejo da hemorragia pós-parto (HPP) na redução da morbimortalidade materna no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), hospital de referência do Sistema Único de Saúde (SUS). A HPP é uma complicação obstétrica grave, caracterizada pela perda sanguínea

excessiva após o parto e definida, segundo a Organização Mundial da Saúde, como a perda sanguínea superior a 500 ml após parto vaginal, 1000 ml após cesariana ou qualquer perda sanguínea capaz de causar instabilidade hemodinâmica (1).

As causas da HPP são a atonia uterina (70%), trauma do canal de parto (19%), retenção de tecido placentário (10%) e coagulopatias (1%) (2). Mais da metade dos casos ocorrem em pacientes sem fatores de risco. Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a magnitude do problema é alarmante, com 14.000.000 milhões de casos e 140.000 mortes maternas a cada ano no mundo, entretanto a maioria desses óbitos pode ser evitada com a implementação de medidas preventivas, diagnóstico precoce e tratamento imediato.

O HGF participou ativamente da implantação da Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia (OMMXH) da OPAS/OMS no Brasil, enviando profissional representante. Além disso, o Ceará sediou a primeira oficina de Manejo de HPP, servindo como modelo para os demais estados brasileiros. A publicação pela OPAS/MS das Recomendações Assistenciais Para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Hemorragia Obstétrica forneceu uma referência fundamental para a conduta a ser adotada. A partir desse momento, os hospitais buscaram adotar protocolos condizentes com suas realidades. Nesse contexto, o HGF iniciou o processo de criação e implantação de seu protocolo institucional.

CONTEÚDO DA COMUNICAÇÃO

Prevenir a HPP é mais simples e eficaz do que tratar uma hemorragia instalada. Essa medida tem um importante impacto na redução da mortalidade materna, sendo efetiva na redução global numérica de casos de hemorragia, abrangendo ações durante o pré-natal, parto e pós-parto (2, 3). Entretanto, a estratégia de prevenção de maior impacto é o manejo ativo do terceiro estágio do trabalho de parto, que inclui a administração intramuscular de 10 UI de ocitocina (dose profilática) em todos os partos da instituição.

O diagnóstico da HPP deve ser precoce e baseia-se na avaliação clínica da paciente, incluindo sinais vitais e exame físico, como também na estimativa da perda sanguínea, incluindo o índice de choque (IC), que é um marcador simples (FC dividida pela PAS em mmHg) e precoce para sinalizar instabilidade hemodinâmica, além da monitorização cardíaca (4).

O tratamento da HPP é uma emergência obstétrica e deve ser iniciado imediatamente. Profissionais treinados e capacitados, acesso rápido às medicações, laboratório e banco de sangue, a monitorização da paciente e um centro cirúrgico disponível são ferramentas relevantes

para cessar ou pelo menos amenizar o sangramento ainda na primeira hora (Hora de Ouro) (2). As medidas terapêuticas estão descritas no quadro 1.

Figura 1 - Medidas terapêuticas adotadas

- Massagem uterina (1ª manobra);
- Cabeceira baixa;
- Acessos calibrosos;
- Administração endovenosa de Ocitocina 20 UI em 500ml de SF 0,9% ou SRL, rápida (medicação uterotônica de primeira linha);
- Administração endovenosa de Ácido Tranexâmico 1g (5);
- Administração intramuscular de Ergometrina 0,2 mg (exceto em hipertensas);
- Administração via retal de Misoprostol 800mcg;
- Sutura do canal de parto (caso haja laceração);
- Remoção de tecidos retidos (se a causa for retenção de tecido placentária);
- Correção de coagulopatias;
- Tratamento cirúrgico quando necessário (sutura de B-Lynch, ligadura da artéria hipogástrica ou, se nada for efetivo para parar o sangramento, proceder a histerectomia).

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

O estudo teve duração de 24 meses, abrangendo o período de julho de 2022 a julho de 2024, levando em consideração fatores como a estabilidade do protocolo e disponibilidade de dados, sendo os 6 primeiros meses pré-implementação do protocolo e os 18 meses seguintes pós-implementação. A população estudada foi composta por pacientes que tiveram parto normal ou cesárea no Hospital Geral de Fortaleza durante o período do estudo, 1000 pacientes antes do protocolo, 1200 na vigência do protocolo e com ou sem diagnóstico de hemorragia pós-parto, conforme definição da OMS. Foram pacientes transferidas para outros serviços antes da ocorrência da hemorragia e pacientes com óbito materno antes da ocorrência da hemorragia.

A coleta de dados teve como fontes de dados os prontuários físicos e eletrônicos e registros operacionais. As variáveis demográficas foram idade e paridade, as variáveis obstétricas foram tipo de parto (vaginal e cesárea), peso fetal, duração do trabalho de parto, uso de ocitocina, fatores de risco para HPP (cesariana prévia, distúrbios de coagulação, etc.) e as variáveis clínicas, a quantidade de sangue perdida, tempo de sangramento, necessidade de transfusão, intervenções realizadas (massagem uterina, medicações, cirurgia), desfechos maternos (mortalidade, morbidade) e foram coletados em formulário de coleta de dados padronizado, incluindo todas as variáveis relevantes.

Segue a tabela demonstrando os indicadores obstétricos antes do protocolo e depois do mesmo, sendo:

Tabela 1 - Comparação de Indicadores obstétricos antes e depois a implementação do protocolo

Variável	Antes do protocolo (n=1000)	Após do protocolo (n=1000)	Observações
Número total de partos	1000	1200	Incluindo partos normais e cesáreas
Incidência de HPP (%)	15	9	
Casos graves de HPP (%)	6	3,6	Casos graves de HPP: Perda sanguínea > 1000ml ou necessidade de transfusão ou intervenções cirúrgicas
Número de casos com transfusão nos casos graves	9	4	
Número de casos com intervenção cirúrgica nos casos graves	9	4,5	
Necessidade de transfusão (%)	100	50	
Mortes maternas por HPP	2	1	

Fonte: Dados da pesquisa (2024). "n": O número total de partos em cada período.

