

REVISTA HGF

Assistência em foco
Oftalmologia do HGF é destaque na assistência a pacientes e na formação de novos especialistas

Assistência em foco
Com ampla assistência, Endocrinologia do HGF é referência no atendimento a pacientes com doenças raras

HGF por dentro
USGCA: gestão participativa impulsiona a qualidade dos dez serviços administrados pelo setor

Revista HGF

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

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 1
Janeiro - Abril 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 1 - Janeiro - Abril/2024

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

Editor de conteúdo - Felipe Martins

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

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

Redação - Felipe Martins e Suzana Mont'Alverne

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 do Ceará, Hospital Geral de Fortaleza, 2023-

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

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

CDD 610

Bibliotecária: Dayane Paula Ferreira Mota CRB-3/1310

Sumário

07 | Editorial

08 | Memória viva

Acontece no HGF

09 | Psicologia do HGF realiza atividades em comemoração dos 61 anos da profissão no Brasil

10 | HGF realiza primeira edição da Feira do Empreendedor

11 | XII Jornada de Fisioterapia do HGF promove prática científica entre profissionais e estudantes

HGF por dentro

12 | USGCA: gestão participativa impulsiona a qualidade dos dez serviços administrativos pelo setor

14 | Rim Art: 23 anos reconstruindo histórias de vida no HGF

Ensino em pauta

16 | Comissão de Residência Multiprofissional favorece a inserção qualificada dos profissionais

Assistência em foco

17 | Oftalmologia do HGF é destaque na assistência a pacientes e na formação de novos especialistas

19 | Com ampla assistência, Endocrinologia do HGF é referência no atendimento a pacientes com doenças raras

Espaço de pesquisa

Relato de experiência

21 | Educação em saúde dentro do grupo de postura, voltado ao autocuidado dos pacientes da terceira idade portadores da diabetes mellitus (DM)

24 | Formação do nutricionista na residência em Neurologia e Neurocirurgia: relato de experiência

28 | Rara associação de tumor estromal gastrointestinal e hemofilia adquirida: relato de caso e revisão de literatura

32 | Jogo de tabuleiro sobre segurança do paciente para profissionais da saúde: um relato de experiência



Acontece no HGF

14º edição do Encontro de famílias Doadoras de Órgãos e Tecidos p.11



HGF por dentro

Rim Art: 23 anos reconstruindo histórias de vida no HGF p.14



Ensino em Pauta

Comissão de Residência Multiprofissional favorece a inserção qualificada dos profissionais p.16

35 | Assistência à mulher trabalhadora no banco de leite humano: experiências vivenciadas no Hospital Geral de Fortaleza

40 | O serviço social e a articulação de redes: relatos de experiência de suas práticas cotidianas na emergência HGF

45 | Panorama histórico do suporte ventilatório no manejo de portadores de SARS-Cov-2: um relato sobre o que mudou entre a primeira e a segunda onda

Comunicação breve

52 | Uma breve reflexão sobre os princípios éticos fundamentais para uma prática segura de enfermagem

56 | Round multiprofissional na Clínica Médica: estratégia para a construção de um cuidado integral ao paciente

Estudo observacional

58 | Percepção dos pacientes com esclerose múltipla e sintomatologia de fadiga: orientações quanto ao desempenho ocupacional

65 | Serviço Social no HGF: uma análise a partir do IntegraSH

72 | Prevalência dos fatores de risco associados à doença cardiovascular no diabetes tipo 1 em um hospital terciário brasileiro

Perfil

79 | Walter Gomes de Miranda

80 | Arte em destaque

81 | Memorial



Assistência em foco

Oftalmologia do HGF é destaque na assistência a pacientes e na formação de novos especialistas p.17



Perfil

"O HGF é grandioso e vem se adaptando às mudanças, muitas vezes de modo pioneiro..." p.79

Editorial

Celebramos o nosso primeiro ano de existência, com o lançamento deste segundo volume da revista HGF, uma publicação que se renova a cada quadrimestre. A cada edição, aprimoramo-nos na habilidade de retratar nossos acontecimentos e produções científicas, assim como nossas conquistas e realizações. Ao folhear estas páginas, prezado leitor, esperamos que note o trabalho contínuo de uma equipe que se debruça sobre a missão de produzir, selecionar e compartilhar um rico conteúdo sobre o gigante HGF.

Algumas modificações foram feitas de modo a tornar mais organizadas as sessões. Incluímos um apanhado com os principais acontecimentos que marcaram o cotidiano do hospital no segundo semestre do ano passado. A sessão 'Perfil' foi incluída na publicação com o objetivo de contar uma história inspiradora de um servidor da unidade. Agradecemos ao nosso "médico-advogado" Walter Miranda pela disponibilidade em compartilhar um pouco de sua trajetória.

A partir desta edição, recebemos aprimoramentos importantes na diagramação a partir do esforço e da dedicação da equipe de Assessoria de Comunicação, que passou a contar com mais membros neste ano de 2024. As sessões passam a contar com cores diferentes e o sumário por modernização para melhorar a experiência de leitura.

Mantemos, entretanto, o foco no que foi proposto desde o início: conhecer tudo e todos que fazem o HGF e exaltarmos as principais ações relacionadas à assistência, ao ensino e à pesquisa que acontecem diuturnamente dentro deste espaço.

Desejamos boa leitura a todos e já nos preparamos para o próximo número, quando comemoraremos mais um aniversário do HGF!



Há 15 anos, HGF inaugurava unidade Régis Jucá e dobrava sua capacidade de atendimento

Há 15 anos, o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) inaugurava o Edifício Régis Jucá e dobrava a capacidade de atendimento a pacientes. O acontecimento foi registrado pelo Jornal O Povo em 30 de maio de 2009.

A notícia evidenciava a ampliação da área física e antecipava o aumento no número de atendimentos ambulatoriais, exames, leitos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), um espaço exclusivo para pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), entre outras melhorias.

Desde então, o equipamento da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa) tem mantido sua trajetória em constante evolução com um crescente número de serviços oferecidos à população.

Com a conclusão das obras da unidade Régis Jucá, o hospital passou de 98 mil para 174 mil exames realizados por mês. Hoje, com 55 anos de história, o HGF realiza quase 238 mil exames mensalmente.

Fortaleza

HGF espera duplicar atendimento

< BENEFÍCIOS > O hospital inaugurou ontem nova unidade, que conta com 16 salas de cirurgia, quatro delas controladas por comando de voz

Viviane Gonçalves
da Redação

Aumento no número de leitos, salas de cirurgias tecnológicas e a possibilidade de duplicar o número de atendimentos. Esses são apenas alguns dos benefícios que começam a ser ofertados no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), que comemora 40 anos de funcionamento. A unidade Doutor Régis Jucá e o novo setor de emergência foram inaugurados ontem com a presença do governador Cid Gomes e do secretário da Saúde do Estado, João Ananias. O funcionamento da nova unidade começa na próxima semana, após capacitação dos funcionários para uso dos equipamentos.

A unidade Doutor Régis Jucá conta com 16 salas de cirurgia, sendo quatro delas definidas como inteligentes, por serem operadas através de comando de voz e controle remoto. A partir de um simples toque na tela de comandos da sala cirúrgica inteligente, por exemplo, será possível estabelecer comunicação entre as salas e outros hospitais ou instituições de pesquisa de outros países.



Cid (esq) ficou empolgado com os novos equipamentos do HGF

Cid Gomes ficou animado com a nova estrutura do HGF e afirmou que, caso precise, irá ao hospital. "Costumo ter fortes dores de cabeça. Espero não precisar, mas, se tiver de ir ao hospital, virei para o HGF".

Com o aumento de 11 para 21 salas de cirurgias, a previsão é de que sejam executadas 1.300 cirurgias de média e alta complexidade por mês, 780 a mais do que as 520 realizadas atualmente. A expectativa é que sejam atendidos quase 30 mil pacientes por mês e realizados mais de 174 mil exames laboratoriais.

O número de leitos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) também aumentou, de 61 para 118, sendo 20 leitos exclusivos para pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), que é a doença que mais mata no Ceará e no Brasil.

A ampliação e reforma do HGF teve investimento total de R\$ 93,6 milhões, sendo R\$ 25 milhões para aquisição de equipamentos. Na unidade Dr. Régis Jucá foram gastos aproximadamente R\$ 49 milhões. A conclusão total das obras do HGF está prevista para o fim do ano.

Governo terá verba federal

O Ministério da Saúde vai disponibilizar R\$ 50 milhões para a ampliação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no Ceará. Serão cerca de 25 UPAs espalhadas na Capital Interior até o próximo ano.

O secretário nacional de Atenção à Saúde, Alberto Beltrame, do Ministério da Saúde, presente na inauguração da ampliação do HGF, disse que o recurso será liberado ainda este ano.

Para o governador Cid Gomes, essa é considerada uma das alternativas para diminuir as superlotações

dos hospitais no Ceará. "A UPA é uma estrutura pré-hospitalar fixa que vai ajudar a estabilizar casos de média complexidade", explica Cid. As cidades de Sobral, Cascavel, Maracanaú e Fortaleza estão confirmadas para receber unidades.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) também passará por uma expansão no Ceará até 2010. "A idéia é criar uma rede de urgência e emergência do Ceará a partir da expansão do Samu e da implantação da UPA", afirma Beltrame. (VG)

[+] NÚMEROS

1.300

É A PREVISÃO DE CIRURGIAS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE POR MÊS QUE O HGF PASSARÁ A FAZER

174 mil

EXAMES LABORATORIAIS É A EXPECTATIVA QUE O HGF PASSARÁ A FAZER POR MÊS

30 mil

ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS O HGF DEVE PASSAR A FAZER COM A AMPLIAÇÃO DO HOSPITAL

14 de julho de 2023

HGF realiza integração de novos servidores estatutários

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) realizou, em 14 de julho de 2023, a integração dos novos servidores estatutários lotados na unidade. O evento aconteceu no Auditório Principal do HGF e contou com a apresentação de diversos setores e serviços que compõem o hospital.

O encontro marcou o segundo grande chamamento dos servidores do concurso da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa). Na ocasião, os profissionais que passaram a integrar o HGF foram apresentados à estrutura e ao funcionamento do hospital, além das normas que regulamentam o serviço público em saúde. Também foi uma oportunidade para conhecer os direitos e deveres dos servidores públicos estaduais.

31 de agosto de 2023

Psicologia do HGF realiza atividades em comemoração aos 61 anos da profissão no Brasil

Em 27 de agosto de 2023, a Psicologia comemorou 61 anos de regulamentação como profissão e ciência no Brasil. Para comemorar a data, o serviço de Psicologia do HGF realizou, nos dias 24 e 31 do mês, atividades focadas no autocuidado dos profissionais da equipe. Com o tema A Psicologia e seus movimentos: ressignificando a vida interior, o evento contou com palestras, debates, práticas integrativas, entre outras atividades de interação.

“Em um contexto de tantas dificuldades que é a atuação em um hospital grande como o HGF, nossa ideia foi promover momentos de autocuidado junto aos profissionais de Psicologia. É cuidar de quem cuida”, ressaltou a psicóloga e organizadora do evento na unidade, Iara Caryna.

31 de agosto de 2023

HGF realiza III Simpósio de Nutrição com foco no manejo de doenças crônicas não transmissíveis

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) realizou o III Simpósio de Nutrição da unidade em 31 de agosto de 2023. Com o tema A atuação do nutricionista no manejo das doenças crônicas não transmissíveis, o evento reuniu especialistas em palestras e mesas redondas para debater condução nutricional de enfermidades como diabetes, epilepsia, Alzheimer, Parkinson e fibromialgia.

O encontro teve como objetivo fortalecer o serviço de Nutrição do hospital e contribuir com a disseminação do conhecimento prático e científico entre a equipe. “A nossa intenção foi de buscar trazer a expertise desses profissionais

de fora e também alguns de dentro do HGF para compartilhar pesquisas e estudos para enriquecer nosso cotidiano de atuação hospitalar”, ressaltou a gerente do serviço de Nutrição e Dietética do HGF, Lúcia Côrtes.

25 de setembro de 2023

Setembro Verde: HGF realiza fórum de incentivo e conscientização à doação de órgãos e tecidos

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF), realizou, em 25 de setembro de 2023, o I Fórum de Incentivo e Conscientização à Doação de Órgãos e Tecidos. O evento, organizado pelo serviço de Transplantes em parceria com a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos (Cihdott) do HGF, teve como objetivo conscientizar profissionais e colaboradores do hospital sobre a importância do transplante e da doação.

“Nós queremos utilizar deste mês comemorativo [Setembro Verde] para fortalecer a temática da doação de órgãos também entre os profissionais do hospital, que muitas vezes estão tão atarefados em outras unidade que não conhecem a fundo os procedimentos do transplante e como isso a impacta a vida de tanta gente”, explicou a coordenadora de enfermagem da Cihdott do HGF, Márcia Vitorino.

29 de setembro de 2023

HGF realiza seminário sobre sistema de atendimento prioritário

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF), equipamento da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa), realizou, em 28 de setembro de 2023, o seminário Sistema de Atendimento Prioritário: Direito do Usuário no SUS. O evento, que recebeu representantes do Ministério Público do Estado do Ceará (MP/CE), teve como objetivo informar e atualizar os profissionais da unidade sobre regras de atendimento prioritário de modo a fortalecer o acolhimento ao paciente.

O seminário iniciou com a apresentação dos dados gerais do hospital e contou com explicações sobre atendimento prioritário por gestores do Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), Ambulatórios e Farmácia. A coordenação do Serviço Social ficou responsável pela apresentação Direito dos usuários do SUS e dos Grupos Prioritários.

O evento representou um pontapé inicial para a gestão do HGF no que diz respeito a um processo maior de capacitação e adequação às atualizações da lei junto aos seus colaboradores. O objetivo maior foi garantir que as normas sejam cumpridas e que os pacientes possam ter sempre um atendimento de qualidade.

11 de outubro de 2023

HGF realiza primeira edição da Feira do Empreendedor

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF), realizou, em 11 de outubro de 2023, a primeira edição da Feira do Empreendedor do HGF. O evento teve como objetivo apresentar trabalhos paralelos de colaboradores e promover parcerias comerciais entre os profissionais.

Na ocasião, a unidade também disponibilizou uma tenda com informações sobre o Outubro Rosa, campanha referente à conscientização e prevenção do câncer de mama.

16 de outubro de 2023

Outubro Rosa: HGF realiza cronograma de atividades para reforçar sobre riscos e prevenção ao câncer de mama

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) realizou, em 16 de outubro de 2023, uma tarde de palestras e mesas-redondas sobre a importância da prevenção ao câncer de mama. A ação faz parte do cronograma de atividades da campanha Outubro Rosa, que acontece durante todo o mês com foco na conscientização sobre os riscos da doença junto aos colaboradores da unidade.

“Todos os anos temos novos avanços científicos no que diz respeito ao tratamento e à prevenção ao câncer de mama, então é preciso que estejamos sempre atentos e buscando atualização”, defendeu a coordenadora de enfermagem dos ambulatórios do hospital, Arilene Cândido. Diagnosticada com a doença em 2011 e tratada no HGF, a enfermeira levantou a bandeira da prevenção. “Meu olhar é por mim, por minha filha e por todas as minhas colegas de trabalho”, reforça.

23 de outubro de 2023

AVC: Projeto de residentes do HGF realiza ação educativa no Cocó e simpósio sobre a doença



Residentes multiprofissionais de Neurologia e Neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) realizaram, em 21 de outubro de 2023, uma ação educativa sobre AVC no Parque do Cocó. No dia 23, foi a vez dos profissionais da unidade receberem um simpósio sobre a importância de cuidar da prevenção da doença.

As atividades fazem parte do projeto EducAVC, idealizado pelos residentes ligados à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

“O EducAVC envolve os nossos residentes que estão no segundo ano de especialização. Teremos, no total, três momentos: com a comunidade, com os profissionais da saúde da Atenção Básica e com colaboradores que atuam no HGF”, explicou a preceptora de campo da residência multiprofissional e membro da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Residência do HGF, Waldelia Monteiro.

31 de outubro de 2023

Comitê de Ética em Pesquisa do HGF comemora 25 anos com discussão sobre a importância da pesquisa para efetivação do SUS

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF), equipamento da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa), realizou, em 31 de outubro, a VII Oficina do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da unidade. O evento, que comemorou os 25 anos de atuação do serviço, propôs uma discussão sobre as contribuições da pesquisa para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS).

“Queremos compartilhar a importância da atuação do CEP do HGF para a melhoria da pesquisa, tanto no que diz respeito à segurança e à qualidade de dados quanto em termos éticos junto aos profissionais, pesquisadores e pacientes”, ressaltou a farmacêutica e coordenadora do CEP do HGF, Patrícia Quirino.

22 de novembro de 2023

Novembro Azul: HGF realiza atividades de conscientização com colaboradores de Transporte e Manutenção

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) realizou, durante todo este mês de novembro, diversas ações de caráter educativo em alusão à campanha Novembro Azul, que destaca a conscientização sobre a saúde do homem e a diabetes. Na manhã do dia 22, profissionais dos setores de Transporte e Manutenção do equipamento da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa) receberam orientações de saúde e cuidados, como aferição de pressão, medição de glicose, corte de cabelo e limpeza de pele.

Membro da Comissão de Eventos do HGF e gerente do serviço de Hotelaria da unidade, Eliana Lima afirma que a iniciativa reforçou o valor do trabalhador para a instituição, bem como incentiva a compreensão sobre o autocuidado. “Quisemos trazer a saúde para perto, para incentivar a atenção consigo, bem como eliminar qualquer medo ou preconceito que eles tenham com os cuidados com a saúde”, ressaltou.



Durante o evento, o copeiro do setor de Nutrição do hospital, Antônio Rocha, de 61 anos, compartilhou que o cuidado com a própria saúde iniciou após o diagnóstico de câncer na família. “Perdi dois irmãos para essa doença e, desde o diagnóstico deles, comecei a ter mais atenção. Vou ao médico regularmente, tento me alimentar bem e sempre que tenho oportunidade, em ações como essa, dou uma olhada na pressão e na glicemia”, reforçou.

28 de novembro de 2023

HGF realiza III Mostra de Práticas de Estágio em Farmácia Hospitalar

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) realizou, na tarde do dia 28 de novembro, a III Mostra de Práticas de Estágio em Farmácia Hospitalar. Com o tema “Potencializando o cuidado farmacêutico através de propostas de melhorias”, o evento contou com apresentação de atividades realizadas na unidade por estagiários do hospital.

“O objetivo da nossa mostra é possibilitar um espaço de reflexão crítica acerca de propostas de otimizar a melhoria do cuidado farmacêutico no campo hospitalar”, afirmou a coordenadora do estágio de Farmácia do HGF, Patrícia Quirino. “É uma forma de garantir aos nossos estagiários uma devolutiva técnico-científica do percurso de aprendizagem deles no SUS”, acrescentou.

30 de novembro de 2023

XII Jornada de Fisioterapia do HGF promove prática científica entre profissionais e estudantes

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) realizou, nos dias 29 e 30 de novembro de 2023, a XII Jornada de Fisioterapia da unidade com o tema Inovação e prática baseada em

evidência. O encontro, que contou com palestras, oficinas e workshops, teve como objetivo apresentar e discutir novos procedimentos e tecnologias que estão sendo aplicadas ou em processo de aplicação pela equipe do hospital.

“O setor de Fisioterapia do HGF é de excelência e se destaca não só pela quantidade e qualidade de profissionais, mas por ser um dos hospitais públicos pioneiros a dispor de Fisioterapia 24h”, destacou a coordenadora do evento Nilce Almimo. “Não apenas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mas também em setores como Emergência, AVC, Neonatal, Pós-operatório e Cuidados Prolongados”, acrescentou a fisioterapeuta.

15 de dezembro

14ª edição do Encontro de Famílias Doadoras de Órgãos e Tecidos



Um alento àqueles que em um momento de tristeza e fragilidade decidiram pela doação de órgãos. É esse o objetivo do Encontro de Famílias Doadoras de Órgãos e Tecidos do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Em sua 14ª edição, ocorrida no dia 15 de dezembro, foram convidadas famílias que autorizaram a doação de órgãos de parentes falecidos no HGF entre agosto de 2022 e julho de 2023.

A programação, organizada pelo Banco de Olhos, contou com palestra sobre o luto de cada um, ministrada por Olívia Barros Nogueira, psicóloga do hospital, e apresentação da cantora Márcia Matias, paciente transplantada do HGF.

18 de dezembro de 2023

HGF recebe internos de Medicina da turma 2024.1

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) recebeu, no dia 18 de dezembro, estudantes de Medicina para integrar seu programa de internato. Na ocasião, a diretora-geral, Ivelise Brasil destacou a importância das práticas humanizadas dentro da instituição.

Em 2023 foram concedidas ao HGF 1.442 vagas para internato médico. O internato de Medicina é gerido pela Diretoria de Ensino, Pesquisa e Residência do HGF.



HGF por dentro

Texto e Foto: Suzana Mont'Alverne | Fotos: Felipe Martins e Suzana Mont'Alverne

USGCA: gestão participativa impulsiona a qualidade dos dez serviços administrados pelo setor

A Unidade de Serviços Gerais, Comunicação e Administração (USGCA) tem, além do nome, responsabilidades extensas. São dez setores e 289 funcionários sob gerência do setor.

À frente da USGCA desde 2006, Lucimar Magalhães afirma que o gerenciamento efetivo e eficaz de todos os serviços só tem sido possível com gestão colaborativa e integrada. “Os fluxos acontecem porque todos os setores possuem supervisores, que têm autonomia e administram o dia a dia do hospital. As demandas mais problemáticas, estudamos em conjunto a melhor estratégia para resolver”, pontua a psicóloga.

Para compreender como o setor opera, é preciso também conhecer um pouco da sua história, assim como a evolução dos serviços, fluxos e estratégias. “A USGCA sempre foi enorme, mas ficávamos em uma salinha bem pequena que dividimos com a gráfica. Foram alguns anos para conquistarmos espaço que temos hoje”, relembra Lucimar.

A criação da Central de Maqueiros foi a primeira conquista da atual gestão. “Na época, os trabalhadores ficavam em alas e o fluxo era emperrado. Como os maqueiros faziam tudo, muitas vezes o que era de responsabilidade deles não era atendido pela falta de organização e definição”, relata.

O fluxo adotado para os maqueiros no HGF serviu, inclusive, de modelo para outras instituições, afirma a gerente. Atualmente, são quatro profissionais na Emergência, quatro no Centro de Imagem, dois no Centro Cirúrgico, um plantonista na Unidade Terapia Intensiva (UTI), um na Emergência Obstétrica e um para os ambulatórios.



A implantação dos terminais de maqueiros permitiu maior organização do fluxo e assistência aos pacientes

Foram instalados terminais de maqueiros e os profissionais que trabalham nesse setor passaram a ficar sob a supervisão do serviço de Enfermagem. “Esses profissionais permanecem no local, levam os pacientes para os serviços solicitados e depois retornam ao ponto de origem. Todas as solicitações relacionadas aos pacientes internados no hospital seguem esse processo. O deslocamento dos maqueiros é coordenado pela equipe de Enfermagem”, elucida Lucimar.

A implantação dos terminais permitiu maior organização do fluxo e assistência aos pacientes. “Antes desciam muitos pacientes de uma vez. Atualmente, é feito um acompanhamento das demandas, obedecendo também a ordem de prioridade e a condição de cada paciente”, complementa a gerente da USGCA.

USGCA

Entrega de óbito

Gráfica

Ascensoria de Elevadores

Guarda-volumes

Protocolo

Controle de fluxo

Transporte

Central de Maqueiros

Segurança

Estacionamento

A Recepção de Acesso, criada no ano de 2020, foi outra contribuição importante do setor. “Não havia praticamente nenhum controle de entrada e saída no HGF. Eram sete portas abertas. Solicitamos à Direção [na época Dr. Daniel Holanda] autorização para controlar os acessos. Nós as fechamos e estreitamos o acesso apenas pela recepção principal (pela rua Riachuelo)”, explica.

Com o incremento da recepção de acesso, Silvia Oliveira, colaboradora do setor, diz que a demanda aumentou bastante. “Lidamos com o fluxo de quem entra e sai, qual a finalidade da visita, quem será responsável pelo visitante. São muitas atribuições para garantir a segurança do hospital”, afirma. A Segurança do equipamento hospitalar da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa) também é de responsabilidade da USGCA. São 77 seguranças que atuam no HGF.



Para a gerente do setor, Lucimar Magalhães, a USGCA é o coração do HGF

“Quando instalamos o controle de acessos, tivemos também que reorganizar os profissionais da Segurança. O número pode parecer alto, mas, para o tamanho do HGF, não é. Demanda-nos muita atenção”, enfatiza Lucimar. São 15 vigilantes por turno aproximadamente.

Todos os serviços ligados à USGCA funcionam 24 horas. A Entrega do Óbito, segundo Lucimar, é um dos serviços mais sensíveis. “É importante fazer a checagem de todas as informações, afinal, zelar e proteger o corpo de forma adequada e respeitosa é nossa obrigação”, explica. “Há no HGF, por exemplo, o cadáver de um suíço com pelo menos dois anos aguardando liberação do consulado. Continua sob todos os cuidados”, completa.

Contratos

O setor também administra alguns contratos do hospital: correios, para envios de mercadorias, exames laboratoriais ou qualquer outra demanda; manutenção da telefonia; de impressão (junto ao Núcleo de Tecnologia e Informação); de locação das ambulâncias; das câmeras para videomonitoramento; do imóvel em que fica a Casa da Gestante; o de abastecimento, manutenção e ordem de serviços dos veículos.

“Esses são os contratos em andamento, mas a USGCA tem licitado alguns outros serviços. Também somos responsáveis pelas impressões padronizadas do hospital, como as capas dos prontuários, os lacres da Farmácia, os adesivos de visitante, envelopes e receituário azul, por exemplo”, explica Dayane Costa, colaboradora responsável por acompanhar as licitações. O serviço é realizado em parceria com a Assessoria de Comunicação.

Gestão participativa

O avanço do setor é visto pela gerente e suas colaboradoras com entusiasmo. “Hoje a gestão enxerga a USGCA como um setor de apoio. E isso é valioso para nós e principalmente para o hospital que ganha em segurança e agilidade com fluxos organizados e viáveis”, ressalta a gerente.

Com três pessoas atuando no núcleo, Lucimar diz que a autonomia da equipe é o que faz tudo girar. “Sem o apoio e o comprometimento, gerenciar tudo isso não seria possível. Somos poucos, mas somos integrados, e todos sabem a importância de cada passo e decisão tomada. A USGCA é um grande órgão, o coração do HGF”, conclui Magalhães.



HGF por dentro

Texto e Foto: Suzana Mont'Alverne

Rim Art: 23 anos reconstruindo histórias de vida no HGF

A arte estimula, alegra e preenche vazios com esperança. No Hospital Geral de Fortaleza (HGF), esse encorajamento acontece por meio do Rim Art. O projeto, idealizado pelo serviço de Nefrologia, proporciona, desde 2001, melhorias na qualidade de vida dos pacientes renais que dependem de hemodiálise e/ou transplantados.

Doenças renais crônicas resultam em consequências graves, limitando a capacidade dos pacientes de manterem suas rotinas pessoais ou profissionais. Foi a falta de motivação e desânimo dos pacientes em hemodiálise que levou o serviço de Nefrologia a buscar alternativas para promover o bem-estar desses indivíduos.

A enfermeira Suely Freitas de Oliveira, uma das fundadoras do Rim Art, inicia sua trajetória no projeto após vivenciar a hemodiálise devido a complicações no parto. "Passei um mês realizando diálise e enfrentei todas as complicações e tristezas associadas a isso, então prometi me dedicar aos pacientes renais", relembra. Embora tenha se aposentado, continua atuando como coordenadora no projeto.

O projeto foi elaborado pela Nefrologia e aceito pelo diretor do HGF à época, Sílvio Paulo da Costa, que cedeu o espaço necessário. "Era uma área pequena, localizada no pátio do sexto andar, que compartilhamos com os residentes vindos de outros estados, equipada apenas com uma mesa e um armário", conta. Desde então, a



No espaço também são produzidas peças temáticas, baseadas em temas festivos

enfermeira menciona que a base do projeto passou por várias mudanças até finalmente conquistar a sala que ocupa atualmente, no segundo andar do Edifício Régis Jucá.

Quinze pacientes estão envolvidos no projeto, que opera sem fins lucrativos. "Oferecemos atividades como cestas com revistas e jornais, crochê e pintura em tecidos. Não possuímos recursos financeiros diretos, dependemos amplamente de doações de botões, linhas e pedrarias. Além disso, conseguimos adquirir os materiais necessários através de feiras e bazares de roupas, onde também recebemos doações", explica. As feiras ocorrem uma vez por mês.

Recriar histórias

O grupo composto por assistente social, enfermeiro, médico e psicólogo, fortalece também a autoconfiança dos pacientes. "Temos conosco pessoas que já passaram por muita coisa, que deixaram de acreditar e tiveram pena de si. É revigorante saber que podemos restabelecer o desejo de conquistar", pontua a coordenadora do projeto.

George Jacinto, de 34 anos, é integrante do projeto desde 2018, é um dos pacientes que redescobriu a autoconfiança e o afeto. "A descrença, principalmente na minha capacidade, começou em casa. Tive um pai muito duro, que não usava palavras positivas sobre a minha condição. E aqui, somente aqui, recomecei", compartilha. Portador de deficiência física, George passou por transplante renal aos catorze anos.

Atualmente no último semestre da faculdade de Ciências Contábeis, Jacinto conta que está realizando um sonho e que encontrou o incentivo também no Rim Art. "Minha mãe sempre quis cursar uma faculdade e não conseguiu. Entrei no projeto falando dessa vontade, isso foi abraçado por todos. Tenho ajuda emocional, financeira (uma médica custeia o curso) e cada conquista é comemorada como se fosse deles. Meus pais faleceram e aqui me refiz como alguém, também em família", relata emocionado e orgulhoso.

No projeto há três anos, Ana Lúcia Colares, 57, conta que no espaço do HGF aprimorou suas habilidades (crochê e pintura) e construiu conexões de afeto. "Encontrei acolhimento, ajuda para superar e compreender melhor. Aqui passei a não me sentir só. Essas pessoas me ajudam muito", conta. Ela tem planos de tirar a carteira de artesã e recebe apoio dos colegas também na precificação do que produz para venda fora do Rim Art.

"Tenho muita dificuldade em colocar preço nas minhas peças. Mostro para os colegas e sempre ouço que eu preciso aprender a valorizar e acreditar no meu talento. Viver com essas pessoas, ter esse projeto é valioso para a minha vida, e olhe que eu já cheguei a acreditar que tinha sentido estar viva", relata emocionada.

O Rim Art recria histórias. "Esse projeto é muito importante e faz a diferença de quem participa, seja paciente ou profissional. Rim Art muda e salva vidas", enfatiza Suely.



O artesanato produzido no projeto Rim Art é feito por meio de doações. A produção é vendida em feiras que acontecem uma vez por mês nas instalações do hospital



Ensino em Pauta

Texto: Suzana Mont'Alverne | Foto: Geise Marinho

Comissão de Residência Multiprofissional favorece a inserção qualificada dos profissionais

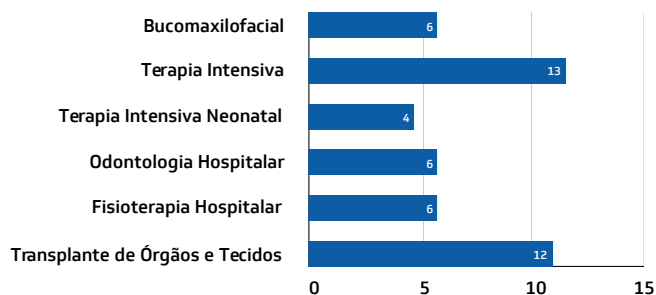
Instituída no Hospital Geral de Fortaleza (HGF) em 2015, a Comissão de Residência Multiprofissional (Coremu) é considerada um programa de cooperação intersetorial, isso porque, tem a incumbência de promover a integração e qualificação de saberes e dos conhecimentos das mais diversas áreas profissionais no âmbito da Saúde, principalmente no Sistema Único de Saúde (SUS).