A tabela compara os resultados antes e depois da implementação do protocolo de HPP e nos mostra que a implantação do protocolo de manejo de HPP tem se consolidado como ferramenta eficaz para redução de morbimortalidade por HPP na Obstetrícia do HGF.

Os resultados deste estudo demonstraram que a implementação do protocolo de manejo da HPP resultou em redução na incidência de casos graves e na necessidade de transfusão sanguínea. Esses achados corroboram com estudos anteriores que evidenciam a importância de protocolos padronizados para o manejo da HPP. A padronização das condutas, o uso universal da ocitocina e a identificação precoce dos casos de risco foram fundamentais para alcançar essa redução (6). A utilização do índice de choque como ferramenta diagnóstica precoce mostrou-se eficaz na identificação de pacientes com maior risco de complicações, permitindo uma intervenção mais rápida e efetiva (2). No entanto, a taxa de transfusão sanguínea ainda se mostrou elevada, indicando a necessidade de aprimoramento das estratégias de prevenção e tratamento. Como limitação do estudo, destaca-se o caráter retrospectivo da análise dos dados e o tamanho relativamente pequeno da amostra, o que pode ter influenciado os resultados. Além disso, a generalização dos resultados pode ser limitada, pois o estudo foi realizado em apenas um hospital. Sugere-se a realização de estudos prospectivos e randomizados para avaliar a eficácia do protocolo de manejo da HPP, bem como a implementação de programas de educação continuada para os profissionais de saúde envolvidos no atendimento ao parto.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [acesso em 12 jul. 2024]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf?sequence=1.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica [Internet]. Brasília: OPAS; 2018 [acesso em 05 jul. 2024]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Soruco CE, Lizcano EI, Vidarte MF, León HL. Hemorragia postparto: ¿ónde estamos y hacia dónde vamos? [Internet]. Cali: FLASOG; 2018 [acesso em 05 jul. 2024]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/hemorragia-postparto-donde-estamos-y-hacia-donde-vamos/>.
- World Health Organization. WHO recommendations on the assessment of postpartum blood loss and use of a treatment bundle for postpartum haemorrhage [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [acesso em 12 jul. 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375231/9789240085398-eng.pdf?sequence=1>.
- Sharkur H, Roberts I, Fawole B, Chaudhri R, El-Sheikh M, Akintan A, et al.; WOMAN Trial Collaborators. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet [Internet]. 2017 [acesso em 12 jul. 2024];389(10084):2105-2116. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30638-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30638-4).
- Osanan GC, Padilla H, Reis MI, Tavares AB. Strategy for Zero Maternal Deaths by Hemorrhage in Brazil: A Multidisciplinary Initiative to Combat Maternal Morbimortality. Rev Bras Ginecol Obstet. [Internet]. 2018 [acesso em 12 jul. 2024];40(3):103-105. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1639587>.

Análise da regularidade do acesso ao componente especializado de pacientes com esclerose múltipla em uma unidade de farmácia ambulatorial

Analysis of the regularity of access to the specialized component for patients with multiple sclerosis in an outpatient pharmacy unit

Submetido: 14/08/2024 | Aprovado: 13/09/2024

Ruy Carlos Findlay Cantelmo Junior

<https://orcid.org/0000-0002-1599-3581>

Especialista Residência Multiprofissional em Neurologia e Neurocirurgia, Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Nair Assunta Antônia Corso

<https://orcid.org/0009-0000-3744-6565>

Mestre em Saúde Coletiva, Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Ana Maria Cunha Souza

<https://orcid.org/0000-0003-0727-9043>

Especialista em Vigilância Sanitária e Epidemiologia, Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

RESUMO

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença autoimune que afeta o sistema nervoso central (SNC) a manifestação do quadro clínico normalmente se dá por surtos ou ataques agudos. A abordagem terapêutica sob a EM busca a melhora clínica, redução dos surtos e o impedimento da progressão da incapacidade neurológica. No Brasil, uma parcela significativa dos portadores da EM é tratada via Sistema Único de Saúde (SUS) e o fornecimento das Terapias Modificadoras do Curso da Doença (MMCD) se dá ambulatorialmente pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). O objetivo do trabalho é analisar a regularidade de acesso aos diversos esquemas farmacoterapêuticos ofertados em uma unidade de farmácia ambulatorial, tal análise se deu a partir de dados retrospectivos, secundários gerados pelo Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, por meio da verificação da autorização e dispensação mensal do tratamento no período de doze meses. Observou-se que inúmeros parâmetros podem influenciar na regularidade de acesso além da presença de perfis diferenciados de acesso dos pacientes que fizeram uso de apenas um tratamento para os que mudaram de tratamento nesse período. No caso da EM a mudança do tratamento pode se dar pela falha terapêutica. Nesse sentido, tal cenário indica a importância de se buscar estratégias que possibilitem a garantia do acesso e consequente adesão ao tratamento para que assim impactem positivamente no controle dos surtos, prorrogando a progressão da doença, além de poder proporcionar maior qualidade de vida aos pacientes e de reduzir possíveis custos de internação ou de mudanças terapêuticas.

Palavras-chave: esclerose múltipla; medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica; acessibilidade aos serviços de saúde; assistência farmacêutica.

ABSTRACT

Multiple Sclerosis (MS) is an autoimmune disease that affects the central nervous system (CNS) where the manifestation of the clinical picture usually occurs through outbreaks or acute attacks. The therapeutic approach for MS seeks clinical improvement, reduction of relapses and prevention of the progression of neurological disability. In Brazil, a significant portion of MS patients are treated via the Unified Health System (SUS) and the provision of Therapies Modifying the Course of Disease (MMCD) is provided on an outpatient basis by the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance (CEAF). The objective

of this study is to analyze the regularity of access to the various pharmacotherapeutic schemes offered in an outpatient pharmacy unit, such analysis was based on retrospective, secondary data generated by the National System of Pharmaceutical Assistance Management, through verification of the authorization and monthly dispensation of treatment over a period of twelve months. Several parameters can influence the regularity of access, in addition to the presence of different profiles of access from patients who used only one treatment to those who changed treatment during this period. In the case of MS, the change in treatment can occur due to therapeutic failure. In this sense, this scenario indicates the importance of seeking strategies that guarantee access and consequent adherence to treatment, so that they have a positive impact on the control of outbreaks, prolonging the progression of the disease, to being able to provide better quality of life for patients and to reduce possible hospitalization costs or therapeutic changes.

Keywords: multiple sclerosis; drugs from the specialized component of pharmaceutical care; health services accessibility; pharmaceutical services.

INTRODUÇÃO

A Esclerose Múltipla (EM) é caracterizada enquanto doença autoimune que afeta a substância branca do sistema nervoso central (SNC), como consequência promove a desmielinização e inflamação dessas estruturas (1).

Estima-se que no mundo existam 2,8 milhões de pessoas vivendo com EM, o que indica uma prevalência de 36 pessoas em 100.000. Tal prevalência varia significativamente ao redor do mundo, além disso, estudos indicam que a prevalência de EM apresenta correlação com a latitude, indicando que pessoas que vivem em regiões mais próximas aos polos possuem mais risco de apresentarem EM se comparadas às populações que habitam países próximos à linha do equador (2).

No cenário brasileiro a EM apresenta uma prevalência média de 8,69/100.000 habitantes, porém, assim como a variação em diversas regiões do mundo, aqui também é possível observar essa diversificação, sendo menor no Nordeste com 1,36 por 100 mil habitantes, e maior na região Sul com 27,2 por 100 mil habitantes (3).

É mundialmente considerada uma das desordens neurológicas mais comuns e em muitos países lidera os casos de incapacidade não traumática em adultos jovens, enquanto algumas pessoas passam por

episódios de pequenas perdas de capacidade durante toda a vida, em torno de 60% dos portadores podem ficar impossibilitados de andar caso não recebam o devido tratamento (4).

A manifestação do quadro clínico normalmente se dá por surtos ou ataques agudos que podem entrar em remissão de forma espontânea ou mediante a abordagem via pulsoterapia (uso de corticoides). Os sintomas mais frequentes são paresia de membros, alteração da coordenação, disfunções esfinterianas, perda de equilíbrio, dor, fadiga, disfunção sexual, neurite óptica, disfunções cognitivas e comportamentais. Tais sintomas podem tanto aparecer de forma isolada quanto em combinação. O fechamento do diagnóstico é dado com base nos critérios de McDonald, sendo o método mais utilizado em todo o mundo (5).

Mediante a confirmação do diagnóstico é importante estabelecer em qual nível de acometimento o indivíduo se encontra, para tal, o instrumento mais utilizado para obtenção dessa informação é a Escala Expandida do Estado de Incapacidade (Expanded Disability Status Scale-EDSS). Ela é organizada em vinte itens com escores que variam de 0 a 10, aumentando meio ponto conforme grau de incapacidade do paciente, sendo de grande valia para o monitoramento da condição do paciente (6).

O desenrolar do quadro sintomatológico da Esclerose Múltipla se dá enquanto três tipos principais: remitente-recorrente (EMRR), caracterizado pelo indivíduo apresentar surtos claramente definidos com posterior remissão que pode ser completa ou parcial, também pode se apresentar enquanto secundariamente progressiva (EMSP) que cursa inicialmente semelhante a EMRR, sendo posteriormente sucedida por progressão com ou sem surtos ocasionais, discretas remissões e platôs, e para finalizar tem-se a primariamente progressiva (EMPP) onde o indivíduo apresenta curso progressivo desde o início podendo apresentar platôs além de sutis flutuações (7).

De maneira geral grande parte dos diagnósticos clínicos se enquadram na condição EMRR sendo a forma que afeta aproximadamente 85% dos pacientes diagnosticados (1).

O objetivo da abordagem terapêutica sob a EM passa a ser a melhora clínica, aumento da capacidade funcional, tentativa de redução das chances de ocorrência de novos surtos e o impedimento da progressão da incapacidade neurológica. Os glicocorticóides são usados no tratamento dos surtos apresentando benefícios clínicos a curto prazo, já o uso Terapias Modificadoras do Curso da Doença (MMCD), visam afetar as células imunogênicas para assim minimizar a resposta inflamatória (8).

É importante considerar que no contexto brasileiro, uma parcela significativa dos pacientes é tratada via Sistema Único de Saúde (SUS). De forma geral a disponibilização dos medicamentos se encontra estruturada em diversos segmentos de financiamento da assistência farmacêutica, sendo o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) o responsável pela dispensação dos medicamentos para os pacientes ambulatoriais de tratamento de doenças crônicas e raras, entre estas a EM. Tal processo se estrutura através do estabelecimento de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (9).

O financiamento dos medicamentos do CEAF é tripartite, contudo algumas patologias cujo tratamento geram maior impacto financeiro tendem a ser adquiridas de forma centralizada pelo Ministério da Saúde (MS) (9). No caso do tratamento da EM grande parte dos medicamentos são classificados enquanto grupo 1A sendo o seu financiamento e aquisição de responsabilidade do MS. A exceção se dá pela Azatioprina 50 mg que compõem grupo 2 sendo o seu processo de financiamento e aquisição de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (10).

Segundo o PCDT, na condição de baixa ou moderada atividade, tem-se enquanto primeira linha terapêutica o uso das betainterferonas ou glatirâmer ou teriflunomida ou fumarato de dimetila ou azatioprina. Na ocorrência de casos de toxicidade, falha terapêutica ou falta de adesão a qualquer dessas possibilidades é permitida a troca por outra MMCD de primeira linha (6).

Posteriormente ao apresentar novas falhas terapêuticas é possível substituir a primeira linha de tratamento pela segunda linha que se dá pelo uso do fingolimode, caso ocorra nova falha terapêutica ou o paciente apresente alguma contraindicação ao uso do fingolimode, recomenda-se que o mesmo faça uso da terceira linha por meio do uso do natalizumabe (6).

Já no caso do tratamento da EM de alta atividade a abordagem se dá da seguinte forma, enquanto primeira opção de tratamento utiliza-se o natalizumabe, independente dos pacientes serem virgens de tratamento ou já estarem seguindo outra linha terapêutica. A segunda

linha para essa abordagem se dá pelo uso do alentuzumabe que foi recentemente incorporado ao PCDT, seu uso é preconizado em caso de falha terapêutica ou na presença de alguma contraindicação ao uso do natalizumabe. Deve-se considerar que após o tratamento e controle da alta atividade o paciente pode ser realocado para outras linhas tratamento de baixa ou moderada atividade (6).