Por intermédio do trabalho da Comissão, o HGF, vinculado à Secretaria da Saúde (Sesa), assume um papel crucial na formação contínua de residentes em diversas especialidades, incluindo cirurgia, traumatologia, bucomaxilofacial, terapia intensiva, terapia intensiva neonatal, odontologia hospitalar, fisioterapia e transplante de órgãos e tecidos.

Nilce Almino de Freitas, coordenadora pedagógica da residência multiprofissional em Terapia Intensiva destaca que ao oferecer uma visão integral do processo saúde e doença, a Coremu contribui para a formação de profissionais mais capacitados. “Promovemos a integração tanto teórica quanto prática entre as diversas áreas, incentivando o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade. Além disso, há troca e compartilhamento de experiências, respeitando a individualidade de cada profissional”.

O processo seletivo para admissão na residência multiprofissional do HGF/Sesa é administrado de forma integrada com a Escola de Saúde Pública (ESP). As vagas são abertas anualmente, exceto para a UTI Neonatal, que tem seleção a cada dois anos. “Os residentes têm carga horária de sessenta horas semanais, com dedicação exclusiva à formação no HGF por dois anos. No caso da residência em traumatologia bucomaxilofacial, o período é estendido para três anos”, explica o coordenador geral da Coremu, Vasco Pinheiro Diógenes.

Residentes Uni e Multiprofissionais 2023



Fonte: Coordenação Coremu.

Os residentes têm ainda a oportunidade de atuar em outras unidades de saúde. “A Coremu tem parcerias com hospitais municipais, federais e instituições como o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH)”, acrescenta o coordenador. A Residência Multiprofissional do HGF/Sesa têm bolsas de estudo financiadas pelo Ministério da Saúde (Sesa).

Para a conclusão da formação é exigido que os residentes cumpram parte significativa do programa no HGF, com flexibilidade para realizar estágios em outras unidades conforme interesse e necessidade, sendo este controle monitorado através de frequências registradas durante esses períodos. Em 2023, foram apresentados 24 trabalhos de conclusão.

Em 2023, o HGF disponibilizou 28 vagas e acolheu residentes da ESP-CE de forma contínua nas residências multiprofissionais de neurocirurgia de alta complexidade e cancerologia, totalizando 17 residentes. Adicionalmente, o hospital conta com 22 residentes ativos em Neurologia e Neurocirurgia de alta complexidade, e 17 em cancerologia, totalizando 86 residentes.



Assistência em Foco

Texto: Suzana Mont'Alverne | Foto: Felipe Martins

Oftalmologia do HGF é destaque na assistência a pacientes e na formação de novos especialistas

O serviço de Oftalmologia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) vem ganhando força nos últimos anos e alcançando posições de destaque nacional. A assistência prestada na unidade é ampla e contempla o tratamento especializado e integral de doenças oculares de média e alta complexidade. Evidencia-se pelo programa de residência, que ano após ano forma novos especialistas no hospital; por seu parque tecnológico de ponta, que amplia a qualidade do diagnóstico e dos procedimentos cirúrgicos; e pelo quadro de profissionais altamente capacitados.

À frente da gestão do setor de Oftalmologia do HGF desde abril de 2019, Islane Verçosa explica que o serviço atua no diagnóstico e tratamento ambulatorial e cirúrgico de doenças da córnea, catarata, estrabismo, retina e oftalmologia pediátrica. “Estamos comprometidos em promover a melhoria da saúde ocular da população do Ceará com qualidade, fornecendo serviços abrangentes desde consultas e diagnósticos precisos, até cirurgias oftalmológicas avançadas, quando necessário”, ressalta a oftalmologista.

Com equipamentos novos de alta tecnologia adquiridos em 2020, os propósitos do setor ganharam reforços importantes. Dentre os itens adquiridos para integrar o parque diagnóstico e cirúrgico, destacam-se o Sistema de Visualização Robótica KINEVO 900, equipamento que oferece robótica controlada pelo cirurgião, visualização digital híbrida e ferramenta de micro inspeção; o QEVO, biômetro com tecnologia de tomografia de coerência óptica integrada utilizado para realizar cálculos de próteses especiais em pacientes que serão submetidos à cirurgia de catarata, e IOL Master 700, equipamento que faz medida precisa do olho para cálculo da lente intraocular.

Os equipamentos inserem o HGF entre os centros mais equipados tecnologicamente do Brasil. A coordenadora também destaca que o “HGF é único hospital do Estado apto a realizar cirurgias de glaucoma minimamente invasivas”. E inclui outro procedimento importante: “realizamos também a remoção do pterígio [membrana transparente que cobre parte do olho] com transplante de conjuntiva sem pontos”.

Mutirões

“O maquinário fortaleceu nossa rede de serviços com atendimento mais rápido, efetivo e satisfatório”, afirma Islane, acrescentando, ainda, que os equipamentos puderam inserir os mutirões no organograma de atividades do setor.

O atendimento em regime de mutirão beneficia, regularmente, pacientes com diversas patologias oftalmológicas. Em 2023, foram realizadas quatro ações para atendimento mais amplo da população: o mutirão de adaptação da prótese ocular, com 146 pacientes atendidos em setembro e 49 em novembro; e um mutirão para tratar problemas na retina, com 107 atendimentos.

“Todos receberam as próteses com o apoio de um técnico em prótese e um cirurgião plástico”, informa a coordenadora. Além desses, o setor realiza, anualmente, o Diabetes em Ação, projeto que realiza um mutirão de atendimentos para detecção e tratamento de retinopatia diabética, doença oftalmológica causada por complicações da diabetes. A última edição aconteceu em novembro e contemplou 225 pessoas.

Em 2023, quase 30 mil consultas ambulatoriais e mais de 1.200 cirurgias foram realizadas pelo serviço, sendo a maioria para o tratamento da catarata. Também foram realizados

52.218 exames, sendo a tonometria, análise que mede a pressão intraocular e mapeia a retina, a mais executada. “O número de exames é maior porque um só paciente pode apresentar sintomas para mais de uma doença, demandando assim uma investigação mais abrangente”, explica.

O atendimento do serviço também se estende aos recém-nascidos do hospital, com teste do olhinho, que pode diagnosticar previamente possíveis agravos (miopia, estrabismo, hipermetropia) e doenças mais graves como retinopatia, glaucoma, catarata congênita e até cegueira.



O serviço de Oftalmologia do HGF realizou cerca de 30 mil consultas, mais de 1.200 procedimentos cirúrgicos e 52.218 exames em 2023.

O serviço possui 31 oftalmologistas especializados em glaucoma, retina, oftalmopediatria, catarata, córnea, visão subnormal (acompanhamento a pacientes que não enxergam mais ou enxergam pouco), plástica ocular, uveíte (inflamação ocular), órbita, pterígio, estrabismo e neuroftalmologia, além de dois enfermeiros, seis técnicos e um auxiliar de enfermagem, um terapeuta ocupacional e dois profissionais administrativos.

A coordenadora ressalta que o comprometimento é uma das principais diretrizes do serviço. “Há prioridade na individualidade de cada paciente, respeitando suas necessidades e expectativas, pois oferecemos um tratamento personalizado e adequado para a saúde ocular de cada paciente”, enfatiza.

Para atender a demanda, o serviço conta com subespecialistas em doenças oftalmológicas complexas. “É importante contarmos com uma equipe especializada, porque isso nos possibilita a realização de cirurgias mais avançadas, em crianças, idosos, casos especiais de pessoas com alguma síndrome, por exemplo”, explica Felipe Carvalho, médico oftalmologista e também coordenador do serviço.

Evidenciando o valor dos profissionais, a Oftalmologia do HGF conquistou o primeiro lugar do Brasil na edição de 2023 da prova realizada pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO). “O exame é aplicado anualmente e concede aos profissionais a titulação de especialista. Alcançamos o primeiro lugar na prova como instituição, além de termos também o primeiro lugar isolado por profissional, com uma de nossas residentes”, comemora Felipe.

A premiação se deve, segundo o coordenador, à qualidade do processo seletivo — realizado pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) — e ao conteúdo das aulas práticas e teóricas realizadas pelos especialistas do hospital. “A qualificação dos preceptores, o grau de complexidade dos atendimentos ambulatoriais e cirúrgicos são fundamentais para este reconhecimento”, acrescenta o médico. Além de aulas diárias, os residentes do programa passam por doze avaliações por ano.

O programa de residência em Oftalmologia do HGF já vem se destacando desde 2021, quando conquistou a melhor pontuação entre instituições do Norte e Nordeste no exame do CBO.

DESTAQUES OFTALMOLOGIA HGF
29.600 atendimentos ambulatoriais em 2023
<p>52.218 exames A Tonometria, exame que mede a pressão intraocular e mapeia a retina, foi a maior demanda do serviço.</p>
<p>1.252 cirurgias Os procedimentos cirúrgicos para catarata são a maior demanda. Segundo o serviço, os procedimentos podem ser delicados devido a outras comorbidades apresentadas pelos pacientes.</p>
<p>Mutirão Diabetes em Ação Projeto que realiza um mutirão de atendimentos para detecção e tratamento de retinopatia diabética, doença oftalmológica causada por complicações da diabetes, possibilitou atendimento de 225 pessoas em dois dias, 17 e 18 de novembro de 2023.</p>
<p>Parque tecnológico O serviço de Oftalmologia do HGF possui equipamentos potentes que garantem o melhor atendimento.</p>
<p>Especialidades</p> <p>Retina e Vítreo Tratamento de retinopatia diabética e degeneração macular relacionada à idade, com injeções de alto custo. O serviço possui dois equipamentos modernos de diagnóstico das doenças da retina.</p> <p>Córnea São realizados transplantes penetrantes e os especiais DMEK e DESEK, que transplantam parte da espessura da córnea.</p> <p>Estrabismo Realizados todos os tipos de correção, incluindo os desvios horizontais, verticais e paralíticos.</p> <p>Plástica Ocular Cirurgias mais realizadas são para correção de ptose (pálpebra caída).</p> <p>Órbita ocular Cirurgias de grande porte e remoção de tumores.</p>



Assistência em Foco

Texto: Suzana Mont'Alverne | Fotos: Canva / Suzana Mont'Alverne

Com ampla assistência, Endocrinologia do HGF é referência no atendimento a pacientes com doenças raras

A Endocrinologia é a área da Medicina dedicada ao estudo e ao tratamento de distúrbios hormonais e suas ramificações. No Hospital Geral de Fortaleza (HGF), o serviço foi criado em 2007 e, desde então, desempenha um importante papel com 18 ambulatórios especializados para atendimento a pacientes com doenças endócrinas, que incluem diabetes, disfunções da tireóide (hiper e hipotireoidismo), tumores neuroendócrinos, distúrbios do metabolismo ósseo, entre outras.

Coordenadora e uma das fundadoras do serviço no HGF, Tânia Bulcão, destaca que a unidade possui um dos serviços mais capacitados do Estado. “São em média 200 atendimentos semanais nos ambulatórios de

hipertireoidismo, diabetes dos tipos 1, 2 e gestacional, tireóide, neuroendocrinologia, adrenal e gônadas e metabolismo ósseo e transplante”, afirma.

Bulcão destaca o ambulatório de carcinoma medular da tireóide, uma condição rara que gera neoplasia endócrina múltipla, tipo de câncer afeta a produção de calcitonina, hormônio regulador dos níveis de cálcio no corpo. “É uma doença genética agressiva e que pode se espalhar rapidamente para outras partes do corpo. O HGF é referência, tem um ambulatório completo, com estudo e rastreamento da doença na família, por meio de pulsão aspirativa, para detectar e/ou acompanhar o avanço”, explica.



O serviço possui 18 ambulatórios especializados para atendimento a pacientes com doenças endócrinas, que incluem diabetes, disfunções da tireóide (hiper e hipotireoidismo), tumores neuroendócrinos, distúrbios do metabolismo ósseo, entre outras.

O material é enviado para a Escola Paulista de Medicina. “Em São Paulo, temos esse convênio, no qual eles fazem o sequenciamento e devolvem para o HGF. É importantíssimo para entendermos a extensão da doença na família e tratar o quanto antes”, ressalta a profissional. O tratamento do câncer geralmente é cirúrgico. “Sendo ainda algumas vezes, a depender do caso, necessário o uso de terapias adicionais, como radio ou quimioterapia”, pontua a médica.

Há também atendimento a pacientes com a Síndrome de Cushing, uma condição rara caracterizada pela elevação dos níveis de cortisol. A doença leva ao acúmulo de gordura abdominal e facial, conhecido como ‘fase de lua’, que leva ao surgimento de estrias no abdômen, fraqueza muscular, aumento da pressão, descompensação do diabetes e desenvolvimento de giba de búfalo, excesso de gordura que aparece na parte de trás do pescoço.

O HGF e o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) são os únicos centros de referência no Ceará que oferecem assistência a pacientes com a síndrome. O tratamento, conforme Bulcão, geralmente é cirúrgico.

A acromegalia, condição que aumenta o índice glicêmico e está correlacionada com a doenças hipofisárias, é outra condição rara tratada no HGF. “A elevação nos níveis leva ao aumento das mãos, boca, queixo, língua, coração e extremidades. O tratamento é cirúrgico, com a remoção de tumores na hipófise”, afirma.

A coordenadora do serviço ressalta também o acompanhamento ambulatorial dos pacientes antes e depois do transplante de pâncreas isolado (total). “Este procedimento é uma das terapias recomendadas para pacientes com complicações decorrentes do diabetes tipo 1. Em determinadas situações, o serviço de Nefrologia pode solicitar a colaboração de um endocrinologista e, neste caso, o profissional dá o parecer sobre o paciente após consulta clínica e exames laboratoriais”, explica.

Em 2023, foram registrados um total de 11.966 atendimentos. Destaca-se que o diabetes, incluindo os tipos 1 e 2, além do gestacional, contribuiu para 2.412 desses atendimentos. O ambulatório especializado em câncer de tireoide foi responsável por 1.397 consultas. Residência Médica.



Todos os pacientes têm a pressão e os níveis glicêmicos aferidos antes das consultas com os médicos especialistas do HGF

“Fomos o primeiro serviço de Endocrinologia do Estado a abrir vaga para residência e estamos entre os melhores. Costumo dizer aos residentes que eles estão no lugar certo para aprender, e saem do HGF altamente capacitados. O serviço proporciona vivências ricas, que vão além da assistência ambulatorial, com acompanhamento de pacientes graves e em pós-operatórios”, enfatiza.

As vagas são disponibilizadas pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP). São seis vagas, divididas entre os residentes que estão no primeiro e segundo ano. “Além da experiência prática, nossa parte científica é riquíssima e posso afirmar que somos um serviço que não fica abaixo de nenhum outro do Brasil”, acrescenta orgulhosa. Aproximadamente 40 profissionais já se formaram na residência de Endocrinologia do HGF.

Educação em saúde dentro do grupo de postura, voltado ao autocuidado dos pacientes da terceira idade portadores de diabetes mellitus (DM)

Health education within the posture group, aiming at the self-care of elderly patients with diabetes mellitus (DM)

Submetido: 12/12/2023 | Aprovado: 31/01/2024

Rejane Mesquita de Sousa

Pós-graduação em Centro Cirúrgico e CME, Faculdade Unyleya. Pós-graduação em Pediatria e Neonatologia, Faculdade Unyleya. Secretaria da Saúde do Ceará (SESA/CE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

José Sergio Lima de Mesquita

Graduação em Educação Física. Secretaria Municipal de Saúde - Fortaleza, Unidade de Atenção Primária à Saúde Irmã Hercília Aragão

Davi Cartaxo Rodrigues

Graduação Serviço Social. Secretaria Municipal de Saúde - Fortaleza, Unidade de Atenção Primária à Saúde Irmã Hercília Aragão

Maria Carlene Rodrigues

Graduação Enfermagem. SMS - Fortaleza UAPS Irmã Hercília Aragão

Adâlima Maria Correia da Silva dos Santos

Graduação Enfermagem. Secretaria da Saúde do Ceará (SESA/CE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que se intensifica a cada ano. Países como o Brasil veem acompanhando tal tendência e o número de sua população idosa cresce e gera impactos aos serviços públicos. Estas transformações desencadeiam mudanças no perfil de morbimortalidade da população, o que gera preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos (COLE, 2020). **Objetivos:** Produzir um impacto positivo sobre o comportamento das pessoas com diabetes, na terceira idade na Atenção Primária de Saúde. **Relato de experiência:** O estudo foi realizado no Grupo de Postura da UAPS Irmã Hercília Aragão dentro da regional II, no município de Fortaleza-CE, inaugurado em 2019. Trata-se de um serviço geronto-geriátrico, de natureza ambulatorial, que tem por missão a promoção e o incentivo de ações para melhoria das condições de saúde da população idosa, representando, portanto, um espaço adequado para o desenvolvimento desta pesquisa. A amostra foi composta por vinte e seis idosos, sendo vinte mulheres e seis homens. No período de agosto a setembro de 2023. **Resultados:** Os resultados obtidos a partir do trabalho desenvolvido dentro do grupo de postura contribuíram para instrumentalização profissional na elaboração de uma ação extensionista intitulada “Grupos operativos de educação em saúde para idosos diabéticos”, com a proposta de capacitar os idosos diabéticos a lidar com

a doença através do aporte teórico-metodológico. **Conclusão:** Sensibilizar os diabéticos para compreender essa necessidade de alterações pessoais no estilo de vida é papel fundamental dos profissionais envolvidos com o tratamento do diabetes dentro desse grupo.

Palavras-chave: diabetes mellitus; prevalência; idoso; educação em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Population aging is a global phenomenon, which intensifies every year. Countries like Brazil are following this trend and the number of their elderly population is growing and generating impacts on public services. These transformations trigger changes in the population's morbidity and mortality profile, which generates concern about the quality of life and well-being of the elderly (COLE, 2020). **Objectives:** To produce a positive impact on the behavior of people with diabetes, in old age in Primary Health Care. **Experience report:** The study was carried out in the Posture Group of UAPS Irmã Hercília Aragão within region II, in the city of Fortaleza- CE, opened in 2019. It is a geronto-geriatric service, of an outpatient nature, whose mission is to promote and encourage actions to improve the health conditions of the elderly population, therefore representing an appropriate space for the development of this research. The sample consisted of twenty-six elderly people, twenty women and six men. In the period from August to September

2023. Results: The results obtained from the work carried out within the posture group contributed to professional instrumentation in the development of an extension action entitled “Health education operative groups for diabetic elderly people”, with the proposal to enable elderly diabetics to deal with the disease through theoretical-methodological support. Conclusion: Raising awareness among diabetics to understand this need for personal changes in their lifestyle is a fundamental role for professionals involved in the treatment of diabetes within this group.

Keywords: diabetes mellitus; prevalence; elderly; health education.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que se intensifica a cada ano. Países como o Brasil veem acompanhando tal tendência e o número de sua população idosa cresce e gera impactos aos serviços públicos. Estas transformações desencadeiam mudanças no perfil de morbimortalidade da população, o que gera preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos (1).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) categoriza a terceira idade em: “meia-idade” para as pessoas de 45 a 59 anos; “idosos” aqueles entre 60 a 74 anos; “anciãos”, os de 75 a 89 anos; e “velhice extrema”, os com 90 anos ou mais (2). A transformação do organismo é um processo do envelhecimento, que se inicia a partir da maturação física e mental que acarreta modificações distintas e progressivas no corpo.

De fato, à medida que progredimos a funcionalidade corporal torna-se gradualmente relativa à qualidade de vida (QV) e ao risco de resultados adversos, incluindo piora hemodinâmica progressiva, institucionalização permanente, utilização dos recursos de saúde e sociais (3). O decréscimo da função muscular, resultante da sarcopenia, e o aumento na gordura subcutânea e intramuscular são as principais modificações decorrentes desse processo.

O processo do grupo disponibiliza trabalhos não só na postura, mas na melhoria da saúde desse idoso principalmente voltado ao Diabetes Mellitus (DM). A prevalência de diabetes relaciona-se com variáveis socioeconômicas, demográficas e com condições de saúde. Quanto aos fatores comportamentais, apenas a variável IMC apresentou-se no entorno da significância estatística (4).

Produzir como objetivo do projeto um impacto positivo sobre o comportamento das pessoas com diabetes, na terceira idade, avaliar a efetividade de uma intervenção educativa dirigida a diabéticos tipo 2 atendidos na Atenção Primária de Saúde, refletir sobre o trabalho multiprofissional com grupo de diabéticos na implementação do Serviço de Medicina Preventiva em idosos e identificar os déficits de autocuidado dos indivíduos diabéticos a fim de realizar a educação em saúde direcionada a estes idosos.

Ressalta-se a importância do elemento integralidade inserido na consciência crítica dos profissionais de saúde e da comunidade, para que partindo de um contexto

complexo e com o qual estão em constante interação, possibilitem ações transformadoras integralizadas e mútuas de forma a repercutir diretamente na melhoria da qualidade de vida de uma população específica, como os portadores de diabetes mellitus.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O estudo foi realizado no Grupo de Postura da UAPS Irmã Hercília Aragão dentro da regional II, no município de Fortaleza-CE, inaugurado em 2019. Trata-se de um serviço geronto-geriátrico, de natureza ambulatorial, que tem por missão a promoção e o incentivo de ações para melhoria das condições de saúde da população idosa, representando, portanto, um espaço adequado para o desenvolvimento desta pesquisa.

Além disso, ressalta-se o próprio retorno que os resultados da pesquisa poderão trazer para os idosos que fazem parte da região descrita. Além de consultas individuais também são realizados atendimentos em grupo mediante a realização de oficinas temáticas com vistas à promoção/recuperação da saúde dos idosos, com orientação a familiares e cuidadores. O serviço é realizado por uma equipe multiprofissional e alunos em cenário de prática.

A amostra foi composta por vinte e seis idosos, sendo vinte mulheres e seis homens. No período de agosto a setembro de 2023. Implementando várias ações voltado para a saúde física e mental do paciente da terceira idade com morbidades tão específicas.

Desenvolvido dentro do grupo de postura contribuíram para instrumentalização profissional na elaboração de uma ação extensionista intitulada “Grupos operativos de educação em saúde para idosos diabéticos”, com a proposta de capacitar os idosos diabéticos a lidar com a doença através do aporte teórico-metodológico.

Além disso, também contribuiu para a formação dos estudantes envolvidos, que tiveram a oportunidade de aperfeiçoar as habilidades de comunicação e ter um contato mais próximo com a comunidade para melhorar sua aquisição de conhecimento técnico sobre DM. As características posturais encontradas foram relevantes a demanda necessária de avaliação clínica e palestras onde pode desenvolver melhorias no cuidado do dia a dia desses idosos, na vista física e postural foi conduzido com a ajuda dos alunos do curso de Fisioterapia.

Podemos destacar alguns elementos que influenciam o processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus participantes de um grupo de convivência. Foi possível acompanhar a evolução de algumas variáveis relacionadas à saúde durante a aplicação de programa educativo, na terceira idade e constatar o quanto é importante o trabalho em conjunto em saúde.

Vale evidenciar que à medida que o tempo passa e que o assunto a ser desenvolvido pela equipe multiprofissional, trazendo novas pesquisas se torna de extrema importância para a divulgação dos meios que promovam a melhoria da saúde dos idosos e consequentemente o crescimento da expectativa de vida mundial.

CONCLUSÃO

Algumas características posturais observadas nos idosos ativos foram semelhantes às aquelas encontradas no envelhecimento normal. No entanto, acreditamos que estas características sejam consequência dos exercícios físicos junto com a educação em saúde promovem uma melhora na saúde desses idosos, importante para a manutenção do estado físico.

Quanto às mudanças de comportamento, o processo do trabalho em grupo ressalta que as mudanças são tão significativas quanto as que se espera de um paciente somente se fazem ao longo do tempo, com a compreensão da necessidade da mudança. Sensibilizar os diabéticos para compreender essa necessidade de alterações pessoais no estilo de vida é papel fundamental dos profissionais envolvidos com o tratamento do diabetes dentro desse grupo.

REFERÊNCIAS

1. Cole JB, Florez JC. Genetics of diabetes mellitus and diabetes complications. *Nat Rev Nephrol* [Internet]. 2020 [acesso em 05 out 2023];16(7):377-390. doi: <https://doi.org/10.1038/s41581-020-0278-5>.
2. Ministério da Saúde (BR). Agenda de prioridades de pesquisa em saúde do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
3. Angulo J, El Assar M, Álvarez-Bustos A, Rodríguez-Mañas L. Physical activity and exercise: strategies to manage frailty. *Redox Biol* [Internet]. 2020 [acesso em 20 nov 2023];35:101513. doi: <https://doi.org/10.1016/j.redox.2020.101513>.
4. Gomides DS, Villas-Boas LCG, Coelho ACM, Pace AE. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 27 nov 2023];26(3):289-293. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000300014>.

Formação do nutricionista na residência em Neurologia e Neurocirurgia: relato de experiência

Training of nutritionists in Neurology and Neurosurgery residency: experience report

Submetido: 28/08/2023 | Aprovado: 29/01/2024

Ana Carolina de Castro Silva Mendes 

Nutricionista Residente pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE)

RESUMO

Muito antes da criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a Residência Médica já trazia a ideia de estimular o aprendizado por meio dos problemas vivenciados nos cuidados de saúde. A grandiosidade dessa proposta de formação dos profissionais incentivou a criação das Residências Multiprofissionais em Saúde. aMesmo que ainda seja precariamente conhecida e explorada, a Residência Multiprofissional, por contemplar o quadrilátero da formação em saúde e utilizar a metodologia do Arco de Maguerez, apresenta-se promissora na transformação dos serviços de saúde, a começar pelo aprimoramento dos profissionais residentes. A oportunidade de serem inseridos na realidade dos usuários os aproxima dos problemas que influenciam na saúde, permitindo a assimilação da teoria a partir da prática diária, e inculcando, paulatinamente, o espírito de defensor das políticas públicas de saúde. Assim, este trabalho visa, por meio de relato de experiência, demonstrar a importância do Programa de Residência em Neurologia e Neurocirurgia na formação do nutricionista. Apesar de ainda apresentar inúmeros pontos para melhoria, esse tipo de pós-graduação mostra-se apropriado para a especialização do profissional, uma vez que permite um contato direto e frequente com situações que extrapolam as descrições da literatura e, assim, estimula o pensamento crítico a partir da associação entre a teoria aprendida e a realidade em questão. Tudo isso é vivenciado pelo nutricionista residente que conclui a Residência com uma imensurável bagagem que se torna seu diferencial no mercado de trabalho, além de enriquecer seu aspecto pessoal, com o desenvolvimento de suas competências, habilidades e atitudes.

Palavras-chave: residência multiprofissional; capacitação de recursos humanos em saúde; serviço hospitalar de nutrição.

ABSTRACT

Long before the creation of the National Policy for Permanent Education in Health, Medical Residency already brought the idea of stimulating learning through the problems experienced in health care. The greatness of this proposal for the training of professionals encouraged the creation of Multiprofessional Residencies in Health. Even though it is still poorly

known and explored, the Multiprofessional Residency, as it contemplates the quadrilateral of health education and uses the Arco de Maguerez methodology, is promising in the transformation of health services, starting with the improvement of resident professionals. The opportunity to be inserted into the reality of the users brings them closer to the problems that influence their health, allowing the assimilation of theory from daily practice, and gradually instilling the spirit of defending public health policies. Thus, this work aims, through an experience report, to demonstrate the importance of the Neurology and Neurosurgery Residency Program in the training of nutritionists. Although it still presents numerous points for improvement, this type of graduate program is appropriate for the professional's specialization, since it allows direct and frequent contact with situations that go beyond the descriptions of the literature and, thus, stimulates critical thinking based on the association between the theory learned and the reality in question. All this is experienced by the resident nutritionist who concludes the Residency with an immeasurable background that becomes his differential in the job market, in addition to enriching his personal aspect, with the development of his skills, abilities and attitudes.

Keywords: multiprofessional residency; health human resource training; hospital food service.

INTRODUÇÃO

Residência Multiprofissional em Saúde

A ideia de aprimorar a formação dos profissionais da saúde por meio dos Programas de Residência teve início no final do século XIX, nos Estados Unidos. Inicialmente, sendo destinados apenas aos médicos, que deveriam dedicar praticamente vinte e quatro horas, todo dia, aos pacientes que acompanhavam, a proposta da Residência Médica era gradualmente lapidada até se tornar condição obrigatória para o exercício da Medicina, na década de 1930 (1).

O êxito dessa proposta influenciou o início desse tipo de especialização no Brasil, na década de 1940. Paulatinamente, a adesão por médicos brasileiros foi crescendo e, em 1977, ocorreu a regulamentação nacional dessa modalidade de pós-graduação, com treinamento em serviço e dedicação exclusiva (2).

O advento do princípio do SUS denominado Integralidade incentivou mudanças na estruturação da atenção e dos cuidados à saúde, instigando a maior integração da atuação de várias categorias de profissionais da saúde em prol do bem do indivíduo, valorizando a ideia de promoção e proteção à saúde em detrimento da secular visão curativa da saúde (3,4).

Nesse cenário de crescente reconhecimento da importância dos demais profissionais, além do médico, nos cuidados de saúde, em 2004, surgiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), atendendo uma das atribuições do SUS de participar da “ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde” (5). A partir dessa política, houve a regulamentação da Residência Multiprofissional em Saúde, mesmo que os primeiros passos desta, no Brasil, tenham ocorrido em 1976, com o nome de Residência Integrada em Saúde Coletiva (6).

Consoante ao objetivo da PNEPS, a Residência Multiprofissional em Saúde visa:

(...) contribuir para a organização dos serviços de saúde, com a qualificação e a transformação das práticas em saúde, por meio da formação e do desenvolvimento dos profissionais e trabalhadores da saúde, buscando articular a integração entre ensino e serviço, com vistas ao fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS (7).

Percebendo a grandiosidade desse tipo de pós-graduação na modalidade de treinamento em serviço, em 2013, a Escola de Saúde Pública do Ceará aderiu ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, aprimorando o desenvolvimento do mesmo e da qualidade da atenção à saúde por meio da qualificação da formação dos profissionais assistenciais.

Integração ensino-serviço como fortalecedora da formação e da construção do profissional de saúde

A formação profissional deve abranger os seguintes aspectos: produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de pensamento, e o adequado conhecimento do SUS. Ou seja, a primazia e o diferencial do profissional se fazem além do mero conhecimento técnico-científico (8).

Completando o quadrilátero da formação na área de saúde, deve-se considerar, de sobremaneira, o contato, na prática, com situações diversas que proporcionem experiências a esse profissional em formação, instigando-o à constante análise crítica do seu modo de trabalhar, o que permite a maior inserção do profissional no contexto de sua prática (8).

A Residência Multiprofissional é uma proposta pautada na metodologia de ensino denominada Arco de Maguerez: observar o problema, associar com as teorias aprendidas e realizar uma prática transformada e adaptada ao contexto (9). Provocar constantemente o profissional em formação favorece o alcance de uma questão há tempos levantada nos estudos sobre formas de melhorar a atenção à saúde no Brasil: a contínua preocupação quanto à melhoria de sua atuação propicia serviços de saúde aprimorados e condizentes com as demandas atuais (10,11).

Corroborando inúmeros exemplos de que a prática complementa e robustece o aprendizado, a Residência Multiprofissional torna-se uma ponte que aproxima o profissional dos usuários, estimulando-os a ficarem mais a par do contexto em que os pacientes se inserem, incluindo os determinantes sociais que implicam na construção da saúde (10). Isso permite a transformação do “fazer saúde”, valorizando as práticas de promoção e proteção à saúde e mitigando o ultrapassado modelo curativo-biomédico (12). Carnáuba e Ferreira (13) (2023) ainda reforçam que essa aproximação com o público incute no residente um senso de agente promotor e transformador da saúde, o que também é transmitido ao público por ele atendido.