Enquanto critério de interrupção do uso de determinado medicamento, se dará pela incapacidade do paciente aderir ao tratamento ou impossibilidade de se monitorar possíveis efeitos adversos e toxicidade ao mesmo. Já a troca de MMCD de escolha será determinada pela falha terapêutica ou aparição de efeito adverso grave. Conceitua-se falha terapêutica a incidência de, pelo menos um surto e evidência de no mínimo quatro novas lesões ao exame de ressonância magnética no período de um ano, em presença de tratamento medicamentoso (6).

Dado os diferentes perfis de segurança e eficácia dos diversos medicamentos que estão disponíveis no momento, a escolha do tratamento deve ser feita de maneira criteriosa baseando-se nas características individuais dos pacientes onde o risco atribuído ao uso do medicamento seja dosado pelo grau de severidade do quadro do paciente (7). Além disso, é importante ressaltar que a efetividade do tratamento farmacológico também perpassa pela disponibilidade do medicamento e que ele possa ocorrer de forma acessível ao usuário, bem como a compreensão e o comprometimento do sujeito em relação ao tratamento e o consumo racional desse medicamento (11).

Dessa forma, para que seja realizado o uso racional de medicamentos, em especial os de alto custo que compõem a lista dos medicamentos da CEAF, é de suma importância que ocorra o acesso regular ao tratamento bem como por consequência a adesão dos indivíduos às orientações relacionadas ao uso (12).

É importante considerar que a adesão do paciente está intimamente atrelada a qualidade do serviço ofertado, afinal a adequada transmissão de informações sobre o medicamento do ponto de vista da sua finalidade, esquema de administração, efeito adversos e demais informações influenciam diretamente nessa relação do paciente com a sua terapêutica (13).

Sendo assim, mediante a diversidade das linhas de tratamentos preconizados pelo PCDT de EM buscaremos avaliar se a forma com que os usuários acessam ao seu tratamento possui alguma relação com as vias de administração, esquemas posológicos, possíveis efeitos adversos, disponibilidade na rede e refletir sobre como a interferência na regularidade de acesso pode impactar tanto nos desfechos clínicos quanto sistematicamente no orçamento do SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, quantitativo em que a partir de dados secundários gerados sem identificação dos usuários produzidos pelo sistema Hórus, Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, verificou-se a autorização e dispensação mensal do esquema farmacoterapêutico de pacientes diagnosticados com Esclerose Múltipla que obtêm os seus medicamentos na farmácia ambulatorial situada no Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Foram incluídos na análise os processos gerados que apresentavam Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) de forma concomitante nos meses de novembro de 2021 e outubro de 2022, independente da existência de continuidade entre os 12 meses decorridos nesse período. O objetivo desse recorte temporal foi de avaliar o perfil de continuidade de acesso, além de buscar conciliar a informação preconizada na PCDT que envolve o conceito de falha terapêutica. Já a exclusão foi dada para os usuários que não apresentavam tais autorizações concomitantes.

Para avaliar a regularidade de acesso buscou-se verificar nos relatórios produzidos a ocorrência de autorização e sucessiva dispensação dos medicamentos de cada mês nesse espaço de doze meses. Caso o relatório indicasse a ausência de registro de autorização e/ou a não dispensação e/ou dispensação parcial da quantidade do medicamento autorizado, classificou-se enquanto acesso não regular. Já no caso da ocorrência de autorização e dispensação nos doze meses seguidos, indica que o usuário obteve acesso regular aos medicamentos.

RESULTADOS

Mediante levantamento na base de dados do sistema Hórus, no período de novembro/2021 à outubro/2022 verificou-se a existência de 384 usuários categorizados no sistema enquanto portadores da EM que se encontravam em situação de tratamento deferida. Sendo que ao utilizar os critérios de inclusão obteve-se 269 usuários analisados, entre estes

foi possível identificar registros que indicavam acesso a único esquema terapêutico e os que sofreram mudança de tratamento no período.

Tabela 1 - Usuários que acessaram cada Terapia Modificadora de Doença no período

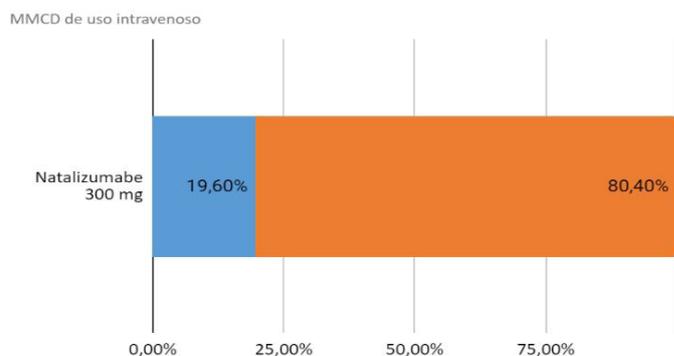
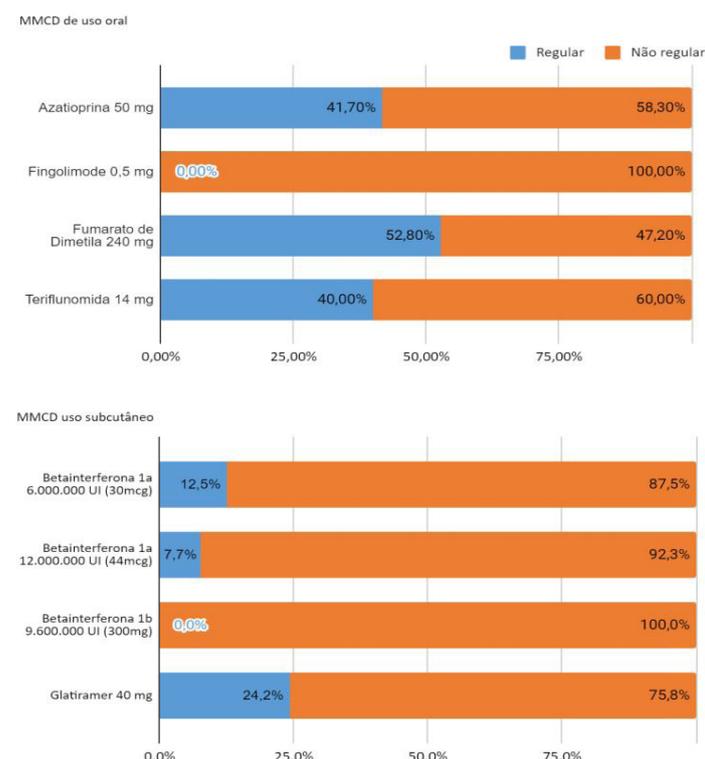
Terapias Modificadoras de doenças	N (usuários)
Azatioprina 50mg	48
Betainterferona 1a 6.000.000 UI (30mcg)	11
Betainterferona 1a 12.000.000 UI (44mcg)	15
Betainterferona 1b 9.600.000 UI (300mg)	3
Fingolimode 0,5 mg	53
Fumarato de Dimetila 120 mg	3
Fumarato de Dimetila 240 mg	54
Glatiramer 40 mg	47
Natalizumabe 300 mg	65
Teriflunomida 14 mg	11