Nessa conjuntura, este trabalho visa enaltecer o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ao demonstrar a importância da especialização na modalidade Treinamento em Serviço, pela Residência Multiprofissional em Neurologia e Neurocirurgia na formação do profissional nutricionista.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Residência Multiprofissional em Neurologia e Neurocirurgia de Alta Complexidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará consiste em um programa de pós-graduação, na modalidade de Educação Permanente, ou seja, aquele tipo de aprendizado baseado nos problemas vivenciados no trabalho.

Com duração de dois anos, o residente deve cumprir um itinerário que consiste na passagem por determinados setores do hospital que atendem pacientes neurológicos, cada qual com suas especificidades. Assim, ele passa pelos seguintes setores: enfermarias de Neurologia e Neurocirurgia, Centro de Terapia Intensiva (UTI), unidades de AVC isquêmico e hemorrágico, além de incrementar seu aprendizado com outros serviços correlatos e pertinentes à sua área de atuação.

Durante a passagem por cada um desses setores, o residente é estimulado a se inserir no contexto do setor, se apropriando tanto da rotina, quanto das especificidades dos pacientes atendidos. É perceptível o quão fundamental é esse estímulo para a formação e a capacitação profissional, uma vez que instiga a associação e a adaptação dos conhecimentos técnicos previamente aprendidos à realidade vivenciada.

O estudo do cérebro humano ainda envolve muitos mistérios e aspectos a se descobrir e aprimorar. Não obstante a esse universo a ser desvendado, as mudanças ambientais e sociais implicam em alterações nos estilos de vida e na exposição do indivíduo a fatores etiológicos, modificando gradativamente o perfil das doenças e demandando profissionais a par dessa dinâmica.

Assim, o contato diário com a infinidade de manifestações clínicas apresentadas em cada paciente capacita o profissional residente de qualquer categoria a saber lidar com a situação, norteando-o quanto à conduta terapêutica mais apropriada diante das circunstâncias, além de provocar um pensar crítico que extrapola o que é ditado nos livros.

Na função de nutricionista residente, diariamente, encontro-me inserida no campo de trabalho, acompanhando a evolução clínica dos pacientes e adaptando a nutrição conforme a capacidade deste, uma vez que o estado geral, em pacientes neurológicos, é algo muito dinâmico.

Conhecer a forma de funcionamento do setor de Nutrição, como características de determinado tipo de dieta, possibilidades de trocas alimentares e atribuições do nutricionista no setor, contribuem para a boa desenvoltura no trabalho.

Entretanto, o que realmente justifica o título de nutricionista especialista nessa temática é o aprofundamento dos estudos sobre a Neurologia e as doenças relacionadas, além da assimilação com os casos vistos *in loco*, inclusive tomando ciência das possíveis interferências da área cerebral afetada sobre a alimentação e a nutrição.

A Residência em Saúde promove um diferencial que destaca o profissional em sua categoria pelo contato específico com determinadas situações. Exemplo disso, é o conhecimento mais detalhado do nutricionista no manejo de disfagia, que é muito comum nas doenças neurológicas e demanda maior cuidado na ingestão alimentar e na terapia nutricional. Ademais, o fato do nutricionista ter ciência das repercussões orgânicas dos acometimentos neurológicos também o auxilia na escolha da melhor conduta com o paciente, otimizando a evolução e o prognóstico deste.

Para dar o suporte teórico e reforçar o aprendizado, o Programa de Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará também promove aulas pertinentes a temáticas da Neurologia e da Neurocirurgia, com o objetivo de nortear o profissional nesse estudo especializado e oferecer subsídios para que este consiga vislumbrar diferentes formas de auxiliar no tratamento multiprofissional e dar sua contribuição no processo de cuidados e atenção à saúde.

Não diferindo da atuação em qualquer outro contexto, o nutricionista residente também passa por desafios, que podem ser encarados como instrumentos de melhoria das suas habilidades pessoais e técnicas. Limitações nos recursos disponíveis para a oferta de terapia nutricional mais adequada conforme literatura e questões de comunicação e relações humanas ocorrem com certa frequência.

Ainda se pode citar a assincronia entre o nutricionista e a equipe multiprofissional do hospital que possibilita o prejuízo do trabalho e da formação, além de não oferecer uma atenção otimizada e de melhor qualidade por falta dessa interação sinérgica.

A troca de conhecimentos entre profissionais recém-formados e os mais experientes é de suma importância para uma construção mútua. Porém, essa troca ainda é precária, pois o residente ainda é visto de uma forma indefinida. Isso implica em percepções que variam entre receptividade e compreensão, e inospitalidade e indiferença.

Ainda nesse tocante, observa-se a dificuldade de inserção do nutricionista residente na atuação

multiprofissional. Embora a literatura reconheça a grandiosidade do cuidado em caráter multi, inter e transdisciplinar, ainda é algo relativamente recente e, conseqüentemente, pouco visto e conhecido por profissionais graduados em décadas pretéritas.

Embora isso seja outro desafio a ser superado, trabalhar sob a ótica que prioriza e valoriza a sinergia do trabalho interprofissional com benefícios aos agentes de saúde e à melhoria da qualidade dos serviços ofertados, finalmente, gera a sensação de concretização da transformação idealizada pela Reforma Sanitária, desde a década de 1970.

A trajetória da Residência Multiprofissional apresenta ainda vários percalços e desafios a serem trabalhados: nas limitações institucionais e políticas, nas relações interpessoais e, até mesmo, na exaustiva carga horária que afeta a saúde do próprio profissional em formação podendo prejudicar a qualidade desse processo, como é bem relatado no estudo (14). No entanto, esta é uma ferramenta que ainda se apresenta essencial para o melhor preparo do profissional de saúde que almeja aprender com as vivências em prol do polimento da prática de seu ofício.

CONCLUSÃO

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é a prova viva de que a Educação Permanente, por meio do ensino-serviço, é uma das melhores formas de ensino para um profissional da saúde, principalmente se este for recém-graduado.

Ainda há muitos pontos que precisam melhorar, porém isso se justifica pelo fato de ser um programa relativamente recente. Dessa forma, necessita de tempo para que a ideia da atuação multiprofissional seja mais introduzida, compreendida e trabalhada nas graduações e demais formações profissionais, nos estabelecimentos de saúde e nos órgãos relativos às políticas públicas.

Promovidos pela Residência, a aproximação e o contato direto com pacientes neurológicos proporcionam uma rica oportunidade de se observar as peculiaridades dos casos de patologias vistas na literatura e mesclar com a atuação adaptada àquela situação em questão. Isso aumenta a criticidade do residente, estimulando-o a se tornar um defensor voraz da promoção da saúde e das políticas de saúde, além de fortalecer a formação integral do residente, nas vertentes profissional e pessoal, quanto ao tripé conhecimento, habilidade e atitudes.

REFERÊNCIAS

1. Marcial TM. Residência médica no Brasil. Rev Ciênc Saúde [Internet]. 2013 [acesso em 15 Jul 2023];3(1):2-6. doi: <https://doi.org/10.21876/rcsfmit.v3i1.525>.
2. Sousa EG. A residência médica no Brasil. Rev Bras Educ Med [Internet]. 1985 [acesso em 15 Jul 2023];9(2):112-114. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v9.2-009>.
3. Souza MC, Araujo TM, Reis Junior WM, Souza JN, Vilela ABA, Franco TB. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. Mundo Saúde [Internet]. 2012 [acesso em 15 Jul 2023];36(3):452-460. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf.

4. Flor TBM, Miranda NM, Sette-de-Souza PH, Noro LRA. Análise da formação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: perspectiva dos egressos. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2023 [acesso em 15 Jul 2023];28(1):281-290. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.11292022>.
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1990 set 20;128(182):18055-18059.
6. Silva LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Rev Katál* [Internet]. 2018 [acesso em 28 Jul 2023];21(1):200-209. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>.
7. Brasil. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2004 fev 13;141(32 seção 1):37-41.
8. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* [Internet]. 2004 [acesso em 28 Jul 2023];14(1):41-65. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.
9. Costa ACS, Azevedo CC. Integração Ensino-Serviço e a Residência Multiprofissional em Saúde: um relato de experiência numa Unidade Básica de Saúde. *Tempus Actas Saúde Colet* [Internet]. 2017 [acesso em 15 Jul 2023];10(4):265-282. doi: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2013>.
10. Prado ML, Velho MB, Espíndola DS, Hilda Sobrinho S, Backes VMS. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [acesso em 15 Jul 2023];16(1):172-177. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100023>.
11. Silva CT, Terra MG, Kruse MHL, Camponogara S, Xavier MS. Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a Educação Permanente em Saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 28 Jul 2023];25(1):e2760014. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600002760014>.
12. Silva CA, Dallbello-Araujo M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde Debate* [Internet]. 2019 [acesso em 28 Jul 2023];43(123):1240-1258. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912320>.
13. Carnauba JP, Ferreira MJM. Competências em promoção da saúde na residência multiprofissional: capacidade de mudanças e advocacia em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2023 [acesso em 02 set 2023];28(8):2227-2236. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05802023>.
14. Alves CC, Carolina Netto M, Sousa APG, Devincenzi MU. Relato de experiência da atuação do nutricionista em Residência Multiprofissional em Saúde. *Rev Nutr* [Internet]. 2016 [acesso em 02 set 2023];29(4):597-608. doi: <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000400014>.

Rara associação de tumor estromal gastrointestinal e hemofilia adquirida: relato de caso e revisão de literatura

Rare association of gastrointestinal estromal tumor and acquired hemophilia: case report and literature review

Submetido: 14/01/2024 | Aprovado: 31/01/2024

Gustavo Gomes Martins 

Médico Cirurgião Geral, Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

André Nunes Benevides 

Cirurgião do Aparelho Digestivo, Chefe do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

José Eudes Bastos Pinho 

Cirurgião do Aparelho Digestivo, Preceptor do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Davi Lucena Landim 

Médico Residente em Endoscopia, Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Laryssa Coelho Pinheiro 

Médica Coloproctologista, HGF

Lídia Vieira do Espírito Santo 

Medica Residente em Pediatria, Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

José Leonardo Gomes Rocha Júnior 

Médico Residente em Cirurgia Geral, Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

RESUMO

Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) são neoplasias raras que se originam no trato gastrointestinal, com uma incidência ainda mais rara em pacientes com hemofilia, uma condição sanguínea hereditária caracterizada por distúrbios na coagulação. Pacientes com hemofilia possuem uma predisposição aumentada a sangramentos e, muitas vezes, são submetidos a tratamentos anticoagulantes para prevenir coágulos sanguíneos. No entanto, essa mesma predisposição ao sangramento pode complicar a biópsia, a ressecção cirúrgica e o tratamento de GIST. Além dos desafios diagnósticos, a terapia de GIST em pacientes com hemofilia apresenta complicações adicionais. A seleção de terapias-alvo, como inibidores de tirosina quinase, deve ser criteriosamente avaliada devido ao risco de sangramento e interações medicamentosas com os tratamentos anticoagulantes. O gerenciamento pré e pós-operatório de pacientes com hemofilia submetidos a cirurgia para ressecção de GIST também deve ser minuciosamente planejado para evitar hemorragias excessivas. Este trabalho objetiva descrever o caso de uma paciente do sexo masculino com diagnóstico prévio de hemofilia A que foi submetido à duodenotomia para tratamento de GIST em região de trato digestivo superior, bem como revisar a literatura recente sobre o tema.

Palavras-chave: GIST; neoplasias de trato digestivo; cirurgia.

ABSTRACT

Gastrointestinal stromal tumors (GIST) are rare neoplasms that originate in the gastrointestinal tract, with an even rarer incidence in patients with hemophilia, an inherited blood condition characterized by clotting disorders. Patients with hemophilia have an increased predisposition to bleeding and often undergo anticoagulant treatment to prevent blood clots. However, this same predisposition to bleeding can complicate the biopsy, surgical resection and treatment of GIST. In addition to the diagnostic challenges, GIST therapy in patients with hemophilia presents additional complications. The selection of target therapies, such as tyrosine kinase inhibitors, must be carefully evaluated due to the risk of bleeding and drug interactions with anticoagulant treatments. The pre- and post-operative management of patients with hemophilia undergoing surgery for GIST resection should also be carefully planned to avoid excessive bleeding. This paper aims to describe the case of a male patient with a previous diagnosis of hemophilia A who underwent duodenotomy for the treatment of a GIST in the upper digestive tract, as well as reviewing recent literature on the subject.

Keywords: GIST; digestive tract neoplasms; surgery.

INTRODUÇÃO

Os tumores estromais do trato gastrointestinal (GISTs) são as neoplasias mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal (1). Eles são potencialmente malignos e tendem a afetar pessoas com idades entre 60 e 70 anos, sem predileção de gênero (1). São descritos como procedentes de células intersticiais, nomeadas de células de Cajal (2).

São tumores raros e a maioria dos GISTs é descoberta acidentalmente, o que dificulta a estimativa da verdadeira prevalência (3). De acordo com a base de dados do programa Surveillance Epidemiology and End Results (Seer), do National Cancer Institute de 2005, a incidência dos tumores mesenquimais do TGI nos Estados Unidos quase duplicou entre 1992 e 2002, respectivamente 0,17 a 0,31 por 100 mil habitantes, da qual se estima que 80% sejam de GISTs (2). A prevalência estimada nos Estados Unidos é de 1 a 2 por 100.000 pessoas (4).

Os GIST possuem comportamento clínico variado e geralmente são encontrados incidentalmente durante exames de imagem, endoscopia ou procedimentos cirúrgicos indicados por outras razões. Segundo análises do SEER por Khan et al (2022) a localização mais prevalente dos tumores ocorreu no estômago, abrangendo a maioria dos casos, seguido pelo intestino delgado e reto, que representaram uma proporção significativa. As outras localizações apresentaram ocorrência menos frequente, com menos de 1% dos casos cada uma (1). Algumas lesões permanecem quiescentes por anos, enquanto outras progredem rapidamente. Nesse contexto, tal comportamento se reflete no fato de que 15 a 50% dos GIST apresentam metástase no momento do diagnóstico (4).

As apresentações clínicas variam, abrangendo desde pacientes assintomáticos até aqueles com sintomas inespecíficos, como náuseas, vômitos, distensão abdominal, saciedade precoce, dor abdominal e, ocasionalmente, uma massa abdominal palpável; já tumores maiores, dependendo da localização da massa, podem evoluir para obstrução do lúmen gastrointestinal ou compressão do trato gastrointestinal, resultando em disfagia, icterícia obstrutiva ou constipação (3). Em casos que se apresentem com sangramento, ele pode se manifestar na forma de sangramento gastrointestinal intraluminal lento ou sangramento intraperitoneal maciço secundário à ruptura, e alguns tumores podem até criar cavidades, ulcerar, romper ou causar fístulas.

A hemofilia adquirida A é um distúrbio hemorrágico autoimune extremamente raro, com incidência aproximada de 1,48 casos por milhão a cada ano, caracterizada pela redução da atividade do fator VIII (FVIII) devido ao desenvolvimento de autoanticorpos contra o FVIII (1,5). Assim, sua presença deve ser suspeitada em caso de início agudo de sangramento em quantidade ou localização anormal em pacientes previamente sem coagulopatia.

Dessa forma, no caso de uma apresentação clínica sugestiva o diagnóstico deve ser confirmado por meio de investigação laboratorial, que pode ser realizado por hemograma completo e coagulograma. Nesse

contexto, os exames irão revelar uma contagem normal de plaquetas e um tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA) isoladamente prolongado em 2 a 3 vezes o valor de referência (6).

A seguir, relatamos um caso clínico de paciente portador de Hemofilia A com neoplasia estromal em duodeno. Expressando, assim, uma rara coexistência de acometimentos, capaz de potencializar a sintomatologia de sangramento do trato gastrointestinal.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente MNSO, masculino, 52 anos, portador de Hemofilia A, apresentou em outubro de 2020 quadro inédito de melena diariamente durante cerca de uma semana, associada a palidez e sudorese profusa, além de um episódio de hematêmese. Procurou atendimento médico no Hospital Geral de Fortaleza, estável hemodinamicamente, hipocorado, sem demais queixas ou alterações no exame físico. Previamente, o paciente referiu episódios de sangramentos persistentes em extrações odontológicas. Negava outras comorbidades, uso de anti-inflamatórios não esteroidais ou tabagismo. Referia etilismo em pequena quantidade.

Nesse contexto, foi iniciado reposição de fator VIII e solicitada endoscopia digestiva alta, a qual evidenciou gastrite de antro erosiva leve e ausência de sinais de sangramento ativo ou recente no trajeto examinado. O paciente evoluiu com choque hipovolêmico, necessitando de tratamento específico.

Após estabilização hemodinâmica, prosseguiu-se investigação diagnóstica: foi realizada nova endoscopia digestiva alta que não evidenciou novos achados; e colonoscopia na qual evidenciou pólipos séssil em cólon transversal (03mm) e 03 pólipos pediculados em cólon direito (maior de 08 mm), sendo realizada polipectomia (Figura 1). Tendo cessado exteriorização de sangramento e mantida estabilidade hemodinâmica, o paciente recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.

Figura 1 - Aspecto macroscópico do pólipo à colonoscopia



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

O paciente retornou à emergência do mesmo hospital devido novos episódios de sangramentos iniciados cerca de 5 dias após alta hospitalar, sendo evidenciada piora dos níveis hematimétricos com queda de hemoglobina desde a primeira internação de 10 para 5,9 mg/dL durante esse período. Realizou, então, duodenoscopia que mostrou lesão subepitelial adjacente a papila de Vater medindo em seu maior diâmetro cerca de 4 centímetros com ulceração e sangramento ativos. Durante o procedimento, foi realizada hemostasia da lesão com Nedlee Knife em corrente de coagulação pura. Prosseguiu investigação com ultrassom endoscópico que evidenciou na segunda porção duodenal, adjacente e posterior à papila de Vater, na borda mesentérica, lesão hipoecóica homogênea, medindo 21 mm x 17 mm, originária da quarta camada hipoecogênica da parede duodenal, sinal negativo ao doppler vascular, com ulceração em seu ápice e tomografia computadorizada de abdome e pelve que evidenciou lesão nodular hiperdensa de contornos regulares, medindo 2,3 x 1,8 cm, com realce ao meio de contraste.

Dessa forma, foi submetido a abordagem cirúrgica com incisão subcostal direita, manobra de Kocher para identificação de lesão em parede posterior de 3 porção duodenal. Realizado duodenotomia, ponto transfixante na base da lesão com prolene 3.0 seguido de ressecção em cunha da lesão e duodenorrafia em 2 planos (síntese mucosa com caprofil 4.0 e seromuscular com prolene 4.0), além da aposição de dreno tubular posterior a rafia. O paciente evoluiu no pós-operatório com infecção de sítio cirúrgico, sendo tratada clinicamente, mas sem novos episódios de sangramento ou fístula duodenal, recebendo alta hospitalar no 12º dia pós operatório. A figura 2 representa a lesão após a ressecção cirúrgica.

Figura 2 - Aspecto macroscópico do GIST após a realização da abordagem cirúrgica por via laparoscópica



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

O histopatológico da peça cirúrgica evidenciou neoplasia fusocelular de baixo grau histológico e a imunohistoquímica, evidenciou CD117 positivo e Ki67 positivo em menos de 1% das células, confirmando a suspeita de GIST.

DISCUSSÃO

Os tumores estromais gastrointestinais (GISTs) são os tumores mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal, sendo responsáveis por cerca de 80% das neoplasias de tal classe histológica. Os GISTs compreendem cerca de 0,1 a 3% de todas as doenças malignas gastrointestinais (1,2). Dessa forma, por já possuir um espectro de prevalência limitado, sua concomitância com distúrbios hematológicos, tal como a Hemofilia A, ainda é uma vertente pouco estudada e com baixo espectro de publicações em literatura, tratando-se de uma associação importante por ser fator crucial como potencial indutor de complicações hematológicas e circulatórias graves (1,7).

Os GISTs podem se apresentar com grande variedade clínica, até mesmo assintomáticos. Cerca de 40 a 65% dos pacientes apresentam-se com hemorragia digestiva. Em geral, isto ocorre devido necrose e ulceração da mucosa. No caso exposto, tal sintoma foi potencializado pela doença de base do paciente – hemofilia A – ocasionando a recorrência do sangramento e, assim, evidenciando a necessidade de prosseguir com a investigação do caso (3).

Os GISTs normalmente são encontrados durante a realização de Endoscopia Digestiva Alta (EDA), podendo ter como achado durante a realização do exame uma protuberância lisa inespecífica recoberta com mucosa normal devido a sua origem intramural em grande parte das lesões (1). O Ultrassom Endoscópico proporciona informações importantes para caracterizar o tumor e realizar o diagnóstico diferencial dos GISTs, tais como: origem extra ou intraluminal do tumor, qual a natureza da lesão (líquida, gordura, tumor sólido) e qual o seu tamanho real. A Tomografia Computadorizada também é um exame muito importante, além da sua ampla disponibilidade, com ele é possível identificar a localização do tumor, invasão de estruturas ou metástase. Além disso, é possível realizar o estadiamento do tumor de forma confiável (3).

Mesmo com a reposição de fator VIII para o paciente, percebeu-se refratariedade dos eventos hemorrágicos. Dessa forma, suspeitou-se do desenvolvimento adquirido de fatores inibidores de fator VIII (FVIII). De forma similar, foi relatado anteriormente que, embora continue sendo uma ocorrência incomum, o desenvolvimento de inibidores do FVIII deve ser considerado como causa de sangramento em alguns pacientes com doenças malignas (8). Assim, somente após resolução cirúrgica do GIST de localização duodenal, observou-se melhora substancial dos índices hematimétricos e do contexto sintomatológico do paciente. De qualquer maneira, não é possível dizer com certeza se o desenvolvimento de inibidor no caso atual foi um exemplo de manifestação paraneoplásica de GIST ou uma coexistência rara entre ambos acometimentos (8).

Estudos apontam que os anticorpos contra o fator VIII possuem forte associação causal com neoplasias sólidas, sem correlação com um tipo específico de tumor. Bem como, é uma complicação extremamente rara do câncer, cuja patogênese é desconhecida (8).

O tratamento de escolha para tumores estomais do trato gastrointestinal é, sempre que possível, cirúrgico e a via de escolha pode variar de acordo com sua localização e tamanho. A laparoscopia é a abordagem cirúrgica de preferência em tumores menores que 5 cm e localizados em estômago e intestino delgado, mostrando-se com menor tempo de internação, normalização da dieta precocemente e menor dor pós-operatória quando comparada com laparotomia. Em pacientes instáveis hemodinamicamente, a abordagem cirúrgica aberta mostrou-se mais eficaz no tratamento (3). No caso em questão, a abordagem foi realizada por via aberta devido ser uma localização de difícil acesso e que consequentemente com alto risco de deiscência.

CONCLUSÃO

O caso acima foi exposto pois a associação de Hemofilia e GIST é pouco frequente e ainda mais raro é essa associação com o desenvolvimento de inibidores do fator VIII. Ainda não dispomos de dados que esclareçam se a relação dos tumores estomais e o desenvolvimento do inibidor do fator VIII é uma relação causal ou somente coincidência. O caso em questão reforça o tratamento cirúrgico como o de escolha para essas lesões, visto que mesmo com múltiplos fatores de pior prognóstico, houve o controle dos eventos hemorrágicos após sua ressecção.

REFERÊNCIAS

- 1.Khan J, Ullah A, Waheed A, Karki NR, Adhikari N, Vemavarapu L, et al. Gastrointestinal stromal tumors (GIST): a population-based study using the SEER database, including management and recent advances in targeted therapy. *Cancers* [Internet]. 2022 [acesso em 14 ago 2023];14(15):3689. doi: <https://doi.org/10.3390/cancers14153689>
- 2.Gu L, Khadaroo P, Chen M, Qian H, Zhu H, Li X, et al. Surgical management and outcomes of duodenal gastrointestinal stromal tumors. *Acta Gastroenterol Belg* [Internet]. 2019 [acesso em 14 ago 2023];82(1):11-8. Disponível em: [https://www.ageb.be/Articles/Volume%2082%20\(2019\)/Fasc1/02-Wang.pdf](https://www.ageb.be/Articles/Volume%2082%20(2019)/Fasc1/02-Wang.pdf).
- 3.Parab TM, DeRogatis MJ, Boaz AM, Grasso SA, Issack PS, Duarte DA, et al. Gastrointestinal stromal tumors: a comprehensive review. *J Gastrointest Oncol* [Internet]. 2019 [acesso em 14 ago 2023];10(1):144-154. doi: <https://doi.org/10.21037/jgo.2018.08.20>.
- 4.Scola D, Bahoura L, Copelan A, Shirkhoda A, Sokhandon F. Getting the GIST: a pictorial review of the various patterns of presentation of gastrointestinal stromal tumors on imaging. *Abdom Radiol* [Internet]. 2017 [acesso em 14 ago 2023];42(5):1350-1364. doi: <https://doi.org/10.1007/s00261-016-1025-z>.
- 5.Casas Patarroyo CP, Agudelo López CDP, Galvez K, Lagos Ibarra J, Martínez Rojas S, Ibatá Bernal L. Importancia de la orientación diagnóstica en hemofilia A adquirida. *Rev Med Chile* [Internet]. 2019 [acesso em 14 ago 2023];147(3):334-341. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000300334>
- 6.Haider MZ, Anwer F. Acquired hemophilia. In: *Stat Pearls*[Internet]. Treasure Island: Stat Pearls Publishing; 2020 [acesso em 14 ago 2023]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560494/>.
- 7.Kumar B. Acquired hemophilia as a paraneoplastic manifestation of gastrointestinal stromal tumor. *Southern Med J* [Internet]. 2010 [acesso em 14 ago 2023];103(7):704-705. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/SMJ.0b013e3181e1ddf9>.
- 8.Yıldız A, Şahin O, Yayar O, Öztürk ÇP, Öztürk HBA, Maral S, et al. The rare coexistence of high titer inhibitor development and gastrointestinal stromal tumor in a patient with severe hemophilia: a case report. *Transfus Apher Sci* [Internet]. 2018 [acesso em 14 ago 2023];57(3):398-400. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.transci.2018.04.023>.

Jogo de tabuleiro sobre segurança do paciente para profissionais da saúde: um relato de experiência

Board game on patient safety for healthcare professionals: an experience report

Submetido: 15/01/2024 | Aprovado: 31/01/2024

Jaciane Nunes Bento Lemos

Enfermeira Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Residente em Neurologia e Neurocirurgia de Alta Complexidade, Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Amanda Castro e Silva

Enfermeira Especialista em Neurologia e Neurocirurgia de Alta Complexidade, Especialista em Segurança do Paciente e Qualidade no Cuidado, Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Glauciane Cajazeiras Farias

Enfermeira Especialista em Neurologia e Neurocirurgia de Alta Complexidade, Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Larissa Vasconcelos Lopes

Enfermeira Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Sarah Patrício Ribeiro de Almeida

Enfermeira Especialista em Neurologia e Neurocirurgia de Alta Complexidade, Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Araguacy Rebouças Simplício

Enfermeira Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente, Hospital Geral de Fortaleza

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência do uso de metodologias ativas de ensino para profissionais da saúde de um hospital terciário. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre o uso de jogo de tabuleiro como instrumento da metodologia ativa de ensino para profissionais da saúde sobre segurança do paciente pela enfermeira residente em neurologia e neurocirurgia durante o rodízio no setor do Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade Hospitalar no mês de abril de 2023 no evento Abril pela Segurança do Paciente de um hospital terciário do estado do Ceará. Resultados: O jogo de tabuleiro sobre segurança do paciente foi elaborado a partir da identificação dos temas de maior relevância para os profissionais de saúde do hospital, baseado nas seis metas internacionais da Organização Mundial de Saúde. O uso do tabuleiro ocorreu durante o evento Abril pela Segurança do Paciente do hospital. Conclusão: A utilização de tecnologias educacionais através do uso do jogo de tabuleiro, visou transmitir de forma dinâmica, interativa e divertida as informações, facilitando assim, a educação em saúde para os profissionais, o que possibilitou alcançar o objetivo proposto pelo MS na vivência de experiências exitosas durante a campanha e do setor Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade Hospitalar do hospital.

Palavras-chave: segurança do paciente; profissionais da saúde; tecnologia educacional.

ABSTRACT

Objective: To report the experience of using active teaching methodologies for health professionals in a tertiary hospital. Methodology: This is a descriptive study of the experience report type on the use of a board game as an instrument of active teaching methodology for health professionals about patient safety by the nurse resident in neurology and neurosurgery during the rotation in the Nucleus sector of Patient Safety and Hospital Quality in April 2023 at the April for Patient Safety event at a tertiary hospital in the state of Ceará. Results: The patient safety board game was created based on the identification of the most relevant topics for hospital health professionals, based on the six international goals of the World Health Organization. The board was used during the April event for Hospital Patient Safety. Conclusion: The use of educational technologies through the use of board games aimed to transmit information in a dynamic, interactive and fun way, thus facilitating health education for professionals, which made it possible to achieve the objective proposed by the MS in the experience of successful experiences during the campaign and the hospital's Patient Safety and Hospital Quality Center sector.

Keywords: social service; professional practice; hospital unit.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2009 definiu a segurança do paciente como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”, o que visa garantir uma qualidade na assistência à saúde prestada pelos profissionais da saúde através da aplicação das seis metas internacionais da segurança do paciente (SP) estabelecidas pela Joint Commission International (JCI), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2004 (1,2).

Os objetivos das metas internacionais da Segurança do Paciente buscam promover melhorias ao cuidado do paciente por meio de ações direcionadas, sendo elas: identificar o paciente corretamente; melhorar a eficácia da comunicação; medicação segura; cirurgia segura; reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde; reduzir o risco de danos ao paciente decorrente de quedas e lesão por pressão (3).

A Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 do Ministério da Saúde (MS), instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que visa contribuir para a qualificação da assistência à saúde, em todos os estabelecimentos que prestam cuidados em saúde. Além disso, estabelece a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) (3).

O NSP tem como objetivo atuar na articulação e incentivo das demais instâncias do hospital que gerenciam riscos e ações de qualidade, com o intuito de complementarem-se nesse contexto. Além disso, busca promover e apoiar as ações voltadas à SP, como também elaborar o plano de segurança do paciente do Serviço de Saúde que contenha as estratégias e ações definidas para promoção, proteção e mitigação dos incidentes associados à assistência à saúde durante todas as etapas de internação do paciente (3,4).

No ano de 2023 a portaria de criação do PNSP completou dez anos do programa, o qual lançou a campanha Abril pela Segurança do Paciente. Deste modo, o presente estudo tem o objetivo de relatar a experiência do uso de metodologias ativas de ensino para profissionais da saúde de um hospital terciário a partir das orientações sugeridas pelo MS.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência sobre o uso de jogo de tabuleiro como instrumento da metodologia ativa de ensino para profissionais da saúde sobre SP pela Enfermeira Residente em Neurologia e Neurocirurgia de Alta Complexidade durante o rodízio no setor do Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade Hospitalar (NSPQH) no mês de abril de 2023 no evento Abril pela Segurança do Paciente de um hospital terciário na cidade de Fortaleza do estado do Ceará.

Figura 1 - Jogo de tabuleiro



Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade Hospitalar (NSPQH)



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

O evento ocorreu nos dias 12, 19 e 26 de abril de 2023, no auditório principal do hospital, com a participação dos profissionais da saúde que estavam disponíveis para participar da programação do evento. A campanha foi idealizada pelo MS com o tema: Abril pela Segurança do Paciente, com o tema “10 anos do Programa Nacional de Segurança do Paciente - Compartilhar os avanços para acelerar a mudança” para realização durante todo o mês de abril no País. A campanha tem como objetivo estimular que os trabalhadores da saúde, serviços de saúde, universidades, escolas de saúde e gestores da saúde compartilhem suas experiências exitosas (5).

Diante disso, surgiu a criação do jogo de tabuleiro sobre segurança do paciente, que foi elaborado a partir da identificação dos principais temas de maior relevância para os profissionais de saúde do hospital pelo setor NSPQH, baseado nas seis metas internacionais da OMS, com o intuito de informar de forma dinâmica a respeito do tema proposto, para melhor compreensão dos profissionais e conseqüentemente a atuação dos mesmos, baseados nos temas abordados para uma melhor qualidade na prestação do cuidado ao paciente durante a assistência à saúde.

O jogo de tabuleiro foi composto por perguntas de nível fácil a intermediário do tipo “quiz”, estruturado de forma bem ilustrativa para em caso de acerto, avançar as casas e em caso de erro, voltar às casas, com o objetivo de chegar ao final do jogo, quem acertava mais perguntas.

Durante a aplicação do jogo foi possível perceber a interação dos profissionais durante o jogo, tornando o momento de aprendizagem mais fácil e divertido, auxiliando no processo de capacitação sobre o tema, o que corrobora com Garzin (2019), em que o assunto segurança do paciente, por se tratar de um tema complexo, envolve sistemas de saúde e necessita de uma abordagem interdisciplinar e interprofissional, com a participação de todos os profissionais que estão envolvidos na assistência à saúde, por meio do compartilhamento de seus saberes específicos (6).

CONCLUSÃO

A utilização de tecnologias educacionais através do uso de jogo de tabuleiro, visa transmitir de forma dinâmica, interativa e divertida as informações, facilitando assim, a educação em saúde para os profissionais, o que possibilitou alcançar o objetivo proposto pelo MS na vivência de experiências exitosas durante a campanha e do setor NSPQH do hospital, que foi de informar e educar a respeito do tema e conscientizá-los sobre a cultura da segurança do paciente e melhorar a qualidade da assistência dos pacientes assistidos na instituição de saúde (7).

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente: relatório técnico final [Internet]. Genebra: OMS; 2011 [acesso em 12 nov 2023]. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf>.
2. Joint Commission International. Padrões de acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 4. ed. Rio de Janeiro; 2011.
3. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 12 nov 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 12 nov 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
5. Ministério da Saúde (BR). Abril pela Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 05 jun 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/abril-pela-seguranca-do-paciente>.
6. Garzin ACA, Melleiro MM. Segurança do paciente na formação dos profissionais de saúde. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2019 [acesso em 05 jun 2023];18(4):45780. doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i4.45780>.
7. Beinne MA, Morais EAH, Reis IA, Reis E, Oliveira SR. O uso de jogo de tabuleiro na educação em saúde sobre dengue em escola pública. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2015 [acesso em 05 jun 2023];9(4):7304-7313. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i4a13587p7304-7313-2015>.

Assistência à mulher trabalhadora no banco de leite humano: experiências vivenciadas no Hospital Geral de Fortaleza

Assistance to working women at the human milk bank: experiences at the General Hospital of Fortaleza

Submetido: 15/01/2024 | Aprovado: 31/01/2024

Ana Márcia Bustamante de Morais

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Residência em Saúde Materno-Infantil pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Especialização em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Enfermeira do Banco de Leite Humano do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Membro da Comissão de Aleitamento Materno do Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Lúcia Virgínia Reis Aragão de Carvalho

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Coordenadora do Banco de Leite Humano do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Membro da Comissão de Aleitamento Materno do Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Maysa Oliveira Rolim Sanford Frota

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Especialista em Enfermagem Clínica: aspectos patológicos e farmacológicos do cuidar pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Graduada em Direito pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC)

Maria Carolina Salustino dos Santos

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), Pós-Graduada em Enfermagem Obstétrica e neonatologia pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) / Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Enfermeira do Banco de Leite Humano do Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Maria Eunice Leal Cavalcante

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Especialização em Administração Hospitalar e Gestão da Qualidade em Sistemas de Saúde pela UECE. Enfermeira do Banco de Leite Humano do Hospital Geral de Fortaleza. Presidente da Comissão de Aleitamento Materno do Hospital Geral de Fortaleza

Eveline Costa da Silva

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Fаметro (UNIFAMETRO), Especialização em Programa de Saúde da Família pelo Instituto Pedagógico de Minas Gerais (IPEMIG), Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

RESUMO

Contexto: A sala de apoio a amamentação do HGF foi conquistada pelo Banco de Leite Humano (BLH) para as funcionárias. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de profissionais de saúde atuantes no (BLH) do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Ceará, na assistência à trabalhadora lactante que retorna da licença-maternidade. Descrição: Essa experiência ocorreu no BLH/HGF, entre janeiro e dezembro de 2023, na sala de apoio a amamentação, lugar destinado à promoção, proteção e apoio à amamentação das trabalhadoras inseridas neste contexto. Como recurso metodológico, usou-se além do local; Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e materiais para coleta de leite materno. Assim, a experiência ocorreu no

horário de funcionamento ordinário. Resultados: Os profissionais do BLH perceberam que as trabalhadoras se sentiram acolhidas, estimuladas e apoiadas a manter o aleitamento materno, mesmo retornando ao trabalho. No primeiro atendimento, eram orientadas e apoiadas quanto à técnica de coleta, armazenamento e transporte do leite humano. Nas coletas subsequentes, retiravam o próprio leite, o deixavam acondicionado no freezer do BLH até o final do expediente e quando retornavam à unidade o pegavam já congelado e o levavam para casa em caixa isotérmica para manter o estoque de leite para o bebê durante sua ausência. Considerações finais: Conclui-se que a existência da sala de apoio à amamentação no hospital beneficia trabalhadoras e seus bebês, contribuindo também para um ambiente de trabalho saudável e produtivo. Reconhecer e apoiar as

necessidades das trabalhadoras lactantes aumenta a satisfação e comprometimento das funcionárias com a instituição.

Palavras-chave: amamentação; estratégia mulher trabalhadora que amamenta; banco de leite humano.

ABSTRACT

Context: The HGF breastfeeding support room was acquired by the Human Milk Bank (HMB) for the employees. The objective of this work is to report the experience of health professionals working at the (HMB) of the General Hospital of Fortaleza (GHF), Ceará, in assisting breastfeeding workers returning from maternity leave. **Description:** This experience took place at HMB/GHF, between January and December 2023, in the breastfeeding support room, a place designed to promote, protect and support breastfeeding for workers in this context. As a methodological resource, it was used beyond the location; Personal Protective Equipment (PPE) and materials for collecting breast milk. Thus, the experiment took place during ordinary opening hours. **Results:** HMB professionals noticed that workers felt welcomed, encouraged and supported to continue breastfeeding, even when returning to work. In the first session, they were guided and supported on the technique for collecting, storing and transporting human milk. In subsequent collections, they removed their own milk, left it stored in the HMB freezer until the end of the day and when they returned to the unit, they took it already frozen and took it home in an isothermal box to maintain the supply of milk for the baby during their absence. **Final considerations:** It is concluded that the existence of a breastfeeding support room in the hospital benefits workers and their babies, also contributing to a healthy and productive work environment. Recognizing and supporting the needs of breastfeeding workers increases employee satisfaction and commitment to the institution.

Keywords: breastfeeding; working woman breastfeeding; human milk bank.

INTRODUÇÃO

A amamentação é um cuidado em que o principal sujeito é a mãe e o beneficiário direto é o bebê. Esses bebês privilegiados pela amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida e amamentação prolongada até dois anos ou mais são cidadãos propensos a crescerem fortes e saudáveis, capazes de compreender que o crescimento sustentável e consciente é o caminho ideal para a sobrevivência da espécie humana e para o crescimento econômico do planeta (1,2).

Além dos aspectos nutricionais e imunológicos, o leite humano tem o poder de induzir mudanças reversíveis e herdáveis no comportamento genético que pode levar a efeitos duradouros e persistentes. Estimular o aleitamento materno é uma ação fundamental para reduzir o aparecimento, por exemplo, de doenças crônicas na vida adulta. Mas, para que a amamentação seja possível, é necessário investimentos governamentais e da sociedade em geral para que os custos dessa ação tão fundamental à vida não sobrecarregue somente as mães que amamentam (1).

Neste contexto, para apoiar a amamentação em sua totalidade, historicamente os Bancos de Leite Humano (BLH) promovem a saúde e o bem-estar de recém-nascidos, especialmente aqueles que são prematuros ou têm condições médicas que os impedem de receber o leite materno diretamente da mãe.

Os primeiros passos na coleta e distribuição sistemática de leite humano remontam à década de 1930 no Brasil, com a criação do primeiro BLH no Hospital da Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro. No Brasil, na década de 1990 testemunhou a criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH), uma iniciativa que buscou padronizar os procedimentos e fortalecer a cooperação entre os bancos de leite no país (3).

Continuamente, conhecendo um pouco da história e função dos BLH, entende-se que é um dos principais apoiadores das mães que amamentam e trabalham nos hospitais em que estão inseridos. No que se refere a temática da amamentação e trabalho, muitas problemáticas podem emergir, sendo problemas financeiros, de logística, dentre outros. O que se sabe, é que para sustentar essa ideia, muitas mulheres sacrificam sua vida profissional para se dedicarem ao cuidado com os filhos e conciliarem a amamentação de acordo com o recomendado pelas autoridades sanitárias. Acontece que, o desemprego e desamparo social financeiro as colocam, e ainda as colocam, em situação de vulnerabilidade social, pois ficam totalmente dependentes financeiramente dos parceiros e expostas a todo tipo de violência. Quando continuam a trabalhar, muitas mulheres não têm rede de apoio para manter ou mesmo iniciar a amamentação. Algumas delas retornam ao ambiente de trabalho sem a compreensão dos gestores e colegas sobre as reais necessidades de uma mãe quando retorna da licença-maternidade, e acabam sendo reinseridas em rotinas exaustivas que inviabilizam a continuidade da amamentação (3).

Ofato de terem tempo para dedicação exclusiva ao cuidado dos filhos e, conseqüentemente, à amamentação torna mãe e bebê privilegiados, pois é possível acompanhar o crescimento e o desenvolvimento dos seus bebês. Além de todos os benefícios da amamentação para a criança, não podemos esquecer que também existem benefícios para a mãe que é agraciada pela redução do risco de hemorragia pós-parto, de câncer de mama e de ovário, pelo aumento do vínculo com a sua criança, pela rápida perda ponderal e redução de custos financeiros para a família (4).

Quando há apoio eficaz para que essa mãe amamente, o consumo de fórmulas lácteas, bicos, chupetas e mamadeiras é reduzido, repercutindo também na redução das alterações climáticas e da poluição ambiental. O bebê se beneficia quando suas necessidades humanas básicas de afeto, vínculo, conexão, aconchego, higiene, lazer, estímulo, sono e amamentação são atendidas. Portanto, a amamentação é muito benéfica para todos e deve ser estimulada dentro das unidades de atenção primária à saúde, nos hospitais, nos postos de trabalho, no ambiente doméstico, nos espaços públicos, nas mídias sociais e em todos os lugares que tenham mães e bebês (5).

Entretanto, não se pode fechar os olhos para o peso da responsabilidade que ainda é posto sobre mães, para que a amamentação aconteça plenamente. É preciso enxergar as dificuldades que elas enfrentam para amamentar, muitas vezes sozinhas, sobrecarregadas, submetidas ao estresse e ao desgaste emocional (5). Dessa forma, o apoio dos BLH é crucial para garantir a continuidade da amamentação para a mãe trabalhadora, assim, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de profissionais de saúde atuantes no Banco de Leite Humano do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), no Ceará.

Figura 1 - Equipe de profissionais de Saúde na assistência do BLH



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência deste estudo ocorreu no local já supracitado, entre os meses de janeiro e dezembro do ano de 2023, na sala de apoio à amamentação, lugar que materializa a estratégia de cuidado e incentivo à amamentação no trabalho das mulheres inseridas neste contexto. Como recurso metodológico, usou-se além do local; os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e materiais de coleta para leite materno (copo de vidro para coleta; luvas; avental; gorro; máscara e óculos de proteção). A sala de apoio à amamentação é uma forte estratégia do hospital para apoiar as mulheres trabalhadoras do local, sabendo que o Banco de Leite funciona como suporte essencial para isto, assim, a experiência ocorreu no horário de funcionamento ordinário.

Figura 2 - Apoio à amamentação



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao conversar e orientar as usuárias da sala, os profissionais do BLH ouviram relatos de que após o início do uso do local, as trabalhadoras se sentiram acolhidas, estimuladas e apoiadas a manter o aleitamento materno, apesar da sobrecarga adicional ao final da licença-maternidade.

No primeiro atendimento, todas eram orientadas sobre os benefícios da amamentação e apoiadas quanto à técnica de coleta, armazenamento e transporte do leite humano. Nas coletas subsequentes, retiravam o próprio leite e o deixavam acondicionado no freezer do BLH até o final do expediente, quando retornavam à unidade para pegá-lo já congelado e levá-lo para casa. Assim, mantinham o estoque de leite humano ordenhado adequado para alimentar o bebê enquanto estivessem trabalhando. Foi possível compreender que ter espaços adequados e privativos no local de trabalho, para que as mulheres possam extrair e armazenar o leite materno, é uma grande ferramenta para a perpetuação do cuidado em saúde da mulher e da criança, possibilitando a continuidade do aleitamento. Todavia, a conscientização e educação sobre os benefícios da amamentação e como conciliá-la com o trabalho, são orientações ofertadas durante o atendimento, auxiliando as mães a entender o processo no qual estão passando; para além de uma sala de amamentação. O apoio do Banco de Leite Humano viabiliza a execução do aleitamento em sua essência (1).

Mulher-mãe trabalhadora que amamenta sobrecarregada, sem direitos trabalhistas, sem apoio do parceiro, da família, da gestão do local de trabalho, não consegue amamentar por muito tempo, como preconiza o Ministério da Saúde. O acesso à ampliação da licença-paternidade de 5 para 20 dias, aqui no Brasil, para todos os pais se torna urgente. É uma estratégia primária de inclusão do pai no apoio à amamentação e ao cuidado com o filho. Poderíamos avançar mais ainda se começássemos a discutir sobre a licença parental, onde pai e a mãe têm acesso a uma licença para poder cuidar do filho. Porém, o problema para a normalização e concretização dessas ações é a resistência cultural. Os pais precisam ser acolhidos nessa função de cuidado para que ele tome as decisões necessárias e aja de forma que a mulher não se sinta sobrecarregada para dar conta de filho, casa, trabalho e amamentação, evitando o desmame precoce (6).

Figura 3 - Apoio à amamentação junto às trabalhadoras



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

As empresas podem promover a amamentação implementando políticas institucionais que promovam a elaboração de projetos de acolhimento às funcionárias gestantes para que sejam orientadas sobre a amamentação desde o pré-natal e encaminhadas aos Bancos de Leite Humano/ Postos de Coleta de Leite Humano, antes e após o parto para sanar dúvidas e dificuldades na amamentação. A implantação de creches no ambiente de trabalho também é uma estratégia importante para apoiar a amamentação e é estimulada pelo Ministério da Saúde. Essa iniciativa é um apoio para mães e pais retornarem ao trabalho sabendo que podem contar com a instituição para deixar os filhos sob os cuidados de uma pessoa capacitada e em local seguro, além de facilitar a continuidade da amamentação. A flexibilidade com a carga horária de trabalho para mães e pais também faz a diferença para evitar o desmame precoce (6).

Vale ressaltar que as salas de apoio à amamentação são um alento para a mãe que retorna da licença-maternidade com as mamas cheias e tem um local para retirar seu leite, garantindo a refeição do seu bebê que ainda está mamando exclusivamente ou não se adaptou ainda a alimentação complementar. Esse recurso colabora para que se evite a dor mamária, o ingurgitamento, a obstrução de ducto, a mastite e quaisquer intercorrências mamárias que venham a comprometer a saúde da mulher e também a sua produção no trabalho (7).

O desmame precoce é o produto de uma sociedade capitalista e patriarcal que ainda não acolhe a mulher trabalhadora que se tornou mãe. É preciso apoiar pais e mães que trabalham para que a amamentação aconteça (7). É fundamental a participação do pai, o apoio da família, das instituições de saúde, locais de trabalho e políticas governamentais no período da amamentação. É necessária a implementação de políticas institucionais que promovam o aleitamento materno dentro das empresas e dos hospitais, como a Estratégia Mulher Trabalhadora que Amamenta e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

O HGF passou a desenvolver atividades mais específicas em prol do aleitamento materno em 2000, ano em que iniciou o funcionamento do Núcleo de Aleitamento Materno (NUAM), como posto de coleta, vinculado ao Banco de Leite Humano (BLH) do Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC). Em 2005, sob direção do Dr. Florentino de Araújo Cardoso Filho, o HGF foi contemplado com o título de "Hospital Amigo da Criança" concedido pelo UNICEF/MS. O empenho dos profissionais da área materno-infantil, para o cumprimento dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" foi fundamental para esta conquista.

Para a manutenção do título, desde 2011, o HGF realiza anualmente a avaliação interna da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) entrevistando mães e profissionais no intuito de monitorar e corrigir irregularidades. Também a cada 03 anos, de acordo com o cronograma da SESA, ocorre a avaliação externa por profissionais da região capacitados pelo Ministério da Saúde. Com a revitalização do HGF, foi vislumbrada a perspectiva da implantação de um BLH, uma vez que o hospital já possuía o título de Amigo da Criança, e mantinha em funcionamento um Posto de coleta de leite humano e uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

No dia 20 de agosto de 2012 foi inaugurado o Banco de Leite Humano do Hospital Geral de Fortaleza, na gestão do diretor Dr. Zózimo Luís de Medeiros Silva. O evento contou com as presenças do secretário da Saúde do Estado na época, Dr.

Raimundo José Arruda Bastos, e do coordenador da Rede Ibero-Americana de Banco Leite Humano, Dr. João Aprígio Guerra de Almeida, que hoje é Coordenador da Rede Global de Bancos de Leite Humano. O BLH do HGF, é coordenado desde então pela Dra. Lúcia Virginia Reis Aragão de Carvalho, e segue as diretrizes da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, além de ser responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, execução de atividades de coleta de leite humano, seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição do leite humano pasteurizado ao lactário.

A presença de um BLH no hospital e a existência de uma política de aleitamento materno institucional, possibilitada pelo credenciamento da IHAC favorecem indiscutivelmente a extensão das ações de aleitamento materno direcionadas para as funcionárias (6). A exemplo disso, informalmente, o BLH já acolhia as trabalhadoras do HGF que por iniciativa própria procuravam o serviço. Entretanto, não havia um movimento de articulação com os gestores dos outros setores, de forma específica para a divulgação do serviço para este público.

Só entre os anos de 2011 e 2013, o BLH iniciou a estruturação de ações direcionadas às trabalhadoras, implantando a sala de apoio à amamentação, sensibilizando gestores de unidades, recursos humanos e direção geral. Em 2013, o HGF foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como instituição que promove, protege e apoia o Aleitamento Materno para a mulher trabalhadora, através da certificação da Sala de Apoio à Amamentação. A sala está localizada dentro do BLH e a funcionária pode usá-la para extrair seu leite durante o turno de trabalho e oferecer ao filho em casa nos momentos que estiver ausente, possibilitando maior chance de prolongar a amamentação exclusiva.

É importante frisar que a Estratégia Mulher Trabalhadora que Amamenta engloba a tríade: implantação de salas de apoio nas empresas, ampliação da licença maternidade para 180 dias e implantação de creches nos locais de trabalho. Além da sala de apoio, a trabalhadora do HGF, servidora com vínculo SESA, conta com a licença-maternidade de 180 dias. Infelizmente, as trabalhadoras cooperadas e terceirizadas do hospital não têm acesso a esse benefício. Outro desafio é a ausência de creche na instituição, o que dificulta a presença e proximidade entre mãe e bebê, fator importantíssimo para a manutenção da produção de leite, e se torna um entrave para a manutenção da amamentação para algumas mulheres, principalmente para aquelas que não têm direito à licença-maternidade ampliada e precisam retornar ao trabalho, distanciando-se de seus bebês, ainda muito pequenos.

Diante do exposto, percebe-se o empenho do hospital em apoiar a amamentação para as mulheres trabalhadoras e que são diversas as ações necessárias para que a amamentação e trabalho possam seguir juntas (8). O BLH do HGF vem há anos trabalhando para que mais e mais mulheres sejam apoiadas e consigam amamentar. Mas o trabalho é contínuo, árduo e exige muita resiliência e envolvimento dos profissionais e gestores para avançar cada vez mais nessas ações, que se realizadas de forma isolada podem contribuir, mas não resolverão o problema do desmame precoce que é uma realidade. Portanto, o apoio de toda a sociedade é fundamental para que se possa continuar mudando o cenário da amamentação para todas as mães que trabalham fora ou dentro de casa.

CONCLUSÃO

A experiência alcançou o seu objetivo para este artigo, todavia, entende-se que a importância do apoio à amamentação para mulheres que trabalham é contínua, e precisa ser incentivada a partir de políticas públicas e significativas para as mulheres e seus bebês. Conclui-se que a sala de apoio à amamentação favorece o trabalho da mulher e o cuidado ofertado ao seu filho, no qual

as mesmas se sentem amparadas em sua decisão de amamentar, tornando-se mais propensas a manter altos níveis de produtividade e engajamento no trabalho.

Em contrapartida, apesar de legislações que auxiliam a mulher no retorno ao trabalho ainda amamentando, o apoio a essas práticas nem sempre ocorre. Por fim, é válido compreender que não é apenas um cumprimento de requisitos legais, mas também promover um ambiente de trabalho inclusivo e facilitador para a saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca RMS, Milagres LC, Franceschini SCC, Henriques BD. O papel do banco de leite humano na promoção da saúde materno infantil: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2021 [acesso em 12 dez 2023];26(1):309-318. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.24362018>.
2. Sociedade de Pediatria de São Paulo. 30 anos de história: Semana Mundial de Aleitamento Materno [Internet]. São Paulo: SPSP; [2021?] [acesso em 12 dez 2023]. Disponível em: https://www.spsp.org.br/PDF/CartilhaSMAM_alta.pdf.
3. Silva AKO, Lima CS, Santos EP, Marinho JGO, Cunha MS. Banco de leite humano: perspectiva da comunidade, das funcionárias e das mulheres doadoras [undergraduate thesis]. São Paulo: Centro Paula Souza/ETEC Irmã Agostina; 2022 [acesso em 12 dez 2023]. Disponível em: <http://ric.cps.sp.gov.br/bitstream/123456789/9749/1/BANCO%20DE%20LEITE%20HUMANO%20PERSPECTIVA%20DA%20COMUNIDADE%2C%20DAS%20FUNCION%C3%81RIAS%20E%20DAS%20MULHERES%20DOADORAS.pdf>.
4. Loureiro R, Figueiredo VLM, Dornelles C, Aguiar JRV. Perfil das doadoras de leite materno de um banco de leite humano de um hospital universitário do sul do Brasil. *Res Soc Dev* [Internet]. 2022 [acesso em 12 dez 2023];11(1):e46211125180. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25180>.
5. Melo CT, Padrão MB. Relato de experiência das enfermeiras do Banco de Leite Humano da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, voltado às práticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. *Arq Med Hosp Fac Ciênc Med Santa Casa São Paulo* [Internet]. 2020 [acesso em 12 dez 2023];65:e24. doi: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2020.65.024>.
6. Zangão MOB, organizator. Pesquisa em aleitamento materno: empoderar o enfermeiro [Internet]. Ponta Grossa: Athena; 2021 [acesso em 12 dez 2023]. doi: <https://doi.org/10.22533/at.ed.228211908>.
7. Oliveira AM, Lima LC, Costa CC, Chagas ACMA, Oriá MOB, Chaves AFL. Duração do aleitamento materno em mulheres atendidas no banco de leite humano. *Rev Enferm Atual In Derme* [Internet]. 2020 [acesso em 12 dez 2023];93(31):e-020029. doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.31-art.663>.
8. Melo JMM, Silva AC, Mariano REM, Nóbrega NR, Florêncio RM. Monitoramento sistemático da sala de apoio à mulher que amamenta. *Cadernos ESP* [Internet]. 2021 [acesso em 12 dez 2023];15(1)129-136. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/429/261>.

O serviço social e a articulação de redes: relatos de experiência de suas práticas cotidianas na emergência HGF

Social service and network articulation: report of experience of your everyday practices in the HGF emergency

Submetido: 31/08/2023 | Aprovado: 29/01/2024

Eliana Santos de Castro Gadelha

Assistente Social, Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Secretaria da Saúde do Ceará (SESA/CE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Ana Paula Barros Pires

Assistente Social, Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Secretaria da Saúde do Ceará (SESA/CE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Helaine Aparecida Maia

Assistente Social, Especialista em Neurologia e Neurocirurgia na modalidade de Residência Multiprofissional pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), Secretaria da Saúde do Ceará (SESA/CE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Ondina Maria Chagas Canuto

Assistente Social, Doutora em Educação pela Universidade Universidade Federal do Ceará (UFC), Secretaria da Saúde do Ceará (SESA/CE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Socorro Letícia Fernandes Peixoto

Assistente Social, Doutora em Sociologia pela Universidade Universidade Federal do Ceará (UFC), Secretaria da Saúde do Ceará (SESA/CE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Vanusa Maria Tomé Bandeira de Sousa Daud

Assistente Social, Especialista em Epidemiologia e Vigilância à Saúde pela Universidade Universidade Vigil Federal do Ceará (UFC), Secretaria da Saúde do Ceará (SESA/CE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

RESUMO

O conceito ampliado de saúde e da percepção do usuário enquanto cidadão de direitos remete o Serviço Social a uma abordagem em Rede, compreendendo esta como um conjunto de políticas públicas que busca responder a efetivação de direitos. O presente Relato de Experiência objetiva compartilhar com a comunidade hospitalar, aspectos do trabalho cotidiano dos profissionais de Serviço Social no apoio aos usuários e sua rede familiar, atento às suas demandas a partir do leito, observando seu contexto social. A inserção do assistente social na rede hospitalar/Emergência do Hospital Geral de Fortaleza se orienta por seu Projeto ético-político profissional, compreendendo a importância de atuação em equipe multiprofissional, com saberes e práticas complementares direcionadas a segurança do usuário, a qualidade da assistência e humanização da atenção em saúde. O Relato a seguir apresenta referenciais teóricos, que encontram na legislação e em autores, inspiração e compromissos para atuação dos profissionais de Serviço Social. Apresenta ainda o contexto das práticas e as iniciativas de articulação de Rede de apoio aos usuários, que permitem aos profissionais, a partir de seu aporte técnico-metodológico, demonstrar a importância de sua presença no acompanhamento da jornada hospitalar.

Portanto, a experiência permite a reflexão acerca da importância da articulação em rede. Evidencia-se a complexidade do cuidado, e reforça a necessidade das abordagens profissionais colaborativas, em caráter intersetorial e interdisciplinar na busca do apoio aos usuários e seu contexto de articulação em comunidade, com tom enfático nos múltiplos contextos emergenciais.

Palavras-chave: emergência; serviço social; rede social.

ABSTRACT

The expanded concept of health and the user's perception as a citizen with rights refers to the Social Service to a Network approach, understanding this as a set of policies that seeks to respond to the realization of rights. This objective Experience Report share with the hospital community aspects of the daily work of healthcare professionals Social Service in supporting users and their family network, attentive to their demands from the bedside, observing its social context. The insertion of the social worker in the hospital/Emergency network General Hospital of Fortaleza is guided by its professional ethical-political Project, comprising the importance of working in a multidisciplinary team, with complementary knowledge

and practices aimed at user safety, quality of care and humanization of care in health. The following report presents theoretical references, which are found in legislation and authors, inspiration and commitments for the work of Social Service professionals. It also presents the context of practices and initiatives for articulating a support network for users, which allow professionals, based on their technical-methodological contribution, demonstrate the importance of their presence monitoring the hospital journey. Therefore, the experience allows reflection on the importance of network articulation. The complexity of care is highlighted, and reinforces the need for collaborative professional approaches, on an intersectoral and interdisciplinary basis in seeking support for users and their context of community articulation, with an emphatic tone in multiple emergency contexts.

Keywords: emergency; social service; social network.

INTRODUÇÃO

Partimos do pressuposto que convivemos com dois modelos de saúde em disputa: de um lado, um modelo hierárquico, biomédico, hospitalocêntrico, centrado na cura e na patologização das experiências sociais e de outro, um arsenal de concepções teóricas, lutas sociais, políticas públicas e experiências cotidianas, práticas contra hegemônicas, no qual doença e sofrimento incorporam dimensões sociais e políticas do vivido (1).

Desse modo, a saúde é compreendida por determinantes sociais para além dos aportes biológicos, e exige a construção de uma rede de cuidado que trabalhe sob o prisma da produção da saúde enquanto qualidade de vida e não a partir do viés da doença. Essa rede de cuidado pode ser traduzida como a rede de serviços de saúde que, dentro do princípio-diretriz da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser regionalizada e hierarquizada através da atenção básica, intermediária, média e alta complexidade (1,2).

A saúde concebida como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde (2).

A Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização em todo o território nacional, de ações e serviços de saúde, na busca de garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (2).

Portanto, é baseada na concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira que defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (3).

O Serviço Social no campo hospitalar, tem como desafio identificar os aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos que atravessam o processo de saúde-doença vivenciado pelos usuários e seus familiares e

amigos, mobilizando estratégias de enfrentamento dessas questões. Esse desafio é pautado na dimensão investigativa, na importância da observação sistemática e na criatividade profissional, além da sistematização da prática, como estratégia de um exercício profissional qualificado, ressalta o autor (4).

Uma das conquistas da profissão de assistente social se deu através da resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, onde reconhece como uma das treze profissões de saúde de nível superior. Entretanto, o Serviço Social já estava engajado na luta para a consolidação do direito à saúde. A regulamentação da profissão tem amparo na Lei nº 8.662/1993(5), e define dentre outras, a competência de orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos.

Compreendendo as políticas públicas como meios encontrados pelo Estado para responder as contradições de um sistema produtor de desigualdades, a luta por direitos sociais e à sua materialização permite tensionar os espaços contraditórios para o alcance das respostas às demandas da população, perpassando pelo encontro intersectorial das políticas sociais. A descrição da experiência aqui relatada traz, como foco, o olhar do Serviço Social em um hospital de grande porte no Estado do Ceará, em um panorama que envolve os diferentes sujeitos implicados no ato de cuidar e de ser acolhido e as Redes de apoio que promovem direitos sociais.

Compreende-se neste relato que, o olhar ampliado para o sujeito de direitos em sua jornada hospitalar, no caso, a internação em uma emergência, implica além de articulação de um conjunto de recursos para o alcance de direitos, ao que chamamos de atuação em rede na perspectiva intersectorial, remete também a denominação de rede como a referência familiar ou de apoio social que garanta a pessoa hospitalizada um sentido de pertencimento a um grupo social, rede de apoio.

Para Castells (6) a palavra “rede” tem variadas concepções, mas pode ser definida como “um conjunto de nós conectados, e cada nó, um ponto onde a curva se intercepta. Por definição, uma rede não tem centro, e ainda que alguns nós possam ser mais importantes que outros, todos dependem dos demais na medida em que estão na rede” (7).

No que diz respeito às políticas públicas, o trabalho em rede desempenha um papel fundamental para sua efetivação. A rede não se articula por si só, posto que necessita de um trabalho em equipe, não sendo, portanto, constituída de maneira automática. A atuação em rede é uma relevante estratégia para a execução das políticas públicas, posto que articula demandas dos atores envolvidos que buscam atingir um objetivo em comum.