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Dos 269 registros analisados, 232 fizeram uso de único esquema terapêutico no período elencado, entre estes, 170 geraram autorizações que garantiriam o acesso aos medicamentos durante os 12 meses. Contudo, tal liberação não se converteu em dispensação regular, visto que dos 170 usuários, apenas 62 obtiveram seus medicamentos de maneira ininterrupta no período. Quanto à regularidade do acesso, dos 232 usuários que acessaram os medicamentos 62 tiveram acesso regular nos doze meses enquanto 170 obtiveram acesso não regular correspondendo a 26,7 % e 73,3 % respectivamente. Dos 170 usuários que acessaram de forma não regular se verificou que pouco mais de um terço obteve acesso aos medicamentos de forma adequada em pelo menos 11 dos 12 meses.

No que se refere a dispensação de cada medicamento os mesmos foram organizados segundo a sua via de administração e analisados segundo a sua regularidade de acesso sendo identificado os seguintes perfis:

Gráfico 1 - Perfil da regularidade de acesso entre as diversas formas farmacêuticas disponíveis

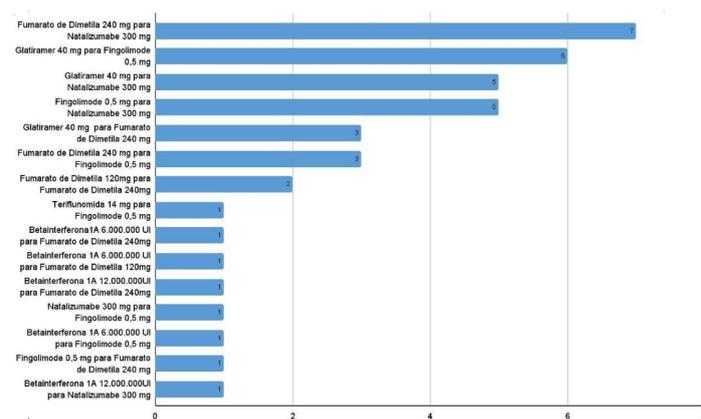


Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Além disso, foi possível verificar que 37 registros indicavam usuários que passaram por alguma mudança terapêutica, dentre esses 2 deles mudaram duas vezes de tratamento, dessa forma totalizam-se 39 mudanças de MMCD. Constatou-se que nesse grupo de 37 pacientes, 21 deles obtiveram autorização para dispensação de medicamentos nos 12 meses, contudo apenas 3 usuários acessaram os medicamentos de forma integral.

No espaço dos doze meses, 8,1% dos indivíduos pertencentes a esse grupo apresentaram acesso regular, enquanto que 91,9% apresentaram acesso não regular. Além disso, das 39 mudanças ocorridas enumerou-se as alterações de MMCD que foram feitas:

Gráfico 2 - Frequência de mudanças terapêuticas ocorridas no período



Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

Mediante os dados obtidos testou-se a hipótese de que existe dependência entre troca de esquema terapêutico com a não regularidade de acesso. Para testar tal correlação utilizou-se o teste de Qi-quadrado a fim de avaliar tal hipótese, sendo encontrado (p) = 0,0245, dado que o valor de (p) < 0,05 é possível atestar a validade dessa hipótese. Além disso, ao se calcular o ODDS RATIO verificou-se que o risco de troca de esquema terapêutico dos usuários que não possuem acesso regular é 4,18 vezes maior do que os pacientes que apresentam regularidade de acesso.

DISCUSSÃO

O acesso aos medicamentos via CEAF envolve o cumprimento de algumas etapas que podem gerar certos entraves para os pacientes, afinal em muitos casos os usuários dependem da utilização dos diversos serviços que integram a rede de saúde que vão desde a marcação de consultas com especialistas, realizações de exames, até a garantia da dispensação. Até o ano de 2020 a geração da APAC apresentava validade de três meses, contudo, a partir da Portaria nº 13, de 6 de janeiro de 2020, ocorreram algumas modificações no processo que possibilitou a ampliação da validade da autorização do acesso para até 6 meses (14).

Essa mudança facilitou em partes o processo de corresponsabilização do paciente no que tange a acessibilidade ao seu tratamento, afinal reduz os fluxos pela rede a fim de se obter os documentos necessários, nesse sentido foi possível observar durante a coleta de dados que uma parcela significativa dos usuários cumpriu com a etapa de estar autorizado a obter os medicamentos durante todo o período avaliado,

haja visto que dos 269 usuários selecionados 191 apresentavam APAC vigentes que garantiriam acesso, indicando assim que 71% dos pacientes poderiam ter acesso ao esquema terapêutico durante esse recorte de 12 meses.