Esta é, portanto, uma forma de buscar responder aos mais variados problemas sociais, que estando presentes no leito de hospitalização do usuário, permite ao assistente social a articulação institucional, possibilitando partilhar procedimentos e acolhimento às demandas imediatas do usuário. A rede tem, portanto, a potencialidade de realizar ações alcançando o sujeito

de direitos em um momento de vulnerabilidade, onde a ausência de saúde, limita e fragiliza o sujeito restrito ao leito.

O Relato de Experiência que ora se apresenta objetiva compartilhar com a comunidade, fundamentos e expressões do trabalho cotidiano dos profissionais de Serviço Social, articulando redes/políticas públicas, no apoio aos usuários e sua rede familiar, ampliando a compreensão do seu fazer profissional e contribuindo com o fortalecimento de vínculos interprofissionais, na perspectiva de qualificar a atenção hospitalar na Emergência do HGF.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Hospital Geral de Fortaleza é a maior instituição hospitalar da rede pública do Ceará e um centro de referência para o Norte e Nordeste em alta complexidade. Atua em 33 especialidades médicas e 64 subespecialidades. Dentre os serviços de maior destaque, estão Neurologia, Neurocirurgia, Oncologia, Cirurgia Vascular, Oftalmologia, Reumatologia, Nefrologia, Ortopedia, Obstetrícia de alto risco e Transplantes de Órgãos (8).

A emergência é porta aberta 24h para atendimentos de alta complexidade e é referência nacional na atenção a usuários com acidente vascular cerebral (AVC). Usuários são procedentes de hospitais secundários da capital ou interior, Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), da própria residência ou de ambientes públicos, trazidos em geral pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Apresenta uma dinâmica própria, com equipes multiprofissionais, construindo seus fluxos a partir das suas unidades de atendimento. Importante ressaltar que o atendimento do Serviço Social no fluxo da emergência do HGF ocorre após a admissão clínica do usuário tendo como foco primeiro o acolhimento das famílias, e ou acompanhantes dos usuários (8).

As famílias/accompanhantes são orientadas a se dirigirem à sala do Serviço Social onde são acolhidos e realizada entrevista social, registrada no prontuário eletrônico disponível no serviço (8), na qual deriva-se coleta de dados sócio familiares, que de forma suplementar, e obrigatória, irão complementar a admissão clínica. Nesta abordagem o usuário passará a ser identificado como um sujeito de direitos com suas individualidades e particularidades, para além de ser somente uma narrativa de sintomas.

A emergência do HGF tem como principais ambientes de pronto atendimento: Sala de Acolhimento com presença de equipe multiprofissional, que avalia o perfil e a necessidade assistencial, direcionando-o às unidades específicas do serviço de emergência. Os Consultórios de Pronto Atendimento Médico, onde o usuário permanece em companhia de pessoa de referência familiar ou de sua rede de apoio para avaliação médica e realização de exames de diagnóstico. Retorno mediante laudos de exames para definição de conduta médica, confirmando ou não a internação hospitalar. Em caso positivo para a internação, inicia-se sua jornada hospitalar (8).

A sala crítica e estabilização acolhem aqueles que apresentam uma ameaça imediata para a vida, contando com monitoramento de equipe multiprofissional, de forma ininterrupta, dentro das unidades. Unidade de Internação Breve (UIB) acolhe usuários que apresentam histórico de estabilidade clínica e em geral seus usuários são procedentes da Sala Crítica, Estabilização ou UIB Extra. A UIB extra também compõe a Emergência do HGF, que frente a superlotação hospitalar, leitos se espriam para além das unidades fechadas do HGF, sendo-lhes garantido a assistência e diagnóstico, com acompanhamento de equipe multiprofissional. Compõe ainda a Emergência hospitalar a Unidade Pós-Cirúrgica (UPC) e enfermarias de pós-operatório (8).

A trajetória dos usuários que acessam o serviço pela Emergência se diferencia conforme a queixa que o traz ao HGF, podendo os mesmos permanecerem na Emergência aguardando procedimentos cirúrgicos, leitos eletivos ou ser transferidos para hospitais de apoio da rede do Estado.

Em todas estas unidades os profissionais de Serviço Social, com atuação específica na Emergência, participam das equipes multiprofissionais, com abordagem à totalidade de familiares, assim como o acompanhamento dos usuários em suas respectivas unidades.

O olhar para cada usuário e seu contexto social apresenta ao Serviço Social inúmeros desafios à sua intervenção, de ordens diversas, que atravessam demandas de formalização da internação, até condições de alta social, passando pelo desembaraço de questões sociais que repercutem no processo de saúde-doença dos usuários e na abordagem das situações de óbitos. Neste caso específico, o Assistente Social é quem maneja o acesso ao programa do auxílio funeral que viabiliza um tratamento na ordem da cidadania e da política sanitária à todas as pessoas que necessitem.

Os usuários do HGF apresentam em geral situações socioeconômicas complexas e desfavoráveis, impondo-lhes vulnerabilidades e carências múltiplas exigindo uma atenção do Serviço Social no estabelecimento de pontes com diferentes políticas sociais, conforme as demandas que se apresentam, evitando o comprometimento da jornada do usuário hospitalizado, oportunizando-os orientações e encaminhamentos.

Estas situações que suscitam abordagens em rede serão trazidas neste Relato de Experiência de forma a compartilhar com o leitor as práticas cotidianas dos profissionais de Serviço Social que atuam na Emergência do HGF.

O assistente social, que desenvolve sua atividade laboral no setor de Emergência do HGF, define sua atuação profissional baseada em parâmetros pautados em instrumentos fundamentados e norteadores dos múltiplos marcos legais e sociais para a atuação no cenário brasileiro. Marcos estes, que são basilares e permeados por fundamentos teóricos-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos construídos pela profissão em determinado momento histórico, tendo a questão social a sua referência de fundamentação, na perspectiva da totalidade e subjetividade para o

cuidado ampliado ao ser humano nas suas múltiplas necessidades (1).

O Serviço Social da emergência possui um espaço físico de atendimento composto por três salas, duas linhas telefônicas e quatro computadores para a realização das atividades, dentre elas: acolhimento, escuta e orientações aos usuários, realização de estudos socioeconômicos e culturais dos/as usuários por meio de entrevistas sociais, interlocução/articulação e encaminhamentos à rede socioassistencial, jurídica e de saúde, assim como outras.

Dentre os instrumentos e técnicas utilizados pelo assistente social no atendimento direto aos usuários está a Entrevista Social, que é um ato de atribuição da profissão e utilizada para coletar dados objetivos e da singularidade dos usuários que vão alimentar o prontuário eletrônico destes, além de caracterizar a população usuária do serviço, ajudando a evidenciar a “questão social em suas múltiplas expressões concretas” (9).

A partir da entrevista social poderão ser entendidas quais as demandas apresentadas pelo usuário e assim possibilitar a promoção de uma atuação profissional condizente com a sua necessidade, que ficará evidenciada, através dos determinantes e condicionantes da saúde, possibilitando assim, uma melhor formulação das estratégias interventivas (10).

Através de livre demanda ou da busca ativa, faz-se uso também de abordagens individuais, familiares e grupais, na “perspectiva de atendimento às necessidades básicas e acesso a direitos, bens e equipamentos públicos [...] com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais” (11).

Destaque-se a participação diária do assistente social nas reuniões interprofissionais e com a gestão da emergência, por meio da ferramenta do Huddle (ferramenta de gestão que permite o gerenciamento ágil de problemas específicos, otimizando os fluxos internos, reforçando a qualidade do atendimento e a segurança do usuário), colaborando com as informações e encaminhamentos de sua competência profissional no acompanhamento que faz à jornada do usuário.

Percebe-se a importância de trabalhar em rede, pois não há como o Serviço Social desenvolver um trabalho de características eminentemente emancipatórias, sem colocar-se ao lado do sujeito reconhecendo a sua autonomia e articulando-se com outros serviços, fazendo a identificação “dos recursos públicos/privados disponíveis no território ou que necessitem ser acionados e disponibilizados para a proteção à família, na pessoa de todos os seus membros”(12).

É, portanto, no cotidiano das práticas do/a assistente social que são demandadas situações nas quais se faz necessária essa articulação em rede. São exemplos dessas demandas: pessoas sem identificação civil e que conseguem ter resgatadas e até refeitas suas identificações civis a partir do acionamento de órgãos como Perícia Forense do Estado do Ceará (PEFOCE), vinculada à Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS); pessoas vítimas de violência (física, psíquica, sexual, financeira), em situação

de negligência e/ou abandono, em situação de rua, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos ou contexto impeditivo diverso. São demandas recorrentes: solicitação de transporte sanitário; encaminhamento para clínicas de diálise; pessoas idosas e adolescentes em situações de privação de direitos; usuários com escolta; óbitos em condições sociais diversas (de usuários escoltados; com demandas de auxílio funeral; sem parentes de primeiro grau; provenientes de outras cidades, estados ou países; vítimas de morte violenta ou morte natural onde não seja possível a definição da causa morte, etc.). Pessoas com demandas de solicitação de benefícios assistenciais; por incapacidade temporária ou permanente; orientação de procuração ou curatela; judicialização de leitos; providências para brasileiros ou estrangeiros que não contam com pessoas de referência no estado do Ceará, onde se faz necessário a articulação com familiares ou órgãos dos estados ou instituições oficiais do país de origem dessas pessoas. Orientar, articular e acompanhar processo de desospitalização de usuários residentes em Fortaleza e demais cidades do interior do estado, em especial, nos casos de maior vulnerabilidade social. Orientar os/as usuários/as acerca dos trâmites necessários para solicitação de equipamentos e insumos (cama hospitalar, colchão, cadeira de rodas, cadeira higiênica, fraldas, dieta enteral, aspirador, concentrador de oxigênio, entre outros) junto à rede de saúde, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e/ou a rede socio jurídica, quando necessário.

Para dar os devidos encaminhamentos a todas essas demandas promovemos articulação em rede junto ao Ministério Público Estadual e Federal, Defensoria Pública Estadual e Federal. Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS) do sistema SUAS (Sistema Único de Assistência Social), abrigos, Secretarias da Assistência Social municipais e estaduais, Secretarias da Saúde municipais e estaduais, Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Juizados, Conselhos Tutelares, Organizações não Governamentais ligadas a política de Assistência Social, Saúde, Habitação e defesa de Direito das pessoas idosas, com deficiência, crianças e adolescentes, Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS), Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), Instituto Médico Legal (IML), Delegacias Distritais, Perícia Forense, Embaixadas e Consulados, etc.

Como se vê, a abordagem do Serviço Social é para além do leito. O sujeito chega com o adoecimento físico e um conjunto de carências sociais. O olhar do assistente social é, portanto, para o usuário e seu contexto social, na perspectiva de mobilizar recursos necessário no decorrer de sua jornada hospitalar, identificando as políticas públicas que possam ser acionadas, conferindo direitos ao sujeito hospitalizado.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, o presente Relato de Experiência cumpre com o objetivo de compartilhar o trabalho cotidiano realizado pelos/as profissionais de Serviço Social, no contexto de emergência, quanto a sua atuação de orientar e articular as diversas redes de atendimento e políticas públicas, apoiando aos usuários, seus familiares e sua rede de apoio social.

Entender a saúde no seu conceito ampliado e a reconhecer enquanto direito de todos e dever do Estado é requisito essencial no desenvolvimento das atividades de todo profissional de saúde, dentre eles os/as assistentes sociais. Reitera-se também que, compreender a Política de Saúde isoladamente, não é suficiente para solucionar todas as necessidades sociais advindas da população usuária dos serviços de saúde, visto às inúmeras vulnerabilidades e insuficiências com as quais convivem. Assim como, a atenção hospitalar, não é suficiente para dar resposta às demandas no pós-alta, sendo necessário lançar mão dos recursos ofertados nos demais níveis de complexidade da rede de saúde e/ou outros recursos das redes socioassistencial e sociojurídica, conforme o caso.

É imperativo, portanto, como vimos, lançar mão dos estudos socioeconômicos dos/as usuários/as, compreendendo seus contextos de vida, identificando as fragilidades e potencialidades, os recursos materiais e humanos disponíveis, exigindo do/a profissional competências para além das normas e rotinas institucionais. Faz-se assim, desafio para o Serviço Social o movimento real do cotidiano, as tendências e as maneiras de reinventar suas práticas em colaboração com usuários dos serviços e demais profissionais da atenção hospitalar.

Espera-se que este trabalho tenha contribuído para ampliar a compreensão do fazer profissional do Serviço Social de modo a propiciar o fortalecimento de vínculos interprofissionais, na perspectiva de qualificar a atenção hospitalar na Emergência do HGF, fomentando a discussão do tema junto à comunidade científica.

REFERÊNCIAS

- 1.Mota AE, Bravo MIS, Uchôa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L, et al, organizators. Serviço sociale saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; 2006.
- 2.Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 set 20;128(182 seção 1):18055-18059.
- 3.Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- 4.Matos MC. Serviço Social, ética e saúde: reflexões sobre o exercício profissional. São Paulo: Cortez; 2013.
- 5.Brasil. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1993 jul 8;131(128 seção 1).
- 6.Castells M. Rede para o estado? Globalização da economia e as instituições políticas na era da informação. In: Seminário Sociedade e Reforma do Estado. Brasília; 1998.
- 7.Guará IMR. Rede de proteção. São Paulo: Associação Fazendo História; 2010.
- 8.Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza; 2023.
- 9.Conselho Federal de Serviço Social (BR). Atribuições privativas do/a assistente social em questão. Brasília: CFESS; 2020.
- 10.Conselho Federal de Serviço Social (BR). Produção de documentos e emissão de opinião técnica em serviço social. Brasília: CFESS; 2022.
- 11.Conselho Federal de Serviço Social (BR). Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social. Brasília: CFESS; 2011.
- 12.Franco AAP, Fávoro ET, Oliveira RCS. Perícia em Serviço Social. Campinas: Papel Social; 2021.

Panorama histórico do suporte ventilatório no manejo de portadores de SARS-Cov-2: um relato sobre o que mudou entre a primeira e a segunda onda.

Historical overview of ventilations support in the management of SARS-Cov-2: a report on what changed between the first and second wave

Submetido: 01/09/2023 | Aprovado: 29/01/2024

Marcos Ronys Lima da Silva

Especialista em Fisioterapia Respiratória e Cardiovascular pela Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP), Especialista em Gestão Hospitalar pela Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP), Graduado em Fisioterapia pelo Centro Universitário Estácio do Ceará

Luan dos Santos Mendes Costa

Graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade federal do Ceará (UFC)

Vanessa Garcia de Lima

Graduação em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Mestre em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Federal do Ceará (UFC)

Letícia Souza de Oliveira

Graduação em Fisioterapia, Universidade federal do Ceará (UFC)

Vinicius de Souza Veras

Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Federal do Ceará (UFC)

Samara Alexandre dos Santos

Graduação em Fisioterapia, Centro Universitário Estácio do Ceará

José Carlos Tatmatsu Rocha

Doutorado em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), Mestrado em Biofísica pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Especialização em Fisioterapia Cardio-Respiratória pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Federal do Ceará (UFC)

RESUMO

Introdução: A pandemia por SARS-Cov-2 trouxe um colapso para o sistema de saúde brasileiro. A rápida transmissibilidade e gravidade preocupou os profissionais. As poucas evidências relacionadas ao tratamento, limita as opções de condutas, aumentando a demanda por equipamentos específicos, como os ventiladores mecânicos. Isto levou à escassez desses aparelhos em todo o mundo. A crise gerou uma demanda por alternativas inovadoras, como por exemplo o capacete Elmo. **Objetivo:** Relatar as mudanças nos protocolos de atendimento a portadores do SARS-Cov-2 no âmbito do suporte ventilatório pela equipe de Fisioterapia. **Métodos:** Estudo do tipo relato de experiência ex-post-facto, a partir das observações de membros da equipe de fisioterapia de um hospital

público de Fortaleza-CE, de fevereiro de 2020 a maio de 2021. **Resultados:** As principais mudanças observadas foram o aumento do número de fisioterapeutas na unidade e a utilização do capacete Elmo. A mudança dos protocolos diminuiu a necessidade de IOT em cerca de 60%. **Conclusão:** As mudanças de condutas ocorridas entre os picos de contaminação trouxeram consigo avanços na sobrevivência dos pacientes. Um aporte maior de publicações envolvendo os protocolos utilizados durante a pandemia pelo SARS-Cov-2 poderia subsidiar uma força tarefa de especialistas para a concepção de um protocolo fisioterapêutico padrão para o atendimento de portadores de SARS-Cov-2.

Palavras-chave: covid-19; fisioterapia; protocolos clínicos.

ABSTRACT

Introduction: The SARS-Cov-2 pandemic brought a collapse to the Brazilian healthcare system. The rapid transmissibility and severity worried professionals. The little evidence related to treatment limits management options, increasing the demand for specific equipment, such as mechanical ventilators. This has led to a shortage of these devices across the world. The crisis generated a demand for innovative alternatives, such as the Elmo helmet. **Objective:** To report changes in care protocols for people with SARS-Cov-2 within the scope of ventilatory support by the Physiotherapy team. **Methods:** Ex-post-facto experience report study, based on observations of members of the physiotherapy team at a public hospital in Fortaleza-CE, from February 2020 to May 2021. **Results:** The main changes observed were the increasing the number of physiotherapists in the unit and the use of Elmo helmets. The change in protocols reduced the need for IOT by around 60%. **Conclusion:** The changes in conduct that occurred between contamination peaks brought with them advances in patient survival. A greater contribution of publications involving the protocols used during the SARS-Cov-2 pandemic could support a task force of experts to design a standard physiotherapeutic protocol for the care of SARS-Cov-2 patients.

Keywords: covid-19; physiotherapy; clinical protocols.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, surgiram os primeiros casos de infecção por um vírus desconhecido, posteriormente batizado de SARS-Cov-2. Desde então, iniciou-se um confinamento global (1,2). A pandemia decretada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em fevereiro de 2020, levou escolas, universidades, comércio e outras instituições a uma adaptação de atividades remotas (3). A saúde pública mundial colapsou com o aumento descontrolado de casos da doença em sua forma mais grave (4), quadro que se repetiu em todos os eixos da sociedade (5).

Em março de 2020, o Estado do Ceará passou a utilizar medidas mais restritivas na busca de conter a contaminação por SARS-CoV-2. Apesar dos cuidados, o Estado subiu rapidamente para o terceiro lugar no país em números de contaminados.

Os sintomas da infecção se caracterizam por tosse, congestionamento nasal e febre alta, nos casos mais leves, e pneumonia e desconforto respiratório severo nos casos graves da doença (6).

A fisioterapia respiratória tem importância, além de tratar as disfunções pós hospitalares respiratórias, na UTI, o tratamento melhora os níveis funcionais dos indivíduos, trabalhando de forma global no fortalecimento da musculatura respiratória, na higienização brônquica e nas mobilizações, a fim de diminuir o tempo de internação bem como melhorar o prognóstico (7).

De acordo com o Ministério da Saúde, o protocolo de manejo do SARS-Cov-2 na atenção especializada foi instaurado para mitigar determinadas condutas em relação ao novo quadro da doença. Nesse trâmite, materiais foram criados para discorrer sobre as terapias e a importância do monitoramento prévio de suporte, como a oxigenoterapia suplementar e o uso de fármacos, além de ações que devem ser realizadas caso o paciente não responda ao oxigênio, como a intubação endotraqueal, gerenciamento do choque séptico, entre outros (8).

Nessa conjunção, passou a ser utilizado um dispositivo tipo capacete, denominado como ELMO 1.0®, com completa vedação e isolamento respiratório da cabeça do paciente, permitindo a utilização de pressão positiva na via aérea, sem necessidade de intubação para os pacientes com quadros de insuficiência respiratória aguda, leve e grave (9).

Compreender os fenômenos acerca da vivência dos profissionais na linha de frente é de grande relevância, abrindo possibilidades para discussões de protocolos assistenciais em busca de intervenções eficazes. O objetivo deste trabalho é compreender a mudança de protocolos ao longo da primeira e segunda onda do SARS-Cov-2, e discutir em que medida as mudanças impactaram na sobrevida dos portadores dessa patologia.

METODOLOGIA

Este foi um estudo do tipo relato de experiência ex-post-facto, a partir das observações de membros da equipe de fisioterapia de um hospital público de Fortaleza-CE. Os protocolos discutidos e apresentados no fluxograma foram utilizados durante a pandemia por SARS-Cov-2, entre fevereiro de 2020 e março de 2021. A população submetida aos protocolos analisados foram adultos e idosos, portadores de SARS-Cov-2, acompanhados pelo serviço de Fisioterapia da unidade. O profissional realizava uma avaliação do paciente, baseado na clínica e em evidências científicas disponíveis, traçava o tratamento a partir de um protocolo interno. Além disso, houve discussões clínicas entre a equipe multidisciplinar a fim de disponibilizar o melhor tratamento aos pacientes.

RESULTADOS

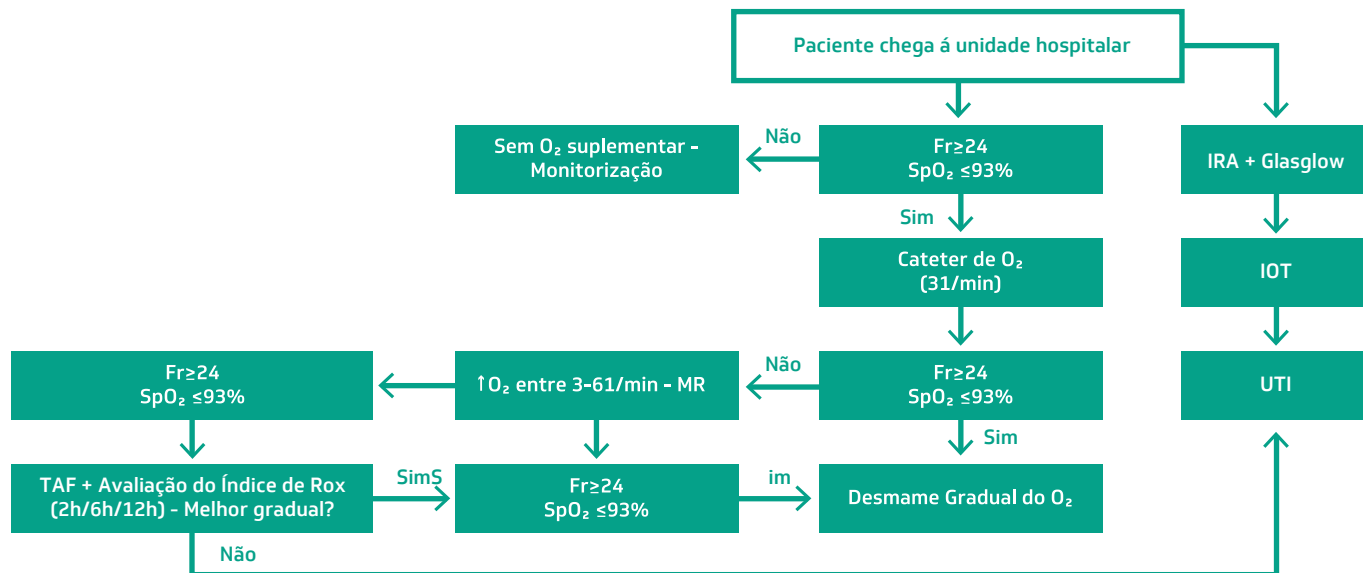
Um plano de contingência para a pandemia por SARS-Cov-2 foi traçado em um hospital público. Os primeiros casos confirmados na unidade foram em meados de fevereiro de 2020. Houve um aumento abrupto, os pacientes apresentavam um quadro de insuficiência respiratória aguda - IRA, evoluindo rapidamente para falência respiratória. A demanda por leitos aumentou significativamente. O plano tinha objetivo programar condutas e aperfeiçoar o atendimento. Visto a necessidade de oferecer uma assistência exclusiva para estes pacientes, foi definida a abertura de um novo setor de emergência.

Desta maneira, os usuários que buscaram atendimento, tiveram à disposição uma emergência exclusiva, onde seriam cuidados por uma equipe multidisciplinar.

Os pacientes que apresentavam quadro clínico suspeito de covid e necessidade de internação hospitalar, eram encaminhados para unidades específicas, fossem elas de baixa, média ou alta complexidade.

Após a avaliação e identificação dos principais agravos, era iniciado o tratamento farmacológico e não farmacológico. Quando identificado quadro de IRA, a conduta inicial era a implementação de oxigenoterapia com baixo fluxo, de acordo com as orientações do plano de contingência do hospital (Figura 1).

Figura 1 - Esquema de atendimento fisioterapêutico da Unidade Hospitalar na primeira onda da pandemia por Covid-19 no ano de 2020







Legenda - Fr = Frequência respiratória; IRA = Insuficiência respiratória aguda; ECG = Escala de coma de Glasgow; IOT = Intubação orotraqueal; MR = Máscara com reservatório de oxigênio; O₂ = Oxigênio; SpO₂ = Saturação de oxigênio; TAF = Terapia por alto fluxo de oxigênio; Índice ROX = [SpO₂/FiO₂]/FR

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Após a internação o paciente era submetido à realização de um exame de imagem. Poderia ser a radiografia de tórax ou a tomografia computadorizada. A avaliação dos exames, associado à clínica, permitiam analisar os agravos da doença. Além da anamnese, a inspeção à beira leito forneciam informações imprescindíveis para a conduta (Figura 2)

Figura 2 - Inspeção beira-leito do paciente com Covid-19

	Presença de taquipnéia, sudorese, batimento de asa de nariz, retração de fúrcula e musculatura intercostal;
	Alteração do nível de consciência
	Alterações dos sinais vitais: onde são comuns taquicardia, taquipneia e hipoxemia;
	Avaliação do padrão respiratório: Respiração paradoxal → indicativo de falência respiratória

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

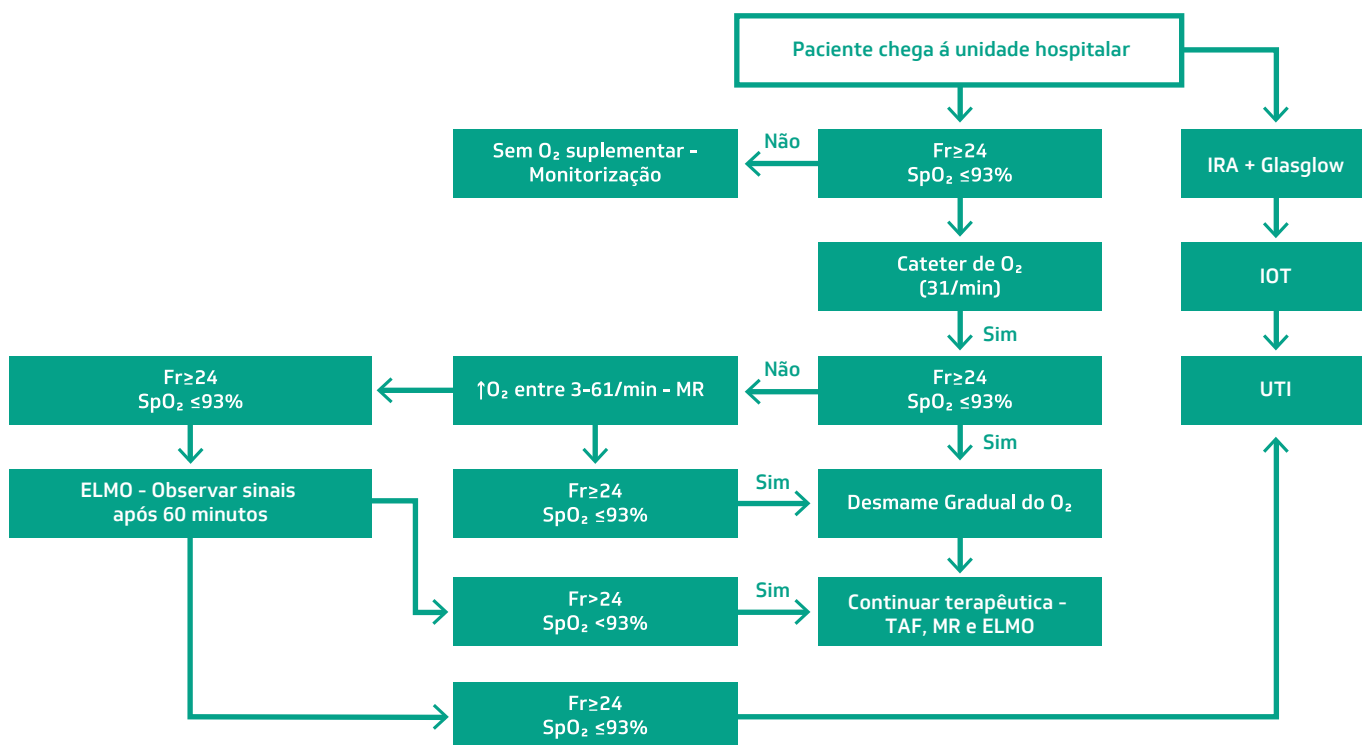
Diante desses achados, a oxigenoterapia era ajustada. Aqueles com quadro de IRA iminente e com rebaixamento do nível de consciência, evoluíram diretamente para a intubação orotraqueal.

Pacientes com boa resposta à oxigenoterapia de baixo fluxo seguiam utilizando até a correção dos sinais de insuficiência respiratória. Por outro lado, os que não apresentavam resposta satisfatória e seguiam com $FR > 24$ e $SpO_2 < 93\%$, eram tratados com máscaras não reinalantes com reservatório. Se não houvesse melhora no quadro clínico, seguia-se para o sistema de oxigenoterapia por cânula de alto fluxo - TAF. Os casos que respondiam de forma positiva à TAF, iniciavam

desmame quando oportuno. Quando havia falha da terapia, optava-se pela IOT.

No início de março de 2021, o estado do Ceará enfrentou uma nova onda de alta contaminação do SARS-Cov-2. A experiência dos profissionais adquirida no ano anterior, associadas às novas evidências científicas e o arsenal de dispositivos disponíveis, trouxeram otimização no atendimento e novos recursos terapêuticos (Figura 3). Protocolos de utilização de ventilação não invasiva foram desenvolvidos pela Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR), permitindo mudanças no protocolo hospitalar que até então era seguido.

Figura 3 - Esquema de atendimento fisioterapêutico da Unidade Hospitalar na segunda onda da pandemia por Covid-19 no ano de 2021



Legenda - Fr = Frequência respiratória; IRA = Insuficiência respiratória aguda; ECG = Escala de coma de Glasgow; IOT = Intubação orotraqueal; MR = Máscara com reservatório de oxigênio; O₂ = Oxigênio; SpO₂ = Saturação de oxigênio; TAF = Terapia por alto fluxo de oxigênio; Índice ROX = $[SpO_2/FiO_2]/FR$

Fonte: Dados da pesquisa [2023].

Embora tenha sido criado protocolo para a utilização de Ventilação Não-Invasiva - VNI no manejo da Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG por SARS-Cov-2, surgiu uma preocupação com a geração de aerossóis, com conseqüente contaminação dos profissionais. As orientações da ASSOBRAFIR determinavam que para a VNI ser utilizada, os locais teriam que dispor de enfermarias com pressão negativa. Todavia, a realidade não era essa. Devido a superlotação, não era possível adaptar quartos com isolamento para a realização da terapia. Portanto, optou-se por realizá-la dentro das possibilidades da infraestrutura hospitalar pública.