Contudo, no âmbito da dispensação dos medicamentos e consequente acesso não foi possível verificar tal paridade, visto que do total dos pacientes apenas 65 deles apresentaram regularidade de acesso durante os 12 meses o que representa 24,2 % dos usuários. Entre algumas hipóteses para essa redução se pode citar a irregularidade do abastecimento, problemas relacionados ao deslocamento até a unidade, seja por depender de outras pessoas ou até mesmo pela distância da residência, uma vez que tal unidade atende usuários de diversos municípios do estado.

Como citado anteriormente existem inúmeras abordagens para o tratamento da EM e isso inclui o fato de existir uma diversidade em relação ao número de substâncias químicas, imunobiológicos, vias de administração, frequência de uso, possíveis efeitos adversos, ou seja, diversas variáveis que de alguma forma podem interferir na forma como o paciente se relaciona com a sua terapia. Entre um dos fatores supracitados é possível inferir que os medicamentos na forma de comprimidos orais, possuíram maior percentual de dispensação haja visto que dos pacientes que fizeram uso de único esquema terapêutico, os que estavam em uso dessa forma farmacêutica apresentaram em grande maioria a regularidade de acesso maior ou igual que 40 %.

Na contramão dessa observação tem-se o Fingolimode 0,5 mg que apesar de apresentar essa forma farmacêutica teve um perfil de 100% de irregularidade no acesso, contudo tal fator está diretamente atrelado com problema abastecimento ocorrido no ano de 2022, o que impediu que os usuários tivessem pleno acesso ao tratamento com esse fármaco. Tal condição não foi algo específico da gestão local, mas sim à nível nacional uma vez que por ser classificado na lista 1A todo o processo de financiamento e aquisição desse medicamento é de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Segundo a Bioered Brasil, rede de organizações e associações de pacientes que discutem questões relacionadas a medicamentos biotecnológicos, existiram relatos de queixas no âmbito nacional no que concerne ao abastecimento do Fingolimode 0,5 mg tal como a falta de Betainterferonas (15).

Ao se fazer o levantamento a nível estadual foi possível verificar em relatórios de abastecimento da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do Estado do Ceará (COPAF) que em alguns meses do ano de 2022 tanto o Fingolimode 0,5 mg quanto a Betainterferona 1B apresentaram status de abastecimento insatisfatórios (16). Contudo, há de se ressaltar que mesmo em casos dos medicamentos que apresentaram perfil de abastecimentos satisfatórios durante todo o período, não houve garantias de que os usuários estivessem acessando de forma adequada.

Com a divisão em grupos de pacientes que fizeram uso de único esquema terapêutico dos que tiveram uma ou duas mudanças de tratamento no decorrer dos 12 meses, foi possível observar a presença de variação no comportamento dos dois grupos no que tange ao acesso. O grupo composto por único esquema terapêutico teve um perfil de acesso regular no valor de 26,7 % enquanto que os que sofreram mudança de tratamento apresentaram valor inferior, sendo a regularidade na marca de 8,1 %.

Apesar de não acompanhar cada paciente, mas sim o perfil de dispensação, alguns padrões observados podem gerar sugestões quanto a mudança de tratamento por falha terapêutica. Tal condição está na observação das trocas ocorridas entre as MMCD, visto que das 39 alterações de tratamento 29 delas foram de trocas para linhas de tratamentos superiores conforme preconizado no PCDT de EM.

Além disso, o MMCD que apresentou o maior número de pacientes em uso foi o Natalizumabe 300 mg, como citado anteriormente tal medicamento está colocado enquanto uma das últimas linhas de tratamento disponibilizadas pelo SUS e também pode ser utilizado em estágios de alta atividade da doença. É importante refletir atentamente sobre o que tal observação indica, afinal tal abordagem terapêutica apresenta o maior custo anual de aquisição segundo levantamento feito pela CONITEC (17).

No caso da EM pelo fato de apresentar terapias de alto custo que praticamente inviabilizam a possibilidade do paciente obter o tratamento por conta própria e além de só recentemente ter tido o seu tratamento garantido no rol de doenças assistidas pelos planos

privados de assistência à saúde pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (18) culmina no fato de que de forma majoritária todos esses fatores que interferem na adesão perpassam sobre a atuação do SUS. Dessa forma, é importante que todas as condições relacionadas ao funcionamento do sistema estejam alinhadas para que assim o paciente possa ter mais chance de aderir ao seu tratamento.

Como efeito de comparação referente ao acesso de medicamentos do CEAF, no estudo produzido por Fritzen JS e colaboradores, avaliou-se a regularidade do acesso ao componente especializado para diversas patologias no espaço de três meses e verificou-se que apenas 46,1% dos pacientes obtiveram regularidade do acesso nesse recorte temporal (12).

Nesse sentido, é possível verificar que mesmo em um recorte temporal significativamente menor do que o utilizado neste trabalho não foi verificado valores muito superiores de acesso. Assim, é possível considerar que a regularidade do acesso aos medicamentos para além das questões estruturais e de gestão do serviço também está significativamente atrelada ao comportamento do usuário, do autocuidado e a sua corresponsabilidade com o tratamento.

O manejo dessa complexidade também se dá na relação que o paciente constrói com a sua terapia. Afinal, a adesão terapêutica está atrelada a concordância entre o comportamento do paciente e o que é colocado pela equipe de saúde que o acompanha, partindo de uma relação de colaboração que deve ser tomada mediante as decisões sobre a abordagem terapêutica, visto que o paciente possui uma atribuição ativa sobre a sua condição (19).

E em meio a essa construção do cuidado, é importante considerar que o farmacêutico para além do olhar que se encontra focado no aspecto operacional do fornecimento de medicamentos precisa pensar a gestão e as políticas da assistência farmacêutica enquanto práticas que se integram a todo o sistema de saúde (20). Tal situação também deve estar presente entre as diversas instâncias do sistema uma vez que ainda há condições de fragilidade que permeiam todo o processo de articulação entre as gestões, serviços e práticas clínicas que acabam impossibilitando a garantia da integralidade do sistema (21).

CONCLUSÃO

A assistência farmacêutica precisa ser pensada enquanto prática que se integra a todo o sistema de saúde, dessa forma é importante que o farmacêutico não restrinja o seu olhar apenas no aspecto operacional do fornecimento de medicamentos. Sendo de grande relevância que se possibilite o encontro e aprimoramento de estratégias de acompanhamento dos tratamentos oferecidos no serviço de saúde.