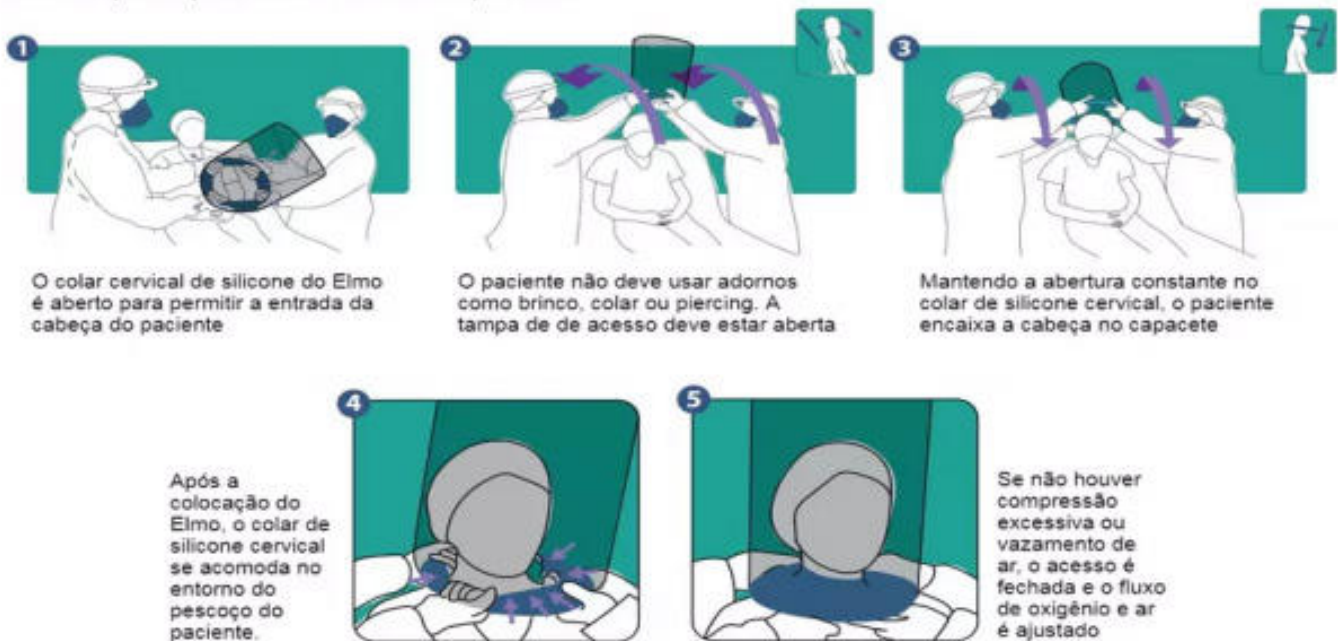
Um dos principais marcos do desenvolvimento de novas tecnologias para a assistência à saúde dos portadores da patologia supracitada, foi a chegada do capacete

ELMO CPAP. Era utilizado em quadros de IRA moderado e no início dos casos mais graves (Figura 4). Ao utilizá-lo, muitas intubações foram evitadas, de acordo com os dados obtidos na unidade de saúde, as intubações em 60%.

O Elmo passou a ser implementado para todos os pacientes que precisassem de oxigenoterapia com fluxo $> 3l/min$. As conseqüências positivas foram várias, principalmente, o fato que o paciente passou a ser melhor assistido e monitorado. Anteriormente, quando não havia boas respostas com o sistema de alto fluxo, já se seguia para a IOT. Todas as comorbidades associadas à intubação, puderam então, ser erradicadas em muitos pacientes que foram tratados com esta nova tecnologia.

Figura 4 - Passo a passo no uso do suporte ventilatório ELMO 1.0®

Passo a passo para instalar o Elmo no paciente



Fonte: Reprodução/Esmaltec (2021).

Outra mudança evidente que ocorreu, foi a quantidade de profissionais dentro da unidade. Houve a necessidade de mais fisioterapeutas, aumento do número de leitos, bem como, oferecimento de capacitações aos que estavam trabalhando. No início da pandemia, mesmo em áreas onde não havia casos de COVID, era proibida a entrada de acompanhantes e visitas, além de adiamento de cirurgias por fechamento do centro cirúrgico. Já na segunda onda, foi perceptível, até o presente momento, uma maior exposição de familiares. Apenas nas áreas COVID ficou vetado a presença de acompanhantes. O centro cirúrgico permaneceu aberto, recebendo pacientes com cirurgias eletivas.

Apesar dos benefícios observados na prática clínica com a utilização do Elmo, foi associado ao seu surgimento um crescente número de casos de pneumomediastino. Isto pode estar relacionado ao mau uso da terapia, visto que, alguns profissionais por falta de treinamento ofertaram valores de pressão positiva incompatíveis com o ideal, que seria de 10cmH₂O.

DISCUSSÃO

O número de casos de COVID-19 cresceu em uma rápida velocidade, a primeira onda de contaminação no Brasil iniciada no ano de 2020. Devido à alta taxa de transmissibilidade, os centros de saúde estavam despreparados para encarar a pandemia. O número de profissionais e recursos financeiros eram insuficientes. Especialistas afirmam que a segunda onda da doença se iniciou, ainda no ano de 2020, o que trouxe um aumento assustador no número de casos no início de 2021 (10). Desde o surgimento do Sars-cov-2 cientistas de todo o mundo têm demonstrado preocupação em relação ao desenvolvimento de variantes e mutações que venham apresentar maior grau de virulência e índice de transmissibilidade, bem como, ocasionar alterações clínico-epidemiológicas relevantes (11).

No final do ano de 2020 e início de 2021 foram identificadas três novas variantes, com maior índice de letalidade e transmissibilidade (12). Por sua vez, a principal variante brasileira identificada tratava-se da cepa brasileira P.2, portadora da mutação E484K. Foi identificada pela primeira vez em outubro de 2020. Já era a mais dominante entre as cepas sequenciadas em pacientes que apresentaram os sintomas no mês de novembro no Brasil. Estudos constatam que desde o início do surgimento das cepas P1 e P2 em outubro de 2020, em 4 meses elas já correspondem a 75% das cepas já sequenciadas no Brasil (12).

Analisando os dados de mortalidade, houve uma mudança no padrão de sexo e faixa etária, quando comparado a primeira e segunda onda. A taxa de mortalidade foi maior em mulheres entre 20 e 59 anos na primeira onda, e na segunda onda 20 a 39 e 40 a 59 anos. Porém os achados sugerem que o risco de óbito entre homens adultos de 20 e 39 e 40 a 59 anos na segunda onda foi mais que o dobro. Já entre os homens de 60 a 79 anos e maiores de 80 anos as taxas de mortalidade foram menores na segunda onda (12).

Em relação ao suporte para os pacientes que evoluem com acometimento do sistema respiratório, o Fisioterapeuta tem um papel essencial em diversas partes do tratamento intensivo, já que inserido na equipe multiprofissional, visa o tratamento das alterações funcionais causadas pela COVID-19, atuando intensivamente no manejo do suporte ventilatório e na desobstrução brônquica, com intuito de melhorar as trocas gasosas e facilitar o desmame da ventilação (12).

Quando analisado a diferença entre os protocolos de tratamento fisioterapêuticos utilizados entre 2020 e 2021, foi visto que em 2020, logo no início da pandemia, as informações acerca do tratamento dos pacientes

eram escassas, e com base nas orientações disponíveis, a ventilação não invasiva (VNI) foi pautada como possível recurso fisioterapêutico para o tratamento dos pacientes que evoluíram com insuficiência respiratória aguda (IRpA) [13].

Observou-se também, em um estudo realizado por Lazzeri [14], a recomendação do uso de máscara de Venturi e CPAP, devido a menor propagação viral e sua possível melhora na saturação de oxigênio do paciente. Outras terapias utilizadas, como a cânula nasal de alto fluxo, que alguns autores relatam que os seus benefícios incluem proporcionar melhora da saturação de oxigênio, diminuição da frequência respiratória, além da redução da chance de intubação [15].

A princípio, o manejo da insuficiência respiratória nos pacientes de COVID-19 foi bem desafiador, começando pela ventilação não invasiva, que tinha um risco de contaminação e eleva o risco de aerossolização, porém era uma excelente opção para evitar a intubação orotraqueal e suas complicações [16].

Estudos recentes coletados por meio de uma revisão sistemática, trouxeram o uso da máscara de Venturi, e na VNI, optou-se pela máscara fechada, além do uso de um filtro viral antes das válvulas expiratórias [19]. Tanto a cânula nasal de alto fluxo (CNAF), quanto a VNI, podem ser usadas quando há poucas disponibilidades de ventiladores mecânicos e antes que o paciente desencadeie uma insuficiência respiratória hipoxêmica grave [17]. De acordo com estudos recentes a CNAF, dentre as suas vantagens, está o recrutamento alveolar constante e atenuação do colapso das vias aéreas concedida pela pressão positiva e contínua das vias aéreas.

Em meio a uma grande procura de suportes ventilatórios, surgiu uma nova proposta, o capacete ELMO 1.0®, ele gera pressão positiva contínua nas vias aéreas por meio dos fluxos de oxigênio e ar comprimido. A pressão gerada ajuda na recuperação dos pulmões, mantendo uma oxigenação [18].

Como apresentado anteriormente na figura 1, iniciava-se o tratamento com cateter nasal de O₂ de baixo fluxo. No entanto, para os pacientes com quadro de insuficiência respiratória aguda iminente e com rebaixamento do nível de consciência, evoluíam diretamente para a intubação orotraqueal - IOT. Corroborando com um estudo realizado anteriormente onde era recomendado a utilização do cateter nasal de baixo fluxo sem necessidade de umidificação para limitar a produção de aerossóis no início da terapia [19].

Com base na análise e comparação dos fluxogramas intra-hospitalar de assistência propostos durante a primeira e segunda onda de Covid-19, pode-se destacar como a mudança mais expressiva a implementação do uso do capacete ELMO 1.0®. A terapia com o dispositivo foi inserida alterando a sequência de evolução para IOT anteriormente sugerida (ar ambiente - cateter nasal de O₂ - máscara reservatório - TAF - IOT) e conseqüentemente, devido a sua proposta, reduziu em cerca de 60% as taxas de intubação e superlotação em UTIs. A nova sequência de eventos (ar ambiente - cateter nasal de O₂ - ELMO 1.0® - IOT) inclui o uso

do capacete como modalidade de suplementação de O₂ pressão positiva de forma não invasiva e que pode ser utilizada de forma intermitente associada a outras terapias.

No que concerne às barreiras para utilização da VNI encontradas no início da pandemia, primeira onda, o uso do ELMO 1.0® proporcionou inovação e se sobrepôs às dificuldades inicialmente encontradas, o novo protocolo também traz a alteração na ordem de empregabilidade da máscara reservatório, que antes era utilizada após a falha na suplementação via CO₂, agora é utilizada após teste de 60 min com ELMO como tratamento associado, o mesmo ocorre com mostrando-se uma maneira eficiente de proporcionar assistência ventilatória não invasiva de qualidade e redução da necessidade de IOT. Recentemente, casos de Pneumomediastino estão sendo citados na literatura associados ao COVID-19. A causa em pacientes que estão sob o uso do ventilador mecânico geralmente é multifatorial. Pode ser associada ao barotrauma, pelo uso de alta pressão nas vias aéreas e valores elevados de volume corrente [20]. Esse equipamento tem o pode prevenir até 50% do índice de intubação em pacientes com Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA), vale ressaltar que o ELMO não tem o objetivo de resgate após falha na VNI, mas de atuar na sua prevenção.

Estima-se que, entre 30 minutos e 2 horas de tratamento tenha uma diminuição de dispneia, melhora da SpO₂, FIO₂ anterior, entre outros benefícios. Com uma terapêutica entre 6 e 12 horas de duração deve alcançar uma Gasometria arterial mostrando PaO₂/FIO₂ progressivamente melhor com pH e PaCO₂ estáveis sem piora do lactato arterial.

Apesar dos benefícios, deve-se atentar para algumas contraindicações do ELMO, entre elas: paciente desorientado, quadro de pneumotórax ou pneumomediastino, instabilidade hemodinâmica, uso de drogas vasoativas e acidose respiratória [21].

Na perspectiva de comparar a eficácia de um capacete e de uma máscara facial na prevenção de intubação endotraqueal, foi realizado ensaio clínico randomizado com 83 pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA). Os resultados mostram que a taxa de intubação no grupo da máscara facial foi de 61,5%, enquanto no grupo do capacete foi de 18,2%, p < 0.001 [22].

CONCLUSÃO

A experiência obtida na primeira onda de contaminação foi essencial para uma melhor preparação para a segunda. Observou-se a necessidade da interação entre a equipe multidisciplinar na tomada de decisões.

A utilização de novas tecnologias como o ELMO, além da padronização de uma metodologia nas condutas a serem aplicadas nos pacientes. A avaliação dos dados relacionados à diminuição de agravos pelo uso de novas terapêuticas pode significar aumento na sobrevivência dos doentes. Portanto, relatar o protocolo utilizado dentro dos hospitais e compará-los pode gerar trocas de conhecimento e potencializar avanços científicos dentro desta realidade.

REFERÊNCIAS

1. Kumari K, Sharma P, Lal R. Swine flu virus H1N1: a threat to human health. *Indian J Microbiol* [Internet]. 2009 [acesso em 5 jul 2023];49(2):201. doi: <https://doi.org/10.1007/s12088-009-0040-y>.
2. Tatmatsu-Rocha JC, Silva AKA, Costa LSM, Barros MCF, Silva MRL, Lima VG, et al. Uso de recursos multimidiáticos como estratégias terapêuticas e de monitoramento na atenção ao diabetes e suas complicações. In: Parisi MCR, Leite CRM, Rosa MFF, organizador(s). *Interdisciplinaridade no contexto das doenças dos pés no diabetes: tratamentos clínicos, políticas públicas e tecnologia em saúde* [Internet]. Mossoró: EDUERN; 2021 [acesso em 5 jul 2023]. p. 309-330. Disponível em: <https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2021/08/livro-interdisciplinaridade-pes-diabeticos.pdf>.
3. Colares PMC, Mesquita RB, Rodrigues G, Mendes LS. Biossegurança na assistência fisioterapêutica ao paciente com Covid-19. In: Batista MH, Diógenes SS, Barreira Filho EB, organizador(s). *Trabalho em tempos de Covid-19: orientações para a saúde e segurança* [Internet]. Fortaleza: Imprensa Universitária; 2020 [acesso em 5 jul 2023]. p. 246-253. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/53354/3/2020_liv_mhbatista.pdf.
4. Medeiros EAS. A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2020 [acesso em 5 jul 2023];33:e-EDT20200003. doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020EDT0003>.
5. Fortes A, Oliveira LD, Sousa GM. A COVID-19 na Baixada Fluminense: colapso e apreensão a partir da periferia metropolitana do Rio de Janeiro. *Espaço e Economia* [Internet]. 2020 [acesso em 5 jul 2023];(18):1-18. doi: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.13591>.
6. Marinelli NP, Albuquerque LPA, Sousa IDB, Batista FMA, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP. Evolução de indicadores e capacidade de atendimento no início da epidemia de COVID-19 no Nordeste do Brasil. 2020. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2020 [acesso em 5 jul 2023];29(3):e2020226. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300008>.
7. Soares DC, Cecagno D, Quadros LCM, Spagnolo LML, Cunha TN. Ações educativas para o combate ao COVID-19: relato de experiência. *Res Soc Dev* [Internet]. 2020 [acesso em 5 jul 2023];9(8):e324985207. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5207>.
8. Iser BPM, Sliva I, Raymundo VT, Poletto MB, Schuelter-Trevisol F, Bobinski F. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2020 [acesso em 5 jul 2023];29(3):e2020233. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300018>.
9. Holanda MA, Tomaz BS, Menezes DGA, Lino JA, Gomes GC. Desenvolvimento de um capacete para oferta de CPAP e oxigenoterapia com alto fluxo: ELMO 1.0. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2021 [acesso em 5 jul 2023];47(3):e20200590. doi: <https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20200590>.
10. Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, et al. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol* [Internet]. 2020 [acesso em 5 jul 2023];77(6):683-690. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.1127>.
11. Lu CW, Liu XF, Jia ZF. 2019-nCoV transmission through the ocular surface must not be ignored. *Lancet* [Internet]. 2020 [acesso em 5 jul 2023];395(10224):e39. doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30313-5](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30313-5).
12. Schujmann DS, Annoni R. Papel da fisioterapia no atendimento a pacientes com Covid-19 em unidades de terapia intensiva. *Fisioter Pesqui* [Internet]. 2021 [acesso em 5 jul 2023];27(3):218-219. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/00000027032020>.
13. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 [acesso em 5 jul 2023];382(22):2081-2090. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2008457>.
14. Lazzeri M, Lanza A, Bellini R, Bellofiore A, Cecchetto S, Colombo A, et al. Respiratory physiotherapy in patients with COVID-19 infection in acute setting: a Position Paper of the Italian Association of Respiratory Physiotherapists (ARIR). *Monaldi Arch Chest Dis* [Internet]. 2020 [acesso em 5 jul 2023];90(1):163-168. doi: <https://doi.org/10.4081/monaldi.2020.1285>.
15. Peñarrubia L, Ruiz M, Porco R, Rao SN, Juanola-Falgarona M, Manissero D, et al. Multiple assays in a real-time RT-PCR SARS-CoV-2 panel can mitigate the risk of loss of sensitivity by new genomic variants during the COVID-19 outbreak. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2020 [acesso em 5 jul 2023];97:225-229. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.06.027>.
16. Tegally H, Wilkinson E, Giovanetti M, Iranzadeh A, Fonseca V, Giandhari J, et al. Detection of a SARS-CoV-2 variant of concern in South Africa. *Nature* [Internet]. 2021 [acesso em 5 jul 2023];592(7854):438-443. doi: <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03402-9>.
17. Giovanetti M, Alcantara LCJ, Freitas ARR. Variantes emergentes do SARS-CoV-2 e suas implicações na saúde coletiva. *InterAm J Med Health* [Internet]. 2021 [acesso em 5 jul 2023];4:1-8. doi: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v4i.181>.
18. Ranzani OT, Bastos LS, Gelli JGM, Marchesi JF, Baião F, Hamacher S, et al. Characterisation of the first 250,000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *Lancet Respir Med* [Internet]. 2021 [acesso em 5 jul 2023];9(4):407-418. doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30560-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30560-9).
19. Cecchet IL, Lima MC, Souza IF. Fisioterapia respiratória no tratamento hospitalar da covid-19: uma revisão integrativa. *Rev Artigos Com* [Internet]. 2021 [acesso em 5 jul 2023];26:e6242. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/6242/4102>.
20. Furlanetto KC, Hernandez NA, Mesquista RB. Recursos e técnicas fisioterapêuticas que devem ser utilizadas com cautela ou evitadas em pacientes com COVID-19. *ASSOBRAFIR Ciência* [Internet]. 2020 [acesso em 5 jul 2023];11(Supl 1):93-100. doi: <https://doi.org/10.47066/2177-9333.AC20.covid19.009>.
21. Yan R, Zhang Y, Li Y, Xia L, Guo Y, Zhou Q. Structural basis for the recognition of SARS-CoV-2 by full-length human ACE2. *Science* [Internet]. 2020 [acesso em 5 jul 2023];367(6485):1444-1448. doi: <https://doi.org/10.1126/science.abb2762>.
22. Freitas ARR, Giovanetti M, Alcantara LCJ. Variantes emergentes do SARS-CoV-2 e suas implicações na saúde coletiva. *InterAm J Med Health* [Internet]. 2021 [acesso em 5 jul 2023];4:1-8. doi: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v4i.181>.

Uma breve reflexão sobre os princípios éticos fundamentais para uma prática segura de enfermagem

Brief reflection on fundamental ethical principles for safe nursing practice

Submetido: 29/12/2023 | Aprovado: 31/01/2024

José Erivelton de Souza Maciel Ferreira 

Mestre em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Secretaria da Saúde do Ceará (SESA), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Larissa Rodrigues Siqueira 

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Secretaria da Saúde do Ceará (SESA), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

RESUMO

A assistência à saúde compreende a relevância da bioética, que ao retomar uma abordagem de conflitos morais e éticos, é amparada em quatro princípios: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Surge a reflexão de que embora os princípios éticos sejam fundamentais para uma prática de enfermagem segura, a sua implementação plena ainda encontra obstáculos. Portanto, quais seriam as principais barreiras associadas à falta de conhecimento desses princípios que impedem sua ampla aplicação em todos os níveis de cuidado à saúde? Esse comunicado breve incita os profissionais dos diversos serviços de saúde a refletirem sobre a adoção plena dos princípios bioéticos fundamentais para uma prática assistencial segura. A atuação segura dos profissionais de enfermagem quanto às questões bioéticas deve ser construída desde a formação acadêmica com auxílio de programas de apoio aos estudantes a fim de desenvolver a competência ética. O estímulo também deve partir do ambiente de trabalho, por intermédio de capacitações, uma vez que estas configuram um dos fatores que predispoem ao enfermeiro desenvolver maior segurança. A constante atualização educativa, ainda, pode melhorar a comunicação desses profissionais. Quando já formados e inseridos no mercado de trabalho, os profissionais de enfermagem carecem de capacitação e apoio de gestão para que possam ser capazes de criar ambientes mais éticos, justos, compassivos e seguros para seus pacientes. Por tanto, o entendimento da aplicabilidade dos princípios bioéticos torna-se indispensável para concretizar a prestação de cuidados no ambiente de saúde.

Palavras-chave: bioética; segurança do paciente; cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Health care understands the relevance of bioethics, which, when resuming an approach to moral and ethical conflicts, is based on four principles: beneficence, non-maleficence, autonomy and justice. The reflection arises that although ethical principles are fundamental for the safe practice of nursing, their full implementation still faces obstacles. Therefore, what would be the main barriers associated with the lack of knowledge about these principles that prevent their broad application at all levels of health care? This brief statement encourages professionals from different health services to reflect on the full adoption of fundamental bioethical principles for the safe practice of care. The safe performance of nursing professionals regarding bioethical issues must be built since academic training with the help of student support programs, in order to develop ethical competence. Stimulation must also come from the work environment, through training, as this constitutes one of the factors that predispose nurses to develop greater security. Constant educational updating can also improve the communication of these professionals. Once trained and entering the job market, nursing professionals need training and management support so that they can create more ethical, fair, compassionate, and safe environments for their patients. Therefore, understanding the applicability of bioethical principles becomes essential to implement the provision of care in the healthcare environment.

Keywords: bioethics; patient safety; nursing care.

CONTEÚDO DA COMUNICAÇÃO

A ética, conceituada como um conjunto de valores morais de uma comunidade ou indivíduo e sendo influenciada pela época e a cultura, está fundamentada em valores que respeitam a individualidade das pessoas (1). No

campo dos cuidados de saúde não é diferente, visto que essa filosofia tem potencial de fortalecer vínculos entre profissionais e paciente, bem como o de impactar positivamente na qualidade de vida das pessoas são tratadas conforme os princípios da bioética (2).

A assistência à saúde compreende a relevância da bioética, que ao retomar uma abordagem de conflitos morais e éticos, é amparada em quatro princípios: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça (3). Esses princípios devem nortear o cuidado profissional, estando inseridos desde a assistência até a pesquisa científica, como assegurado pela Resolução 466/2012 (4).

Ainda relacionado ao ambiente de saúde, enaltece-se a importância da ética para a atuação da equipe multiprofissional, dando ênfase, entre esses, aos profissionais de enfermagem. Esses têm a responsabilidade de promover o cuidado e assegurar a execução dos princípios éticos, assim como orienta o Código de Ética em Enfermagem (5).

Diante do exposto, surge a reflexão de que embora os princípios éticos sejam fundamentais para uma prática de enfermagem segura, a sua implementação plena ainda encontra obstáculos. Portanto, quais seriam as principais barreiras associadas à falta de conhecimento desses princípios que impedem sua ampla aplicação em todos os níveis de cuidado à saúde? Esse comunicado breve incita os profissionais dos diversos serviços de saúde a refletirem sobre a adoção plena dos princípios bioéticos fundamentais para uma prática assistencial segura.

A implementação do tema Ética e Segurança do Paciente nos currículos de graduação em enfermagem ainda é um desafio a ser superado em diversas instituições de ensino superior do Brasil (6,7). Diante disso, percebe-se que esforços têm sido incessantemente empreendidos para promover a conscientização e a implementação de práticas seguras em benefício dos pacientes nos três níveis de atenção à saúde. Para isso, a parceria entre educadores, instituições de ensino e de gestores de saúde, bem como de profissionais de enfermagem pesquisadores do assunto, tem sido fundamental para o desenvolvimento de estratégias eficazes de ensino e capacitação a fim de consolidar uma prática segura de enfermagem (8).

A autonomia é vista como um princípio ético fundamental na prática profissional dos enfermeiros. Refere-se à capacidade dos indivíduos de tomar decisões informadas e exercer controle sobre sua própria vida e saúde. Na enfermagem, respeitar a autonomia dos pacientes é essencial para promover um cuidado centrado no indivíduo, baseado em suas preferências e necessidades (9).

A autonomia implica reconhecer e valorizar a capacidade dos pacientes de participar ativamente das decisões relacionadas à sua saúde. Ela não apenas fortalece a relação enfermeiro-paciente, mas também contribui para uma abordagem mais centrada no paciente e ética na prestação de cuidados de saúde (10). Os enfermeiros devem fornecer informações claras e objetivas, de forma compreensível, para que os pacientes possam tomar

decisões informadas. Isso envolve explicar os diferentes cursos de ação disponíveis, discutir os benefícios e riscos associados a cada procedimento e considerar os valores e preferências individuais do paciente.

Respeitar a autonomia também envolve garantir que os pacientes tenham o direito de recusar ou aceitar tratamentos e procedimentos, desde que estejam plenamente informados sobre as consequências de suas escolhas (11). Assim, é imperativo o respeito desses profissionais quanto as escolhas dos pacientes, mesmo quando há divergências entre o que a equipe recomenda e o desejo do assistido. Apesar disso, deve-se considerar que tais escolhas não violem princípios éticos mais abrangentes. Claramente, isso não exime tais profissionais quanto ao seu direito de tomar decisões clínicas e administrativas com base em seu conhecimento, experiência e julgamento profissional. Contudo, devem ser capazes de exercer sua autonomia sem comprometer a autonomia daqueles aos quais prestam cuidados.

A partir disso, questiona-se: até que ponto a autonomia do paciente é soberana? Há situações em que esse princípio pode ser "limitado", como em casos de emergência ou quando a saúde e a segurança do paciente ou coletividade estão em risco? Nestes casos, outros princípios éticos, como a beneficência e a não maleficência, devem ser resgatados a fim de garantir o melhor interesse do paciente, da coletividade e da saúde pública.

A beneficência é um princípio ético que se baseia na obrigação de promover o bem-estar dos pacientes e agir em seu benefício (12). Isso implica para os profissionais a tomada de atitudes e planejamento de ações que proporcionem a garantia de cuidados de qualidade, com base nas melhores evidências disponíveis, de modo a garantir que os pacientes assistidos recebam os benefícios máximos possíveis decorrentes da prática prescrita (12).

Na prática de enfermagem, a beneficência se manifesta de várias maneiras, a depender do cenário em que concretiza o cuidado. Os enfermeiros são responsáveis por avaliar, planejar e implementar cuidados que sejam apropriados e eficazes para cada paciente, individualmente. Isso inclui fornecer medicação adequada, realizar curativos apropriados, administrar terapias e intervenções necessárias, e monitorar de perto a resposta do paciente ao tratamento prescrito por eles ou outrem.

No âmbito dos cuidados prolongados ou de fim de vida, por exemplo, desempenham um papel fundamental no alívio da dor e do sofrimento dos pacientes, sem esquecer das demais áreas possíveis de reabilitação. Ainda, buscam fornecer conforto e suporte emocional, ouvindo atentamente as preocupações e necessidades de saúde, sociais e até mesmo espirituais. Para um melhor entendimento da aplicabilidade desse princípio na prática de enfermagem, é necessário que o profissional conheça a missão, os valores, objetivos e o perfil de pacientes do setor em que atua.

Outro aspecto importante da beneficência é a promoção da prevenção de doenças e a educação em saúde (13). Os enfermeiros têm a responsabilidade de

fornecer informações claras e acessíveis aos pacientes, capacitando-os a tomar decisões informadas sobre sua saúde (14). Isso envolve a orientação sobre hábitos de vida saudáveis, a importância da adesão ao tratamento prescrito e a prevenção de complicações (14). Lembre-se que essas atividades não estão restritas ao nível primário de saúde, afinal, os cuidadores na condição de acompanhantes e os profissionais dos estabelecimentos de saúde que não se enquadram na área hospitalar também devem ser alcançados.

Quando se fala em referências teóricas sobre beneficência na prática de enfermagem, é importante buscar artigos científicos que abordem esse tema em diferentes contextos, como cuidados primários, hospitalares, cuidados intensivos, cuidados paliativos, entre outros. A busca e a discussão em equipe desses artigos tem o potencial de modificar práticas viciosas e que podem ferir os princípios éticos e a própria segurança do paciente. Aprofundar a exploração de questões específicas relacionadas à beneficência na enfermagem, abordando temas como tomada de decisões éticas, dilemas morais e o papel dos enfermeiros na promoção do bem-estar do paciente são essenciais.

A justiça, por fim, é outro princípio ético fundamental na prática profissional dos enfermeiros. Ela se refere à obrigação de tratar todas as pessoas de forma equitativa, imparcial e com igualdade de oportunidades (15). Isso significa que os enfermeiros devem garantir que todos os indivíduos recebam cuidados de qualidade, independentemente de sua origem, status socioeconômico, gênero ou orientação sexual, etnia ou quaisquer outras características humanas. Diante disso, pontua-se, quais são os desafios que os enfermeiros encontram para a manutenção desse princípio e como agir para elucidá-los?

Alguns desses desafios, incluem: acesso desigual aos cuidados de saúde, especialmente em contextos em que há disparidades socioeconômicas, geográficas ou culturais; discriminação e preconceito; tomada de decisão éticas complexas que podem desafiar a capacidade dos enfermeiros de tomar decisões justas; limitações de recursos; dentre outros. Diante das ofensas e injúrias, por vezes percebidas na atual

conjuntura social, sobretudo no que concerne a diversidade cultural, religiosa e étnica, os enfermeiros devem estar atentos a preconceitos implícitos que possam praticar e garantir que suas próprias crenças e valores não influenciem negativamente no cuidado prestado.

Para enfrentar esses desafios e manter a justiça em sua prática diária, vê-se que os enfermeiros adotam várias abordagens: cobranças as esferas de governo e as próprias instituições de saúde quanto ao quantitativo de pessoal disponível e recursos materiais em prol do alcance dos princípios do Sistema Único de Saúde; educação e sensibilização, promovendo um ambiente mais justo e inclusivo; participação em comitês éticos e núcleos de segurança do paciente, contribuindo para a discussão e resolução de dilemas complexos; realização de treinamentos contínuos acerca da ética e questões de justiça na saúde; tomada de decisões éticas e ponderadas sobre a alocação de recursos escassos, garantindo que eles sejam distribuídos baseados nas necessidades locais.

A atuação segura dos profissionais de enfermagem quanto às questões bioéticas deve ser construída desde a formação acadêmica com auxílio de programas de apoio aos estudantes a fim de desenvolver a competência ética (16). O estímulo também deve partir do ambiente de trabalho, por intermédio de capacitações, uma vez que estas configuram um dos fatores que predispõem ao enfermeiro desenvolver maior segurança (17). A constante atualização educativa pode melhorar a comunicação desses profissionais, conscientizando-os sobre a responsabilidade acerca de suas ações (18).

Portanto, aprimorar a formação ética e a sua aplicabilidade no dia a dia da enfermagem desde o período de formação é fundamental para que se possa promover uma prática assistencial segura. Contudo, quando já formados e inseridos no mercado de trabalho, esses profissionais carecem de capacitação e apoio de gestão para que possam ser capazes de criar ambientes mais éticos, justos, compassivos e seguros para seus pacientes. O entendimento da aplicabilidade dos princípios bioéticos torna-se indispensável para concretizar a prestação de cuidados no ambiente de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Cremonese D. Ética e moral na Contemporaneidade. *Campos Neutrais Rev Latino-Americana Relações Internacionais* [Internet]. 2019 [acesso em 20 dez 2023];1(1):8-28. doi: <https://doi.org/10.14295/cn.v1i1.8618>.
2. Mao Y, Ning W, Zhang N, Xie T, Liu J, Lu Y, et al. The therapeutic relationship in China: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [acesso em 20 dez 2023];18(7):3460. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073460>.
3. De Roubaix JAM. Beneficence, non-maleficence, distributive justice and respect for patient autonomy: reconcilable ends in aesthetic surgery? *J Plast Reconstr Aesthet Surg* [Internet]. 2011 [acesso em 20 dez 2023];64(1):11-16. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2010.03.034>.
4. Siquelli SA, Sousa FR, Severino AJ, Peixoto P. Ética em pesquisa de educação e integridade acadêmica. *Horizontes* [Internet]. 2023 [acesso em 20 dez 2023];41(1):e023059. doi: <https://doi.org/10.24933/horizontes.v41i1.1768>.
5. Silva AV, Amorim RF, Sousa AR. Cenário socio-histórico do código de ética, direitos e deveres do profissional de enfermagem no Brasil. *REVISIA* [Internet]. 2020 [acesso em 20 dez 2023];9(3):369-374. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1122560>.

6. Uchôa FIA, Alves JG, Arnaldo SM, Meneses JCBC, Carvalho REFL, Mendonça GUG. Perception of professors regarding the teaching of patient safety in nursing graduation. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2023 [acesso em 22 dez 2023];12(1):202374. doi: <https://doi.org/10.18554/reas.v12i1.6115>.
7. Muniz MV, Avelar NFD, Azevedo FM Filho, Rodrigues MCS. Segurança do paciente: um desafio na formação de enfermeiros. *REAS* [Internet]. 2023 [citado em 22 dez 2023];23(5):e12635. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e12635.2023>.
8. Bellato R, Araújo LFS. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [acesso 23 dez 2023];27(10):2074-5. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000024>.
9. Dimitriadou M, Merkouris A, Charalambous A, Lemonidou C, Papastavrou E. The knowledge about patient safety among undergraduate nurse students in Cyprus and Greece: a comparative study. *BMC Nurs* [Internet]. 2021 [acesso 23 dez 2023];20(1):110. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00610-6>.
10. Lima AMN, Martins MMFS, Ferreira MSM, Schoeller SD, Parola VSO. O conceito multidimensional de autonomia: uma análise conceptual recorrendo a uma scoping review. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2021 [acesso 23 dez 2023];5(7):e20113. doi: <https://doi.org/10.12707/RV20113>.
11. Minahim MA. A autonomia na relação médico-paciente: breves considerações. *Cad Ibero Am Direito Sanit* [Internet]. 2020 [acesso em 26 dez 2023];9(1):85-95. doi: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.601>
12. Vieira LTQ, Prado LHC, Almeida JP, Rocha ME, Saidah TK. A Beneficência como pilar da Bioética. *Rev Bioet Cremego* [Internet]. 2020 [acesso em 26 dez 2023];2(1):40-46. Disponível em: <https://revistabioetica.cremego.org.br/cremego/article/view/26/8>.
13. Vasconcelos SC, Frazão IS, Ramos VP. Grupo terapêutico educação em saúde: subsídios para a promoção do autocuidado de usuários de substâncias psicoativas. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 27 dez 2023];17(3):498-505. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i3.25961>.
14. Dees ML, Carpenter JS, Longtin K. Communication between registered nurses and family members of intensive care unit patients. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2022 [acesso em 27 dez 2023];42(6):25-34. doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2022913>.
15. Brito L, Santos RL, Rego S. Solidarity, citizenship and social justice: perceptions of social actors about public responses to COVID-19. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2022 [acesso em 27 dez 2023];27(11):4117-4124. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022711.19062021>.
16. Albert JS, Younas A, Sana S. Nursing students' ethical dilemmas regarding patient care: an integrative review. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2020 [acesso em 27 dez 2023];88:104389. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104389>.
17. Silva LS, Menezes C, Montenegro LC, Oliveira PP, Viegas SMF. Segurança do profissional e problemas éticos e bioéticos no cotidiano da atenção primária: vivências de enfermeiros. *Rev Latinoam Bioét* [Internet]. 2020 [acesso em 27 dez 2023];20(2):103-120. doi: <https://doi.org/10.18359/r/bi.4906>.
18. Nora CRD, Junges JR. Patient safety and ethical aspects: scoping review. *Rev Bioét* [Internet]. 2021 [acesso em 27 dez 2023];29(2):304-316. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292468>.

Round multiprofissional na Clínica Médica: estratégica para a construção de um cuidado integral ao paciente

Multiprofessional round in the medical clinic: strategy for building comprehensive patient care

Submetido: 31/08/2023 | Aprovado: 29/01/2024

Helena Gomes Vieira 

Especialização em Residência em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Camila da Costa Brasil Brasileiro 

Mestrado de Serviço Social, Trabalho e Questão Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Eberson de Alcantara Cruz 

Clínica Médica e Medicina Interna, Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

RESUMO

Esta exposição tem por objetivo discorrer sobre a prática do round multiprofissional na Clínica Médica do Hospital Geral de Fortaleza. Trata-se de uma breve explanação decorrente das vivências da equipe de saúde na referida unidade hospitalar. O round é uma importante ferramenta na garantia da integralidade no cuidado ao paciente e traz diversos benefícios na assistência à saúde.

Palavras-chave: clínica médica; equipe multiprofissional; integralidade.

ABSTRACT

This exhibition aims to discuss the practice of the multidisciplinary round at the Medical Clinic of the General Hospital of Fortaleza. This is a brief explanation resulting from the experiences of the healthcare team in the aforementioned hospital unit. The round is an important tool in ensuring comprehensive patient care and brings several benefits to health care.

Keywords: medical clinic; multidisciplinary team; completeness.

CONTEÚDO DA COMUNICAÇÃO

O round multiprofissional é uma estratégia organizacional, utilizada em muitos hospitais, que busca construir uma atenção mais integral e humanizada do cuidado, consoante com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Consistem em encontros sistematizados entre profissionais de saúde, que analisam a condição, o progresso clínico, os cuidados, tratamento e condutas

para o paciente. O objetivo desta ferramenta é planejar a assistência e a alta segura, de forma humanizada e individualizada (1).

A qualidade dos serviços de saúde está intrinsecamente relacionada à segurança que as instituições proporcionam aos seus pacientes e isto tem representado um desafio para os profissionais. Na busca constante por segurança e para a minimização de danos aos pacientes, avanços têm sido percebidos por gestores e trabalhadores da saúde. Entretanto, a despeito desses avanços, uma das maiores dificuldades tem sido a falta de comunicação durante o percurso de cuidado dos pacientes nas instituições de saúde, ocasionando situações adversas, o que demanda soluções com mudanças processuais e novas tecnologias (1,2).

Nesse sentido, os rounds multiprofissionais são pensados e estruturados como recursos que podem favorecer a comunicação entre membros da equipe, “pois podem reduzir o tempo de permanência do paciente no hospital e melhorar indicadores de qualidade”, garantindo a segurança no cuidado prestado a pacientes”. Embora os rounds tenham sido originalmente implementados como uma estratégia de educar estudantes de medicina, atualmente sua utilização visa apoiar a prática clínica. Nos rounds o processo de comunicação entre a equipe multiprofissional tem como sujeito central o paciente e as prioridades são definidas em conjunto (2).

No âmbito da Clínica Médica do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), os rounds multiprofissionais foram implementados, de forma estruturada, em 2019, realizado em sala de reunião, com a participação de pelo menos um representante de cada categoria profissional. Em 2022 os rounds passaram a ser beira leito.

Durante os rounds, a equipe visita o leito de cada paciente e discute sua condição clínica, alinha as condutas e cuidados e elenca as pendências para alta hospitalar. A escolha pelos rounds ocorrerem a beira leito decorre tanto da possibilidade dos pacientes/familiares participarem deste processo como sujeitos ativos no processo de cuidado, como também da possibilidade dos profissionais fazerem contato visual com o paciente, analisando melhor sua condição clínica e identificando, muitas vezes, demandas imediatas que não poderiam ser visualizadas se o round não ocorresse a beira leito.

Os rounds ocorrem semanalmente na Clínica Médica, às terças e sextas-feiras pela manhã e contam com a participação da equipe multiprofissional, a saber: médicos; equipe de enfermagem; nutricionistas; fisioterapeutas; psicólogos; assistentes sociais; farmacêuticos; terapeutas ocupacionais; fonoaudiólogo e núcleo interno de regulação (NIR).

Ademais, os pacientes e/ou familiares também têm oportunidade de participar deste momento.

Podemos associar o momento do round à uma possibilidade de realizar o planejamento de um projeto terapêutico dos pacientes de casos mais complexos e que necessitam de uma maior atenção da equipe assistencial. Temos na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) uma forma de propiciar a atuação integrada da equipe assistencial, valorizando outros aspectos além do diagnóstico e das medicações necessárias. Na realização dos rounds multiprofissionais, nos beneficiamos de momentos de reunião da equipe assistencial, em que todas as opiniões e condutas são validadas para ajudar a compreender o sujeito de maneira integral e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações (3).

Figura 1 - Estrutura da Equipe Multiprofissional da Clínica Médica



Fonte: Autoria própria (2023).

Figura 2 - Equipe da ala E em round multiprofissional beira leito



Fonte: Autoria própria (2023).

A equipe conta ainda com duas ferramentas que complementam e otimizam os rounds, são elas: grupo de mensagens instantâneas da Clínica Médica no aplicativo WhatsApp e a planilha round. O primeiro recurso é utilizado diariamente pela equipe com o intuito de realizar uma comunicação mais rápida e de fácil acesso, que abrange toda a equipe, principalmente no que tange à solução de dúvidas e demandas do cotidiano. Além disso, após a realização dos rounds, os encaminhamentos e pendências de cada paciente são postados neste aplicativo, a fim de garantir que as deliberações e informações estabelecidas sejam de conhecimento de todos os profissionais, principalmente daqueles que não estiveram presentes durante as visitas à beira leito. Ressalta-se ainda, o uso cauteloso deste aplicativo no que diz respeito a manutenção do sigilo nas informações dos pacientes, os quais têm seus nomes preservados, sendo informados apenas os leitos e colocados as informações estritamente necessárias para conhecimento da equipe.

O outro recurso utilizado é a planilha round, localizada no drive, com acesso para todos os profissionais da clínica médica. A planilha contém uma aba específica para cada categoria profissional, que deve preencher e atualizar diariamente. Esta planilha possibilita uma visão panorâmica e integral do paciente, uma vez que os profissionais, dentro das suas especificidades, colocam informações pertinentes para o conhecimento da equipe.

A relação entre rounds e a melhora na assistência e cuidado aos pacientes foi apresentada por diversos estudos que constataram benefícios, como diminuição do tempo de internação e de mortalidade, melhora na comunicação entre os profissionais e humanização do cuidado (1,2).

Na unidade de Clínica Médica do HGF, os efeitos positivos do round são percebidos empiricamente pela equipe, entre eles, destaca-se: uma comunicação mais ágil, efetiva e assertiva entre a equipe, visto que as informações que dizem respeito ao cuidado prestado ao paciente são compartilhadas e discutidas coletivamente, envolvendo os diversos profissionais, assim como alunos que rodam pelo serviço e contribuem positivamente com a assistência; possibilidade de prevenir e antecipar problemas futuros; maior participação do paciente e família, na discussão do cuidado, aprimorando a qualidade da assistência; maior organização e integração entre a equipe; otimização do fluxo da assistência e tempo de internação do paciente; coerência nas condutas e cuidado mais seguro ao paciente.

Apesar das contribuições efetivas que o round traz, esta estratégia ainda é um desafio para a assistência à saúde e possui alguns pontos a serem trabalhados e aperfeiçoados. Como perspectiva futura de melhorias, pontua-se: o espaço físico que é limitado, visto que as enfermarias são coletivas; além disso, por ser visita a beira leito, durante os rounds é preciso lidar com as adversidades da rotina hospitalar; assim como a recepção dos pacientes e familiares, que por vezes podem desestabilizar-se emocionalmente a partir de uma escuta inesperada e/ou incompreendida; e aprimorar o espaço de escuta e partilha entre os profissionais, visto que é um momento de troca e é preciso proporcionar um ambiente para que todos tenham direito à voz e à

dar sua contribuição. A ideia é seguir na tentativa, entre acertos e erros, mas sempre na intenção de proporcionar um cuidado de excelência aos que passam pelo processo de hospitalização.

REFERÊNCIAS

1. Maran E, Matsuda LM, Cavalcanti AB, Magalhães AMM, Marcon SS, Haddad MCFL, et al. Efeitos de rounds multidisciplinares e checklist em Unidade de Terapia Intensiva: estudo de método misto. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022 [acesso em 27 jun 2023];75(3):e20210934. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0934pt>.
2. Guzinski C, Lopes ANM, Flor J, Migliavaca J, Tortato C, Dal Pai D. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [acesso em 27 jun 2023];40(esp): e20180353. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180353>.
3. Ministério da Saúde (BR). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Percepção dos pacientes com esclerose múltipla e sintomatologia de fadiga: orientações quanto ao desempenho ocupacional

Perception of patients with multiple sclerosis and fatigue symptomatology: guidelines on occupational performance

Submetido: 29/08/2023 | Aprovado: 29/01/2024

Emanuela Ribeiro Lima Dantas 

Especialização na modalidade de Residência Multiprofissional em Neurologista e Neurocirurgia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), Casa Florescer Terapias Integradas

Waleska Nunes de Albuquerque 

Doutorado em Saúde Pública pela Universidad Internacional Tres Fronteras (UNINTER), Secretaria da Saúde do Ceará (SESA/CE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Angela Maria Costa de Sá 

Especialização em Oncologia pela FIC, Secretaria da Saúde do Ceará (SESA/CE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Melyssa Brandão Mota Gonçalves 

Especialista em Neuropsicologia pela Faculdade Christus (UNICHRISTUS), Secretaria da Saúde do Ceará (SESA/CE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

O artigo não está sendo avaliado para publicação por outra revista. Trata-se de um artigo original e inédito de uma pesquisa envolvendo seres humanos, a qual cumpre os princípios éticos vigentes na resolução 466/12 e foi desenvolvida após obtenção do parecer do CEP sob o nº 1.702.784.

RESUMO

Introdução: A Esclerose Múltipla (EM) consiste em uma doença autoimune degenerativa, crônica, desmielinizante e inflamatória do Sistema Nervoso Central. A fadiga é o sintoma mais comum e debilitante. A Terapia Ocupacional preocupa-se com a promoção da saúde e qualidade de vida, intervindo para capacitar o sujeito a participar das atividades do cotidiano. **Objetivo:** Compreender as percepções dos pacientes com Esclerose Múltipla e sintomatologia de fadiga diante das orientações terapêuticas ocupacionais. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e de campo. Participaram dez sujeitos com diagnóstico de EM e sintomatologia de fadiga. O cenário do estudo foi o ambulatório de doenças desmielinizantes do Hospital Geral de Fortaleza. Utilizou-se o instrumento: entrevista semiestruturada. Para análise das informações, foi eleito o Método de Interpretação dos Sentidos. **Resultados e Discussão:** A construção das categorias temáticas foi intitulada em: Percepção dos pacientes quanto às orientações sistemáticas para melhor qualidade de vida e Adaptação do cotidiano quanto ao desempenho ocupacional no processo de adoecimento. O perfil sociodemográfico e clínico dos participantes foram: 80% mulheres; com faixa etária de 25 à 56 anos; maioria com ensino médio completo; 60% exercem função de trabalho; 80% possui até 10 anos de conhecimento da

doença; a média da Escala Modificada do Impacto da Fadiga foi 52,1; a pontuação do Escala Expandida do Estado de Incapacidade variou 0,0 à 6,0. **Considerações finais:** Considera-se que é competência do terapeuta ocupacional realizar orientações personalizadas às capacidades, limitações e necessidades da pessoa diante as adversidades, mostrando-se interveniente na equipe multiprofissional.

Palavras-chave: terapia ocupacional; esclerose múltipla; promoção da saúde; educação em saúde; fadiga.

ABSTRACT

Introduction: Multiple Sclerosis (MS) consists of a degenerative, chronic and inflammatory autoimmune disease of the Central Nervous System. Fatigue is the most common and debilitating symptom. Occupational Therapy is concerned with the promotion of health, intervening to enable the subject to participate in everyday activities. **Objective:** To understand the perceptions of patients with MS and fatigue symptomatology before occupational therapy guidelines. **Methodology:** This is a qualitative, descriptive and field research. Ten subjects with MS diagnosis and fatigue symptomatology participated this search. The study scenario was the outpatient clinic of demyelinating diseases of the General Hospital of Fortaleza. The

instrument was used: semi-structured interview. For the analysis of the information, was chosen the Method of Interpretation of Senses. Results and Discussion: The construction of the thematic categories: Perception of patients regarding the systematic orientations for better quality of life and adaptation of daily life regarding occupational performance in the process of illness. The sociodemographic and clinical profile of the participants were: 80% women; with ages ranging from 25 to 56 years; majority with complete secondary education; 60% perform work duties; 80% have up to 10 years of knowledge of the disease; the mean of the Modified Fatigue Impact Scale was 52.1; the Scale of Expanded Disability Status ranged from 0.0 to 6.0. Final Considerations: It is considered that it is the competence of the occupational therapist to make personalized orientations to the capacities, limitations and needs of the person in the face of adversity, being an actor in the multiprofessional team.

Keywords: occupational therapy; multiple sclerosis; health promotion; health education; fatigue.

INTRODUÇÃO

A Esclerose Múltipla (EM) consiste em uma doença autoimune degenerativa, crônica, desmielinizante e inflamatória do Sistema Nervoso Central (SNC). Sua etiologia não é definida, mas sabe-se que há influência de fatores ambientais e genéticos e há maior incidência entre adultos jovens, do sexo feminino (1,2).

Encontra-se estudo que aponta o efeito pró-inflamatório dos fatores ambientais modificáveis, ou seja, mudanças no estilo de vida como tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, obesidade, dentre outros (3).

Quanto aos dados epidemiológicos, observa-se baixa prevalência na América do Sul, quando comparada ao hemisfério norte, embora possa variar de 1,48 à 17 por 100.000 habitantes. No Brasil, as regiões sul e sudeste detêm maior prevalência. Já no nordeste, a incidência diminui (1,4).

A EM acarreta quadro clínico com sintomatologia diversa, déficits neurológicos e distúrbios sensoriais que podem tornar-se incapacitantes. Sintomas comuns de ordem sensorial; seguidos de sintomas motores; cognitivos e, ainda, disfunção sexual (2,5).

Reconhecida como ciência de reabilitação da saúde, a Terapia Ocupacional pode contribuir na assistência aos indivíduos acometidos pela EM, visando a melhora no Desempenho Ocupacional e consequente independência funcional na vida diária (6).

Percebendo as possibilidades para a intervenção terapêutica ocupacional, despertou o questionamento: Qual a percepção dos pacientes com Esclerose Múltipla quanto às orientações terapêuticas ocupacionais referentes à fadiga?

METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma pesquisa descritiva, de campo e com abordagem qualitativa, com o objetivo de compreender as percepções dos pacientes com

Esclerose Múltipla (EM) e sintomatologia de fadiga diante das orientações terapêuticas ocupacionais. Contudo, alguns dados receberam tratamento estatístico, pois teve-se, ainda, como finalidade, caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes identificados, o que possibilitará o melhor conhecimento da clientela assistida.

O cenário do estudo foi o ambulatório de doenças neurológicas desmielinizantes do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Trata-se de um hospital público de alta complexidade e referência em neurologia e neurocirurgia. Localizado no município de Fortaleza, Ceará, integra a rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (7).

Iniciou-se a pesquisa no final do mês de setembro de 2016, após obtenção do parecer positivo, datado em 30 de agosto de 2016, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), localizado na Rua Avila Goular, nº 900, no bairro Papicu em Fortaleza, Ceará, sob o número 1.702.784.

Como critérios de inclusão, participaram do estudo, os sujeitos atendidos no ambulatório de doenças neurológicas desmielinizantes, que possuíam diagnóstico de Esclerose Múltipla (EM) e sintomatologia de fadiga afetando as tarefas do dia-a-dia e, ainda, que desejaram participarem da pesquisa.

Como procedimento, realizou-se a aplicação da Escala Modificada do Impacto da Fadiga (MFIS), a qual é utilizada cotidianamente neste serviço. O impacto da fadiga foi correlacionado com o grau de incapacidade na EM obtido na Escala Expandida do Estado de Incapacidade (EDSS) de Kurtzke, também realizada como rotina pelo profissional médico ou neurologista. Este escore estava descrito em todos os prontuários dos pacientes, exceto em um. Quanto aos critérios de exclusão, foram os pacientes com EM que não demonstraram impacto relevante desta sintomatologia em seu fazer cotidiano e aqueles que não obtiveram condições clínicas que possibilitasse sua participação na pesquisa.

O método utilizado para seleção dos participantes do estudo foi a amostragem intencional, fundamentado na crença de que o conhecimento dos pesquisadores sobre a população pode ser usado para selecionar os membros da amostra.

O período de coleta das informações foi do dia 28/09/2016 à 07/12/2016.

Como instrumento de obtenção das informações aplicou-se a entrevista do tipo semiestruturado.

Ressalta-se que as exigências estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde no Brasil, ou seja, na Resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos foram rigorosamente obedecidas.

Para proceder com a organização e posterior análise das informações obtidas mediante aplicação do instrumento de coleta da pesquisa, elegeu-se o Método de Interpretação dos Sentidos. Este método foi um desdobramento da tradicional Análise de Conteúdo de Bardin(8) desbravada e utilizada em larga escala nos estudos qualitativos.

RESULTADO E DISCUSSÕES

Caracterização dos sujeitos da pesquisa: perfil sociodemográfico

Os participantes da pesquisa consistiram-se em dez pessoas com diagnóstico de EM e sintomatologia de fadiga, apresentando escore superior à 38 na Escala MFIS. Destes, 80% foram do sexo feminino, com faixa etária de 25 à 56 anos, escolaridade com variação de ensino fundamental à superior, com maior prevalência de indivíduos com ensino médio completo. Denota-se grande variabilidade relativa à classe social, obtendo que 40% pertence à categoria “D” (renda familiar entre 4 e 10 salários mínimos), 30% à classe social “C” (2 à 4 salários mínimos), 20% à “B” (de 10 à 20 salários mínimos) e apenas 10% à “E” (até 2 salários mínimos). Os dados podem ser visualizados mediante o quadro 1.

Quanto à ocupação, 60% dos entrevistados exercem ativamente função de trabalho remunerado, 10% exercem de forma não remunerada (dona de casa), 20% são estudantes de ensino superior, sendo que um deles já trabalha e 20% não realizam atividades de trabalho devido ao processo de adoecimento.

Os achados sociodemográfico foram semelhantes aos estudos encontrados na literatura. Em consonância outros autores também apontam que a faixa etária de pacientes acometidos pela EM é de adultos jovens, em idade produtiva e que há maior prevalência da patologia em pessoas do sexo feminino (9,10,11,12).

Quadro 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa

Part	Sexo	Idade	Estado Civil	Classe Social	Cidade	Escolaridade	Prfissão
P1	Fem.	25	Solteira	C	Fortaleza	Superior Inc.	Estudante
P2	Mas.	35	Solteiro	D	Fortaleza	Superior	Analista de Suporte
P3	Fem.	45	Solteira		Fortaleza	Ensino Médio	Admnistradora não atuante
P4	Mas.	30	Solteiro	C	Fortalea	Superior Inc.	Estagiário de Advocacia
P5	Fem.	53	Divorciada	E	Apuiarés	Ensino Médio	Dona de Casa
P6	Fem.	56	Casada	B	Pacatuba	Ensino Médio	Empresária
P7	Fem.	53	Divorciada	C	Fortaleza	Ensino Médio	Advogada
P8	Fem.	37	Casada	B	Fortaleza	Superior	Advogada
P9	Fem.	37	Solteira	D	Fortaleza	Ensino Fundamental	Autônoma
P10	Fem.	40	Casada	C	Pacajus	Ensino Médio	Analista de Atendimentos

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Caracterização dos sujeitos da pesquisa: perfil clínico

A partir do quadro 2, expõe-se aspectos clínicos dos participantes da pesquisa. Identificou-se que o tempo de diagnóstico variou de 1 ano e 6 meses à 29 anos, sendo a média de 6 anos e 7 meses, onde 80% possui até 10 anos de conhecimento da doença. Já quanto às características do primeiro surto, 50% referiram redução na sensibilidade tátil (hipoestesia), 50% relataram queixa motora e 50% apresentaram queixa visual. Em relação aos déficits atuais, 50% referem queixa motora e alteração na sensibilidade em igual proporção, 20% apresenta queixa visual, 20% urinária e 10% intestinal. No estudo de Geraldo (10) quanto à sintomatologia referida pelos participantes identificou-se que 18,5% relacionam o desequilíbrio, 11,1% a locomoção e 7,4% alteração da sensibilidade. A autora complementa que

as queixas sensoriais são referidas como aquelas que influenciam negativamente os resultados em tarefas sensório-motoras.

Cunha (12) afirma que a maioria desses sintomas podem ser transitórios, mas também podem ser progressivos, daí a importância das avaliações e acompanhamentos periodicamente estabelecidos.

Quanto à Escala Modificada do Impacto da Fadiga (MFIS), variou de 40 à 70 escores, sendo a média de 52,1, a qual pode ser equiparada ao estudo de Azevedo (13) que revelou um valor médio de 42,01.

A MFIS trata-se de um questionário de autorrelato, multidimensional, composto por 21 itens, subdivididos nos domínios: físico (10 itens), cognitivo (9) e

psicossocial (2), que são pontuados de 0 a 4, totalizando 84 pontos. Para sua interpretação entende-se que valores inferiores a 38 configuram ausência de fadiga e enquanto valores iguais ou superiores são sugestivos de fadiga, quanto maior o escore, mais alto o nível da fadiga (13).

Já a Escala Expandida do Estado de Incapacidade (EDSS) variou da pontuação 0,0 à 6,0, tendo média de 2,0 escores. A EDSS é um dos principais instrumentos para avaliar o impacto da EM na vida do paciente acometido. É um instrumento simples, aplicado pelo neurologista mediante avaliação dos sinais e sintomas observados através de oito sistemas funcionais: piramidal, cerebelo, tronco encefálico, sensorial, intestinal, urinário, visual

e cerebrais, cada um varia de 0 à 5 ou 6, configurando variação total de 0,0 (exame neurológico normal) à 10,00 (morte) (14). Pimentel e Toldrá (10) esclarecem que de 0,0 a 5,0, corresponde a nenhuma incapacidade até incapacidades moderadas, as quais afetam as atividades diárias.

Quanto à forma clínica 90% dos pacientes possuem definição e 100% foram diagnosticados com a forma recorrente-remitente (RR) ou surto-remissão, a qual é dita como mais frequente, cerca de 85% dos casos registrados, embora Cunha(12) tenha encontrado em 60% dos participantes de sua pesquisa, mostrando que o percentual não foi tão significativo quanto ao presente estudo.

Quadro 2 - Perfil clínico dos participantes da pesquisa

Part	Tempo do Diag.	Caract. do 1º surto	MIFS	Comorbid.	Déficits Atuais	EDSS	Medicação atual
P1	9 anos e 6 meses	Hipoestesia e paresia à E	61	Depressão	RR	3,0	Copaxane, Amitril e Pristiq
P2	1 ano e 6 meses	Ataxia e diplopia	45	-	Não definida	0,0	Rebif 44
P3	Cerca de 29 anos	Hipoestesia em MDE	40	-	RR	6,0	Copaxone, sertraline e alprazolam
P4	3 anos e 10 meses	Desequilíbrio e fraqueza muscular	52	-	RR	2,5	Tysabri
P5	6 anos e 8 meses	Tontura, visão turva e hipoestesia	43	Fibromialgia	RR	2,0	Tysabri
P6	3 anos	Diplopia	46	HAS	RR	0,0	Oprazon
P7	1 ano e 8 meses	Neuromielite-optica	61	-	RR	Dado não consta	Interferon
P8	9 anos e 10 meses	Visão turva	52	Gastrite	RR	1,5	Tysabri
P9	1 ano e 2 meses	Hipoestesia e paresia em MMII	51	Tireóide de Hashimoto	RR	3,5	Gabapentina
P10	4 anos e 9 meses	Hipoestesia e hemiparesia à E	70	-	RR	3,5	Venlafazina, bupropiona

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Percepções no que se refere às orientações quanto ao Desempenho Ocupacional em pacientes com Esclerose Múltipla e sintomatologia de fadiga

Utilizando-se dos princípios (itens norteadores) do instrumento: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), identificaram-se as áreas do desempenho ocupacional e respectivos aspectos apontados como importantes e havendo comprometimentos em sua realização devido ao sintoma da fadiga. Portanto, a partir do Método de Interpretação dos Sentidos emergiram as categorias temáticas.

Percepção dos pacientes quanto às orientações sistemáticas para melhor qualidade de vida

Nesta categoria temática veio à tona a percepção dos pacientes no que se refere às orientações sistemáticas realizadas para melhora do desempenho ocupacional.

Souza e colaboradores (15) já confirmavam que a educação em saúde é um dispositivo que viabiliza a promoção da saúde, colaborando para a qualidade de vida da população mediante o favorecimento da participação das pessoas como protagonistas das transformações sociais que demandam. Neste aspecto, há consenso sobre a comunicação como ferramenta essencial para construir conhecimento e favorecer os bons resultados quanto aos procedimentos e melhoria da qualidade de vida (16).

Contudo, as orientações são designadas como prática de educação em saúde, a qual é compreendida, de acordo com Falkenberg e colaboradores (17) como pertencente ao processo de trabalho em saúde. Segundo os autores, caracteriza-se por ações de caráter informativo com a finalidade de favorecer a transformação de hábitos de vida, protagonizando o indivíduo como ator e responsável pelo seu bem-estar.

Oliveira e colaboradores (18) afirmam que as práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde incentivam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo. Para os autores, a educação em saúde, para alcançar resultados positivos, deve ser originária de um objetivo inicial, seguida de um planejamento apropriado e metodologia sistemática.

Segundo Castro e Júnior (19) afirmam que as orientações devem ser acessíveis à todos, independente do grau de instrução, mediante uma linguagem popular, informando de forma clara e seguindo uma ordem lógica nas orientações.

Oliveira e Soares (16) explicam que a comunicação terapêutica ou orientação contribui para o desempenho do trabalho executado pelos profissionais de saúde. Oportuniza a aprendizagem do cliente e pode desenvolver relação de confiança entre terapeuta/cliente, o que favorece sentimentos de segurança e satisfação:

Bom porque às vezes o médico fala, mas não dá detalhes de como melhorar determinado sintoma... (P1).

...se eu realmente seguir essas orientações que foram dadas vai me ajudar bastante... (P10).

São coisas possíveis, que estão ao meu alcance... (P2).

Todas são realizáveis e todas participam muito do meu dia... (P4).

Assim, organizou mais a minha mente (P5).

Os participantes demonstram suas particularidades diante aquilo que consideraram como relevante.

Adaptação do cotidiano quanto ao desempenho ocupacional no processo de adoecimento

Nesta categoria temática deparou-se com “dúvidas” e imprecisão quanto à maneira com que os participantes estavam realizando suas atividades cotidianas, ou seja, quanto ao seu desempenho ocupacional nas ABVDs (Atividades Básicas de Vida Diária) e AIVDs (Atividades Instrumentais de Vida Diária). Observou-se que tal perspectiva gera angústia que, por vezes, pode relaciona-se com a “frustração”.

Na expressão facial, voz e fala dos participantes, percebeu-se que aspectos específicos do cotidiano geram “dúvidas” e “frustrações” que não são elucidados, causando angústia. Os sentimentos relacionados ao processo de adoecimento de uma patologia crônica gera ansiedade (5).

Condizente com a angústia diante a perspectiva de dependência e incapacidade, Machado (21) afirma que ninguém deseja necessitar de uma pessoa para realizar suas tarefas cotidianas. É natural o ser humano criar expectativas de uma vida saudável e independente. Contudo, o processo de adoecimento pode gerar frustração e sofrimento(20).