Para além dos fatores externos relacionados à gestão e oferta dos medicamentos é possível considerar que a regularidade do acesso aos medicamentos também está atrelado ao comportamento do usuário, sendo essencial que o farmacêutico assuma essa responsabilidade de fortalecer esse elo do paciente com a sua terapia medicamentosa.

Nesse sentido, no caso do tratamento da Esclerose Múltipla, ao participar da garantia do acesso e consequente adesão ao tratamento pode impactar positivamente no controle dos surtos, prorrogando a progressão da doença e assim poder proporcionar, maior qualidade de vida aos pacientes além de reduzir possíveis custos de internação ou de mudanças terapêuticas.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes FP, Arruda CAM, Menguer AN. Uso off-label do anticorpo monoclonal quimérico rituximabe na terapia da esclerose múltipla recorrente-remittente. J App Pharmaceutical Scienc [Internet]. 2021 [acesso em 21 jul. 2024];(7):81-95. Disponível em: https://www.academia.edu/49413944/Usso_off_label_do_anticorpo_monoclonal_quim%C3%A9rico_rituximabe_na_terapia_da_esclerose_m%C3%BAltipla_recorrente_remittente.
2. Walton C, King R, Rechtman L, Kaye W, Leray E, Marrie RA, et al. Rising prevalence of multiple sclerosis worldwide: insights from the Atlas of MS. Mult Scler [Internet]. 2020 [acesso em 21 jul. 2024];26(14):1816-1821. doi: <https://doi.org/10.1177/1352458520970841>.
3. Pereira AB, Lacativa MC, Pereira FF, Alvarenga RM. Prevalence of multiple sclerosis in Brazil: a systematic review. Mult Scler Relat Disorders [Internet]. 2015 [acesso em 02 ago. 2024];4(6):572-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.msard.2015.08.004>.

4. Thompson AJ, Baneke P. Atlas of MS 2013: mapping multiple sclerosis around the world [Internet]. [London]: MS International Federation; 2013 [acesso em 02 ago. 2024]. Disponível em: <https://www.msif.org/wp-content/uploads/2014/09/Atlas-of-MS.pdf>.
5. Polman CH, Reingold SC, Edan G, Filippi M, Hartung HP, Kappos L, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the "McDonald Criteria". *Ann Neurol* [Internet]. 2005 [acesso em 05 ago. 2024];58(6):840-846. doi: <https://doi.org/10.1002/ana.20703>.
6. Brasil. Portaria Conjunta nº 1, de 07 de janeiro de 2022. Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da esclerose múltipla [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 02 ago. 2024]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2022/portalia_portaria-conjunta-no-1-pcdt_esclerose-multipla.pdf.
7. Marques VD, Passos GR, Mendes MF, Callegaro D, Lana-Peixoto MA, Comini-Frota ER, et al. Brazilian consensus for the treatment of multiple sclerosis: Brazilian Academy of Neurology and Brazilian Committee on Treatment and Research in Multiple Sclerosis. *Arq Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2018 [acesso em 05 ago. 2024];76(8):539-554. doi: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20180078>.
8. Gajofatto A, Benedetti MD. Treatment strategies for multiple sclerosis: when to start, when to change, when to stop? *World J Clin Cases* [Internet]. 2015 [acesso em 05 ago. 2024];3(7):545-555. doi: <https://doi.org/10.12998/wjcc.v3.i7.545>.
9. Brasil. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 21 jul. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html.
10. Ministério da Saúde (BR). Relação nacional de medicamentos essenciais 2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 21 jul. 2024]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/renome/20210367-renom-2022_final.pdf.
11. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [acesso em 21 jul. 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
12. Fritzen JS, Motter FR, Paniz VM. Acesso regular e adesão a medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 21 jul. 2024];51:109. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006932>.
13. Chan FW, Wong FY, So WY, Kung K, Wong CK. How much do elders with chronic conditions know about their medications?. *BMC Geriatr* [Internet]. 2013 [acesso em 05 ago. 2024];13:1-7. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-59>.
14. Brasil. Portaria nº 13, de 6 de janeiro de 2020. Altera o Título IV do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 02 ago. 2024]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-13-de-6-de-janeiro-de-2020-%20237059261>.
15. Torres P. Desabastecimento de medicamentos no SUS: deixa 42% dos pacientes com doenças crônicas sem medicamento por até 2 meses [Internet]. [São Paulo]: Biored Brasil; 2022 [acesso em 12 ago. 2024]. Disponível em: <https://www.bioredbrasil.com.br/desabastecimento-de-medicamentos-no-sus-deixa-42-dos-pacientes-com-doencas-cronicas-sem-medicamento-por-ate-2-meses/>.
16. Secretaria da Saúde (CE). Relatórios de Abastecimento - Copaf [Internet]. Fortaleza: SESA; 2024 [acesso em 12 ago. 2024]. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/download/relatorios-de-abastecimento-copaf/>.
17. Ministério da Saúde (BR). Relatório de recomendação - medicamento: Natalizumabe para tratamento da Esclerose Múltipla Remitente-recorrente após primeira falha terapêutica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 12 ago. 2024]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/relatorio_inicial_natalizumabe_emrr_cp35_2020.pdf.
18. Brasil. Portaria Normativa - RN nº 465, de 24 de fevereiro de 2021. Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa - RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa - RN nº 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa - RN nº 457, de 28 de maio de 2020 e a RN nº 460, de 13 de agosto de 2020 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 02 ago. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2021/res0465_02_03_2021.html.
19. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* [Internet]. 2005 [acesso em 12 ago. 2024];353(5):487-497. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMra050100>.
20. Bigdeli M, Jacobs B, Tomson G, Laing R, Ghaffar A, Dujardin B, et al. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy Plan* [Internet]. 2013 [acesso em 12 ago. 2024];28(7):692-704. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czs108>.
21. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil [Internet]. *Saúde Soc*. 2011 [acesso em 05 ago. 2024];20(4):867-874. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.
22. Soares L. O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos: modelo teórico e elementos empíricos [tese na Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013 [acesso em 02 ago. 2024]. Disponível em: <https://tede.ufsc.br/teses/PCCF0254-T.pdf>.



“Quero seguir amando o que faço. Essa é minha missão”

Levar alegria e conforto aos pacientes e funcionários do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) é parte da rotina de Elenir Pereira Silva. A técnica de enfermagem completa 40 anos de trabalho na unidade da Secretaria de Saúde do Ceará (Sesa) em 2024 e não pensa em aposentadoria. Seus planos são continuar atuando onde considera sua “segunda casa”.

Atualmente, como coordenadora da Comissão Religiosa e Eclesiástica do HGF, Elenir ingressou na unidade em 1984 por meio de um concurso do Ministério da Saúde. Desde então, participou de diversos projetos sociais, dos quais se orgulha muito.

O primeiro, ainda nos anos 1980, visava reduzir o número de funcionários analfabetos no hospital. “Fomos procurados por trabalhadores que não sabiam ler, nem escrever. Começamos a dar aulas a esse grupo, que foi crescendo. No término, já tínhamos mais de 120 estudantes”, conta a técnica de enfermagem.

Os esforços conjuntos com a direção e outros colaboradores resultaram em um cronograma escolar, a oficialização das turmas na Secretaria da Educação (Seduc) e ajudaram dez funcionários, que antes só sabiam assinar o próprio nome, a ingressarem em uma faculdade pública.

Em 2012, Elenir assumiu a coordenação da Comissão Religiosa e Eclesiástica do HGF, que oferece apoio espiritual e emocional aos pacientes. Com formação em Teologia, ela montou uma equipe de religiosos para essa assistência. “Respeitamos todas as religiões e buscamos acolher todos os necessitados”, afirma.

Afinados com a Saúde

Com a pandemia de Covid-19, surgiram novos desafios. O projeto Afinados com a Saúde, iniciado em 2021, trouxe música aos internos. “Somos um grupo de voluntários que toca e canta para pacientes e funcionários do HGF. Oferecemos nosso talento e amor e recebemos muito carinho em troca. É gratificante para todos nós”, diz Elenir.

Semanalmente, o grupo se reúne para ensaiar um extenso repertório de canções, dedicando-se a oferecer acolhimento àqueles que enfrentam momentos difíceis durante tratamentos de saúde.

Essas reuniões não apenas proporcionam um espaço de conforto para os pacientes, mas também criam um ambiente de solidariedade e empatia, onde todos compartilham suas experiências e emoções. Esse afeto é mútuo, pois estimula igualmente os profissionais a continuarem suas ações de apoio ao próximo, fortalecendo a conexão entre toda comunidade, o que reforça a importância do cuidado emocional nessas situações desafiadoras.

A área cultural está entre seus planos. “Quero ampliar as atividades artísticas no hospital, incluindo música, teatro e pintura. Acredito que a arte pode desempenhar um papel fundamental na recuperação e bem-estar dos pacientes, proporcionando momentos de alegria e descontração em meio ao tratamento. Não paro de sonhar, e isso me faz seguir em frente”, acrescenta.

Elenir Pereira Silva
Técnica de Enfermagem



Foto: Felipe Martins | Texto: Luã Diogenes

Marcos Capelo dedica samba e amor ao HGF

“Cantar no Hospital Geral de Fortaleza (HGF) é uma das maiores alegrias que tenho. É celebrar também minha trajetória de mais de três décadas de trabalho. Aqui me sinto em casa”, afirma com satisfação Marcos Capelo, músico e tecnólogo em segurança do trabalho aposentado em 2023. Para ele, a música vai além do entretenimento; é uma forma de conectar-se emocionalmente com as pessoas que, muitas vezes, enfrentam momentos desafiadores em suas vidas.

O carinho pelo equipamento não é por acaso. O profissional atuou durante 37 anos na unidade da Secretaria de Saúde do Ceará (Sesa) e, mesmo aposentado, continua a ser uma presença constante no hospital. Isso se deve à sua profunda dedicação à instituição, que ele considera parte da sua família.

Há mais de 20 anos, ele fundou a banda Balancê com Sttilo e, desde então, realiza apresentações voluntárias para os pacientes e funcionários do hospital. Essas performances não só trazem momentos de alegria, mas também ajudam a criar um ambiente mais acolhedor e humano, onde a música se torna um remédio tanto para o corpo quanto para a alma. Cada nota tocada é uma maneira de retribuir o carinho que recebeu ao longo dos anos e de inspirar aqueles que estão ao seu redor.

Sua trajetória inclui passagens pelo Laboratório de Patologia Clínica, pelo Transplante e pela Hemodiálise. Em 1998, foi um dos primeiros integrantes do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), responsável pela promoção e proteção da saúde física e mental dos servidores.

Orgulho e cuidado

“Sempre tive orgulho de desenvolver um trabalho de cuidado com os meus colegas, pois na hora que precisei, foram eles que me estenderam a mão. Não estou mais no SESMT, mas levar boa música e bastante alegria para quem precisa também é um gesto de carinho e zelo”, complementa, refletindo sobre a importância das conexões humanas construídas ao longo de sua carreira. Para ele, cada apresentação é uma oportunidade de retribuir o apoio que recebeu e de criar um ambiente mais acolhedor para todos.

Marco reforça que doar seu talento artístico também é uma forma de agradecimento diante de tudo que o hospital representa para ele: “passei por vários momentos difíceis e, graças ao HGF, sigo firme em minha caminhada. A ele e meus amigos, dedico não só canções e versos, mas todo meu amor e gratidão”.

O tecnólogo afirma que cada nota musical é carregada de significado, pois representa não apenas sua história, mas também a solidariedade e a força que encontrou no hospital. Ele acredita que a música tem o poder de transformar ambientes e trazer conforto, especialmente em tempos desafiadores, e por isso se dedica a essas apresentações, sabendo que pode fazer a diferença na vida de alguém.



Profissional atuou durante 37 anos no HGF



HOSPITAL
GERAL DE
FORTALEZA



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Hospital Geral de Fortaleza