Geraldo (6) discorre com outro ponto de vista e traz sua contribuição ao dialogar sobre um fator relevante, a representação que o paciente demonstra perante sua própria condição clínica. Aqui, aponta-se para pressupostos como: fadiga, ansiedade, depressão, adaptação social e autoestima. Entretanto, para a autora, o otimismo é importante para a autonomia funcional, pois se relaciona com comportamentos positivos mediante estratégias centradas na resolução de problemas e formulando meios de obter sucesso nos resultados.

Este comportamento positivo é encontrado na literatura com outros termos e descrições. Pedro, Paes-Ribeiro e Pinheiro (21) referenciam a percepção de satisfação com a vida e bem-estar do indivíduo como parâmetro para um bom prognóstico e gestão da doença, com o ajustamento às situações vivenciadas (21).

Observa-se que a rotina do dia-a-dia exige do paciente a adaptação no desempenho ocupacional, utilizando o “senso comum”, visando à execução de atividades significativas o que minimiza frustrações possíveis diante os impasses encontrados no cotidiano. Durante a atuação da Terapia Ocupacional com esta clientela, identificam-se as reais necessidades a

serem contempladas no plano terapêutico e traçaram-se estratégias para melhoria da qualidade de vida e autonomia.

Sabe-se que o longo tempo de enfrentamento e experiências de medo e sofrimento vivenciados são variáveis que confluem para diferentes níveis de ansiedade e depressão, mas também para o processo de adaptação à doença, ao permitir vivenciar o luto e desenvolver mecanismos de aceitação e atitude positiva, construindo determinantes de confrontação e resiliência (5).

Outro viés é o “sofrimento”, retratado pelos participantes e que é causado pelo processo de adoecimento. Aqui, confronta-se com a “resiliência” como aporte à superação do que é vivenciado no cotidiano, como mostra as falas abaixo:

...a gente acaba se acostumando à ser obrigada a aceitar...” (P3)“...porque é uma coisa que me afeta muito... (P4).

...a gente já levou muitas pauladas e aprendemos muito (P3).

...se antes eu conseguia fazer três coisas em sequencia, hoje em dia, eu faço uma, aí eu deixo a outra pra tarde, deixo a outra pra noite, ou então eu divido em dias... (P8).

...quando eu tô muito cansada eu ainda quero ir [...] pra não depender né de ninguém, aí eu mesma vou e me esforço (P9).

Nesta temática identificou-se a imprecisão no desempenho ocupacional retratado nas falas dos participantes como geradora de dúvidas e frustração. Além disso, emergiu o sofrimento causado pelo processo de adoecimento que, quando bem elaborado, transforma-se em resiliência caracterizando a adaptação no processo de saúde-doença.

Diante os fatos expostos, entende-se que há necessidade de um acompanhamento terapêutico centrado na pessoa e na família, proporcionando orientação adequada ao esclarecer às dúvidas e propor estratégias às dificuldades encontradas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se compreender as percepções dos pacientes com EM e sintoma de fadiga, nota-se que é competência do profissional de Terapia Ocupacional realizar orientações personalizadas às capacidades, limitações e necessidades da pessoa.

Neste sentido, entende-se que o terapeuta ocupacional é interveniente na equipe e relevante para complementar o trabalho de assistência multiprofissional que assiste a pessoa com EM, em uma abordagem centrada na pessoa e na família.

Considera-se como limitação da pesquisa a longa periodicidade do retorno do paciente ao ambulatório. Acredita-se que a realização da entrevista após um período mais longo para aplicação e incorporação ou não das orientações tornaria o estudo mais amplo e, em paralelo, a melhor evolução do paciente. Portanto, sugere-se a execução de novas pesquisas neste sentido.

REFERÊNCIAS

1. Marciel DRK, Haussen SR. Epidemiologia, fatores de risco, fisiopatologia, formas clínicas, tratamento da fase aguda. In: Machado S. Recomendações Esclerose Múltipla. São Paulo: Omnifarma; 2012.
2. Andrade VS, Silva MO. Qualidade de vida e desempenho ocupacional de indivíduos com esclerose múltipla. Acta Fisiátrica [Internet]. 2015 [acesso em 14 jul 2023];22(3):135-140. doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20150026>.
3. Fragoso YD. Modifiable environmental factors in multiple sclerosis. Arq Neuropsiquiatr [Internet]. 2014 [acesso em 14 jul 2023];72(11):889-894. doi: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20140159>.
4. Negreiros AALV, Sousa-Muñoz RL, Oliveira BES, Nóbrega PV, Monteiro LLD. Clinical and epidemiological profile of patients diagnosed with multiple sclerosis in João Pessoa, Paraíba, Brazil. Arq Neuropsiquiatr [Internet]. 2015 [acesso em 14 jul 2023];73(9):741-745. doi: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20150111>.
5. Mendes MF. Tratamento dos sintomas da esclerose múltipla. In: Machado S. Recomendações Esclerose Múltipla. São Paulo: Omnifarma; 2012.
6. Geraldo ALCV. Qualidade de vida da pessoa portadora de esclerose múltipla [dissertation in the Internet]. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu; 2013 [acesso em 14 jul 2023]. 144 p. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1965/1/GERALDO%2c%20Ana%20Luisa%20Cristino%20Varela%20-%20Disserta%2c%20a7%2c%20a3o%20mestrado.pdf>.
7. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Hospital Geral de Fortaleza. Uma história, uma trajetória. Fortaleza; 2017.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2015.
9. World Federation of Occupational Therapy. Definition of Occupational Therapy from member organisations [Internet]. [Place unknown]: WFOT, 2018 [acesso em 3 jun 2023]. Disponível em: <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>.

10. Pimentel PP, Toldrá RC. Desenvolvimento de manual para orientações básicas do dia a dia para pessoas com esclerose múltipla. *Cad Ter Ocup UFSCar* [Internet]. 2017 [acesso em 14 jul 2023];25(1):67-74. doi: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0773>.
11. Cunha, E. Práticas pedagógicas para inclusão e diversidade. 5 ed. Rio de Janeiro: Wak editora; 2015.
12. Azevedo MTQ. Avaliação do impacto da fadiga nas atividades de vida diária em indivíduos com esclerose múltipla [dissertation in the Internet]. Bragança: Escola Superior de Saúde de Bragança; 2015 [acesso em 14 jul 2023]. 109 p. Disponível em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11995/1/Azevedo_Maria.pdf.
13. Soares R. Validação de um instrumento de avaliação da qualidade de vida de pacientes com esclerose múltipla para o português do Brasil [thesis in the Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015 [acesso em 14 jul 2023]. Disponível: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/116786>.
14. Souza AR, Moraes LMP, Barros MGT, Vieira NFC, Braga VAB. Estresse e ações de educação em saúde: contexto da promoção da saúde mental no trabalho. *Rev RENE* [Internet]. 2007 [acesso em 14 jul 2023];8(2):26-34. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/5290/3892>.
15. Oliveira AM, Soares E. A comunicação como importante ferramenta nas orientações em uma unidade de hemodiálise: um estudo reflexivo. *Sau & Transf Soc* [Internet]. 2015 [acesso em 14 jul 2023];5(3):118-123. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/2279/4012>.
16. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 14 jul 2023];19(3):847-52. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.
17. Oliveira TL, Miranda LP, Fernandes PS, Caldeira AP. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 14 jul 2023];26(2):179-184. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200012>.
18. Pontes T, Polatajko H. Habilitando ocupações: prática baseada na ocupação e centrada no cliente na Terapia Ocupacional. *Cad Ter Ocup UFSCar* [Internet]. 2016 [acesso em 14 jul 2023];24(2):403-412. doi: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoARF0709>.
19. Rodrigues RER. Qualidade de vida de pessoas com esclerose múltipla: um contributo para a gestão da unidade hospitalar [dissertation in the Internet]. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2016 [acesso em 02 jul 2023]. Disponível em: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1728/1/Rosa_Rodrigues.pdf.
20. Machado EP. Espiritualidade e saúde: uma dimensão de cuidado na vida de cuidadores familiares de pessoas com doença crônica [thesis in the Internet]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2014 [acesso em 02 jul 2023]. Disponível em: <https://tede2.pucgoias.edu.br/bitstream/tede/764/1/ERIKA%20PEREIRA%20MACHADO.pdf>.
21. Pedro L, Pais-Ribeiro J, Pinheiro JP. A importância de um programa de atividade física em doentes com esclerose múltipla na satisfação com a vida e bem-estar psicológico. *Saúde & Tecnologia* [Internet]. 2013 [acesso em 02 jul 2023];e49-e51. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/2598/1/A%20import%20ancia%20de%20um%20programa%20de%20atividade%20f%20adsica%20em%20doentes%20com%20esclerose%20m%20c%20baltipla.pdf>.

Serviço Social no HGF: uma análise a partir do Integrash

Social Service at HGF: an analysis from integrash

Submetido: 28/08/2023 | Aprovado: 29/01/2024

Daniele Ribeiro Alves 

Doutorado em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Faculdade Rodolfo Teófilo (FRT)

Camila da Costa Brasil Brasileiro 

Mestrado de Serviço Social, Trabalho e Questão Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Eliane Lima de Aguiar Barbosa 

Mestrado em Serviço Social, Trabalho e Questão Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Ana Rosa Alves da Silva 

Mestrado em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Lucyana Vanessa Lima de Castro 

Especialização em Políticas Públicas e Seguridade Social pela Faculdade Cearense (FAC), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Helaine Aparecida Maia 

Especialização em Neurologia e Neurocirurgia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

RESUMO

O presente artigo origina-se do desejo de interpretar os registros existentes no Sistema Hospitalar Integrado (IntegraSH) acerca da atuação profissional do Serviço Social. O principal objetivo foi analisar os processos de trabalho dos(as) assistentes sociais no Hospital Geral de Fortaleza – HGF, a partir dos indicadores das atividades desenvolvidas pelos profissionais em questão. Metodologicamente, trata-se de um estudo de natureza quanti-qualitativa, pois refletiu sobre os indicadores das atividades realizadas pela categoria, disponibilizados no IntegraSH da instituição em questão, entre o período de 01/01/23 à 30/06/2023. Como resultado, torna-se evidente que os dados são dotados de significado social, subsidiando a operacionalização do cotidiano profissional. Revelando ainda que o “fazer” profissional dos/as assistentes sociais, dentre diversas ações, se sobressai no deciframento e leitura crítica da realidade e na identificação das condições materiais de vida do paciente/família.

Palavras-chave: serviço social; prática profissional; unidade hospitalar.

ABSTRACT

This article originates from the desire to interpret existing records in the Integrated Hospital System (IntegraSH) regarding the professional performance of Social Work. The main objective was to analyze

the work processes of social workers at the General Hospital of Fortaleza – HGF, based on indicators of the activities carried out by the professionals in question. Methodologically, this is a study of a quantitative and qualitative nature, as it reflected on the indicators of activities carried out by the category, available on IntegraSH of the institution in question, between the period from 01/01/23 to 06/30/2023. As a result, it becomes clear that the data has social meaning, supporting the operationalization of daily professional life. It also reveals that the professional “doing” of social workers, among several actions, stands out in the deciphering and critical reading of reality and in identifying the material living conditions of the patient/family.

Keywords: social service; professional practice; hospital unit.

INTRODUÇÃO

Desde sua fundação em 1969, o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) contou com a atuação do Serviço Social. A relevância desse serviço é reconhecida pelos usuários e servidores do HGF, graças aos processos de trabalho implantados por esta categoria e a sua importância no cuidado à saúde da população (1).

O Serviço Social é uma profissão de natureza eminentemente interventiva que tem como fundamento a realidade social e como matéria prima de trabalho as múltiplas expressões da questão social (2). No âmbito hospitalar, visa a promoção e proteção da saúde e dos

direitos do paciente, no processo de reabilitação e cura. O profissional destacado é um mediador privilegiado entre o hospital, o paciente, a família, o contexto social e a equipe de saúde, valorizando as relações humanas e técnicas, tanto a nível pessoal quanto societário (3).

Entre os processos de trabalho desenvolvidos pela profissão no âmbito hospitalar, destaca-se a documentação e sistematização das atividades realizadas pelos profissionais. A atividade sistematizadora vai para além da escrita e organização dos dados, consistindo num “conjunto de práticas e conceitos que propiciam a reflexão e a reelaboração do pensamento, a partir do conhecimento da realidade” (4).

É partindo do reconhecimento da relevância da sistematização para a profissão, que este artigo se propõe a analisar os processos de trabalho dos(as) assistentes sociais no Hospital Geral de Fortaleza – HGF, a partir dos indicadores das atividades desenvolvidas pelo Serviço Social.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, uma vez que este estudo tem como finalidade principal a análise dos dados e interpretação das atividades desenvolvidas pelo Serviço Social no HGF. Este artigo analisou os indicadores das atividades realizadas pela categoria disponibilizados no Sistema Hospitalar Integrado (IntegraSH) do Hospital Geral de Fortaleza entre o período de 01/01/2023 à 30/06/2023. Os dados são públicos, assim, não há a necessidade de ser submetido ao Comitê de Ética. Assim sendo, trata-se de um estudo de natureza quanti-qualitativa, pois analisa as atividades da prática profissional, tanto sob o viés quantitativo, uma vez que trouxe as quantidades numéricas de cada atividade, como também analisou qualitativamente esses indicadores, trazendo uma discussão sobre os processos de trabalho em Serviço Social. Ademais, realizou-se uma pesquisa documental, a partir da coleta dos dados em uma fonte primária, no caso, o IntegraSH.

O referido sistema passou a ser utilizado no HGF em 03 de junho de 2021. Foi desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará – SESA e implementado nas unidades de atendimento da rede estadual, como uma forma de oferecer uma ferramenta padronizada para as unidades.

O IntegraSH é um sistema online que reúne informações sobre os atendimentos realizados pela unidade em tempo real. Além de otimizar a prestação de serviços, a ferramenta permite o armazenamento e a unificação dos dados dos pacientes, como exames, consultas e tratamentos realizados anteriormente. Todas as informações ficam registradas e são atualizadas a cada atendimento (5).

No Sistema IntegraSH, na aba do Serviço Social existem 32 categorias de atividades para os/as assistentes sociais selecionarem ao realizarem suas atividades. É a partir das estatísticas dessas atividades realizadas e registradas pelo Serviço Social no IntegraSH entre o período de 01/01/23 à 30/06/2023 que este estudo se debruçou.

RESULTADO E DISCUSSÕES

O Serviço Social é uma profissão liberal de nível superior, regulamentada pela Lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993. O(a) assistente social desenvolve suas ações com base nesta lei, no Código de Ética Profissional e nas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa do Serviço Social - ABEPSS, sendo necessário o registro no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS para o seu exercício. De formação generalista crítica e de caráter interventivo, ancorado em seu Projeto Ético-político, se utiliza dos saberes acumulados nas Ciências Humanas, Políticas e Sociais para análise e intervenção na realidade social.

Inserido em contextos hospitalares no Brasil desde 1945, o Serviço Social passou a ser reconhecido como uma profissão de nível superior da área da saúde em 06/03/1997 através da Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Serviço Social do HGF tem como missão “intervir nas múltiplas formas de manifestação da questão social que, no âmbito hospitalar, se expressam como doenças propriamente ditas, desigualdades econômicas, sociais, políticas, educacionais e culturais, atravessadas por questões de gênero, geracionais e étnico-raciais, assim como as carências daí originadas” (6). Pautado na responsabilidade com a qualidade dos serviços prestados à população usuária e com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).

O Serviço Social no HGF vem atuando desde o período de fundação do Hospital, anteriormente com atendimento à população que estava vinculada ao programa da Previdência Social, o que retratava à época o acompanhamento apenas para os contribuintes regularizados através da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS. Esse formato de atendimento foi reflexo das políticas públicas do período de 1969 até 1988 que não asseguravam a proteção integral a todos. Somente após a promulgação da Constituição Federal de 1988, da Lei nº 8.080/1990 e do processo de estatização do HGF que o Serviço Social começa a atender seus usuários, abrangendo a integralidade e universalidade. A partir deste momento, o atendimento passou a ser universal, independente do status de segurado da previdência social.

Atualmente, o Serviço Social do Hospital Geral é composto por uma equipe de 62 profissionais dispostos nas seguintes unidades: emergência, UTIs, unidades eletivas e ambulatórios. Ressalta-se que atua em programas e projetos, comitês e comissões intra-hospitalares. O serviço de emergência funciona 24 horas. No Setor Eletivo, e nos ambulatórios, de segunda a sexta, com plantonistas de 12 horas.

O trabalho do(a) assistente social na instituição tem o compromisso com a prestação de um serviço com qualidade e com base nos princípios fundamentais do código de ética da profissão, que reconhecem o respeito à liberdade, defesa dos direitos humanos, da cidadania, da equidade, da democracia, da justiça social, e o respeito à diferença de classe social, gênero, religião, etnia, idade e condição física.

Ademais, o HGF é um hospital de ensino, pesquisa e extensão que há longa data contribui para a formação de profissionais, através de estágio curricular em parceria com as Instituições de Ensino Superior - IES; supervisão e orientação em serviço às/aos profissionais residentes da categoria em seus cursos formativos para obtenção de título de especialista na modalidade de residência multiprofissional nas ênfases

de Transplante, Neurologia e Cancerologia, tendo a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) como instituição formadora das duas últimas.

Cabe ainda mencionar que consta no quadro do Serviço Social do HGF profissionais com titulação de Doutores, Mestres, e Especialistas incluindo profissionais com título de especialização na modalidade de Residência em diversas áreas da saúde. Profissionais que contribuem na produção científica de artigos, nas orientações dos Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) e participação em bancas de defesa, além de assegurar há mais de 20 anos assento no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza.

A construção e sistematização dos registros no IntegraSH e sua operacionalização na atuação profissional

O esforço para a sistematização da prática profissional do Serviço Social é uma característica bastante presente na instituição, desde os processos para a construção e atualização dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), cuja primeira edição foi realizada no ano de 2002. A segunda edição ocorreu em 2012 e encontra-se em processo de atualização.

Tensionado pela pandemia de COVID-19, o Serviço Social passou a incorporar o uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC) nas suas atividades cotidianas, dentre elas, o registro dos atendimentos nos sistemas eletrônicos, anteriormente, realizados apenas

no formato físico nas Fichas de Acompanhamento Social (FAS) e nos livros de ocorrência das unidades. Substitui-se, assim, a prática do uso do sistema apenas para realização de buscas e coleta de informações de pacientes para o uso sistemático e evolução dos atendimentos no meio eletrônico. De modo a propiciar o acesso rápido às informações do contexto social dos pacientes bem como, possibilitar a construção de indicadores das atividades realizadas pela categoria que possibilitem estudos e constantes melhorias.

Iniciado o uso do Sistema IntegraSH pelo Serviço Social, no ano de 2021, a categoria reconhece a necessidade de melhoria na qualificação dos registros, conferindo maior assertividade quanto ao teor dos atendimentos realizados. Neste intento, mediante um processo de discussões sistemáticas em equipe, foram construídos 32 indicadores de categorização das atividades quanto à natureza das atividades desenvolvidas, bem como, foram definidas estruturas de texto padrão para cada indicador sugerido.

Assim sendo, o registro das intervenções/atendimentos realizadas/os pelo Serviço Social no IntegraSH é categorizado em 32 itens, sendo que estes foram analisados, ordenados e categorizados neste estudo da seguinte forma: atendimento direto ao usuário; ações de intersectorialidade; ações interdisciplinares; concessão de benefícios; emissão de documentos; autorizações; processo de desospitalização e outros. Abaixo segue o quadro com esta sistematização e, em seguida, discutimos cada categoria especificamente.

Quadro 1 - Distribuição da quantidade e do percentual de atendimentos segundo os tipos de atendimento

Categoria	Tipos de atendimento	Total de atendimento	Total de atendimento (%)
Atendimento direto ao usuário	Atendimento ao paciente/pessoa de referência	10.032	20,39
	Admissão do paciente na unidade	7.421	15,08
	Entrevista social e elaboração de Ficha de Atendimento Social (FAS)	6.792	13,80
	Comunicação/orientações alta/transferência	4.443	9,03
	Óbito: contato/acolhimento/ orientações	2.112	4,29
	Ambulatório	1.927	3,92
	Solicitação de presença de familiar	1.521	3,09
	Orientações benefícios previdenciários/ assistenciais	185	0,38
	Intervenção em caso de alta a pedido	51	0,10
	Recebimento de ligação familiar	50	0,10
	Atendimento em caso de violência	39	0,08
	Realização de videochamada	29	0,06
	Reunião com acompanhantes	13	0,03

Ações de intersetorialidade	Articulação com a rede de saúde	587	1,19
	Contato com instituições diversas	313	0,64
	Notificação ao Conselho Tutelar	87	0,18
	Elaboração de relatório social/parecer	65	0,13
	Encaminhamento a rede socioassistencial/jurídico	47	0,10
Ações interdisciplinares	Comunicação/entendimento interdisciplinar	989	2,01
	Entendimento com equipe multiprofissional	669	1,36
	Participação em conferência familiar	311	0,63
Concessão de benefícios	Benefício: transporte sanitário	868	1,76
	Benefício eventual: auxílio funera	24	0,05
Emissão de documentos	Emissão de autorização de acompanhante	4.962	10,08
	Registro de frequência para declaração	1.073	2,18
	Emissão de declaração de comparecimento	883	1,79
Autorizações	Autorização de visita extra	699	1,42
	Autorização visita fora do horário	596	1,21
	Autorização de visita estendida/aberta	338	0,69
	Autorização de troca de acompanhante	204	0,41
	Autorização de troca de acompanhante no leito	167	0,34
Processo de desospitalização	Processo de desospitalização	609	1,24
Outros	Tentativa de contato sem sucesso	1.105	2,25
TOTAL		49.212	100,0

Fonte: Dados da pesquisa - Sistema IntraSH (2023).

Atendimento direto ao usuário

Dentro dessa categorização avança-se os atendimentos nos seguintes itens: Atendimento ao paciente/pessoa de referência (20,39%); Admissão do paciente na unidade (15,08%) e Entrevista social e elaboração de Ficha de Atendimento Social (FAS) (13,80%). Através destes atendimentos é possível a leitura da realidade e a identificação das condições materiais de vida do usuário/família. Desse modo, reflete as expressões da questão social, objeto de atuação da profissão, pois é dentro dessas tipificações elencadas, que se leva em consideração as condições reais de vida do usuário (desemprego, subemprego, moradias, direitos negados, violências etc).

Ações de intersetorialidade

A intersetorialidade é uma estratégia que surge para superar a fragmentação e a fragilidade das políticas sociais, com vistas a combater as iniquidades sociais (7). Diante disso, dentre as ações mais realizadas pelo Serviço Social, neste item estão: “Articulação com a rede de saúde” (1,90%), e “Contato com instituições diversas” (1,36%). Pode-se salientar que é uma estratégia já colocada dentro das políticas de saúde, e em particular, tem pautado as intervenções do profissional em questão. É uma prática que favorece os fluxos de informação e comunicação, na perspectiva de compartilhamento de responsabilidades.

Apesar das dificuldades em tornar a intersectorialidade como prática cotidiana, a articulação intersectorial tem sido uma das estratégias mais utilizadas no processo de viabilização de direitos dos usuários das políticas públicas (8). Estruturas setorializadas têm grande dificuldade de reconhecer o cidadão como sujeito de direitos que se interpenetram e se completam (8).

Ações de interdisciplinares

A interdisciplinaridade demanda uma atuação profissional capaz de dialogar sobre “pontos de vistas diferentes, aceitar confrontos de diferentes abordagens, tomar decisões que decorram de posturas éticas e políticas pautadas nos princípios e valores estabelecidos nos Códigos de Ética Profissionais” (9).

Para ilustrar tal prática, podemos mencionar a comunicação/entendimento interdisciplinar com 2,01%. Podemos citar como exemplo a participação em rounds, que acontece em vários setores da unidade hospitalar. Importante registrar que dentro dos rounds, há encaminhamentos que podem reverberar em outras ações profissionais, que por sua vez, são registradas no sistema, tais como: entendimento com a equipe multiprofissional; participação em conferência familiar; processo de desospitalização, articulação com a rede de saúde e reunião de cuidados paliativos.

Nesse sentido, a interdisciplinaridade amplia e complexifica a compreensão do usuário/a atendido/a na saúde, subsidia a análise em sua totalidade, numa perspectiva dialógica, compreendendo que o sujeito está inserido numa realidade com inúmeras problemáticas sob vários aspectos. Sem dúvida, as relações de poder entre categorias profissionais, ainda é um desafio a ser superado.

Concessão de benefícios

De acordo com o Decreto nº. 6.307/2007 em seu Art. 1º (10):

Benefícios eventuais são provisões suplementares e provisórias, prestadas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública.

Os benefícios eventuais integram as garantias do Sistema Único de Assistência Social - SUAS. Dentre os benefícios eventuais encontra-se o auxílio funeral que é ofertado pelos municípios. Esse auxílio consiste na cobertura das despesas como a urna funerária, velório e o sepultamento.

Para pacientes residentes em Fortaleza, por ocasião do óbito, é possível que essa oferta seja realizada pelo Serviço Social através da articulação direta com uma funerária previamente habilitada pelo município de Fortaleza. Para os demais municípios, a família é acolhida e orientada a buscar na Secretaria de Assistência Social ou no Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, o referido benefício. Sendo assim, considerando o período pesquisado, 0,05% dos atendimentos foram direcionados para o requerimento do auxílio funeral a moradores de Fortaleza.

Uma outra articulação realizada refere-se à articulação com as secretarias municipais de saúde ou com a rede hospitalar (hospital/UPA) para liberação de transporte sanitário (1,76%) para pacientes que encontram-se de alta hospitalar. Essa articulação é realizada após a entrega do relatório de alta.

Emissão de documentos

A emissão de autorização de acompanhante (10,08%) é o quarto maior número de atendimento do Serviço Social na instituição. É um procedimento que requer avaliação técnica sobre a necessidade da presença de acompanhante durante a permanência do paciente na instituição.

Vale ressaltar que a presença do acompanhante é um elemento importante no processo da linha de cuidado em saúde. Contribui na melhor identificação das necessidades da pessoa doente, fortalece o elo entre a equipe assistencial e a família e traz, muitas vezes, tranquilidade para quem encontra-se internado (a) e para os familiares.

Sua importância encontra-se descrita na legislação brasileira e está expressa na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria nº 1.820/2009), no Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003), no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei nº 8.069/1990), no Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) e no Estatuto da Pessoa com Câncer (Lei nº 14.238/2021). Em situações não asseguradas pela legislação vigente, é realizada uma avaliação multiprofissional para a tomada de decisão.

Durante o momento da autorização da presença de acompanhante é fornecido orientações sobre as normas do hospital, tais como horário de visita, troca de acompanhante, horários da alimentação, dentre outros, e sobre os direitos e deveres do acompanhante no âmbito hospitalar.

Autorizações

O Serviço Social possui um importante papel, de relevância pedagógica e educativa, na garantia de acesso dos familiares que não conseguem, por diversas situações, acessar o hospital conforme as regras da instituição. Dentre as autorizações concedidas, 1,42 % referem-se à autorização de visita extra e 1,21% consistem em autorização de visita fora do horário regulamentado para o setor. Importante ressaltar que o HGF é um hospital que acolhe pacientes de todo o Estado do Ceará e muitos familiares dependem de transporte disponibilizado pelos municípios para se deslocarem até Fortaleza. Um outro fator importante refere-se a compromissos com trabalho e estudo, o que impede os familiares de chegarem nos horários normatizados.

A autorização para visita estendida/aberta, registrada em 0,69% dos atendimentos consiste na possibilidade de maior participação da família no cuidado com o paciente. Importante ser pactuada com a equipe médica e assistencial, pois permite o acesso de familiares e amigos em maior quantidade e como maior tempo de visita.

Em relação a troca de acompanhante, temos 0,41% de autorização para troca de acompanhante e 0,34% de autorização para que a troca de acompanhante ocorra no leito, portanto, que não seja realizada no espaço externo ao hospital. Essas situações ocorrem mediante uma avaliação em conjunto com a equipe médica ou assistencial.

Processo de desospitalização

Desde a admissão do paciente na unidade hospitalar, faz-se necessário pensar o processo de desospitalização, uma vez que, a questão social das famílias, muitas vezes, se apresenta

como um desafio visando uma alta segura. Muitos familiares e acompanhantes desaprovam o retorno do paciente para o domicílio por não contarem com uma estrutura adequada para realizar o atendimento domiciliar.

Em caso de desospitalização, é comum haver o abandono de emprego do cuidador de referência, sendo necessário conciliar as atividades domésticas com as de cuidado. Ocorre também o aumento dos gastos com material de higienização, alimentação, medicação, dentre outras necessidades. Tudo isso contribui com que as famílias prefiram que os pacientes continuem sendo atendidos em hospital, mesmo que o cenário não seja o mais adequado para a sua saúde e recuperação, principalmente levando em consideração o risco de infecção hospitalar.

Tendo em vista os desafios elencados, desde a admissão do paciente, o Serviço Social, tem como objetivo identificar situações que possam dificultar o retorno ao domicílio e durante o processo de internação realiza diversos atendimentos até chegar o momento definido pela equipe médica e assistencial de que é hora da desospitalização. Sendo assim, de acordo com a pesquisa, 1,24% dos atendimentos do Serviço Social têm como principal objetivo contribuir com o citado processo.

Nesse contexto, ganha destaque a Atenção Domiciliar (AD), que segundo a Portaria Nº 963/2013/MS (11):

Tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

A Atenção Domiciliar (AD) é uma forma de atenção à saúde, oferecida na residência do/da paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. Esse serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com a necessidade do paciente, esse cuidado em casa pode ser realizado por diferentes equipes. Quando o paciente precisa ser visitado de maneira mais espaçada, por exemplo, uma vez por mês, e já está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família/ Atenção Básica de sua referência. Já nas situações que envolvem maior complexidade, são acompanhados pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Apoio (EMAP), do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa.

O processo de desospitalização contribui para evitar hospitalizações desnecessárias, diminui o risco de infecções, melhora a gestão dos leitos hospitalares e a utilização dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência. Importante registrar que esse processo deve respeitar o tempo que a família necessita para sua organização, considerando que cabe ao poder público garantir as condições necessárias para alta segura do paciente.

Outros

Na categoria “outros”, registramos que 2,25% dos atendimentos são referentes a tentativa de contato sem sucesso seja com familiares, seja com a rede intersetorial. Essa situação causa prejuízo ao paciente que acaba não tendo sua demanda atendida com agilidade, uma vez que, consome tempo do processo de trabalho do profissional e causa demora para a resolutividade da demanda que originou a necessidade do contato com a família ou com a rede de atendimento, seja ela de saúde ou intersetorial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objetivo deste artigo em analisar os processos de trabalho dos(as) assistentes sociais no HGF, identifica-se um esforço da categoria para a sistematização da sua prática profissional.

O Serviço Social passou, recentemente, a incorporar o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) nas suas atividades profissionais, dentre elas, o registro dos atendimentos no Sistema IntegraSH, pois até 2021, o registro era feito somente no formato físico, em instrumental padronizado. Tal mudança representa um avanço no fazer profissional e a possibilidade de ampliar e qualificar os indicadores e dados que dão subsídios para a leitura crítica da realidade e possibilitam a identificação das condições materiais de vida do usuário/família.

A análise da prática profissional por meio dos dados coletados no Sistema IntegraSH demonstra a amplitude da atuação do Serviço Social junto a pacientes, familiares e rede intersetorial. Ressaltamos que o referido sistema foi adotado a partir de 2021, portanto, uma experiência recente, que já demonstra uma demanda significativa de atendimento, haja vista, em seis meses de registro, ter alcançado um volume de 49.212 atendimentos.

Por meio da discussão realizada, percebe-se ainda que o Serviço Social no âmbito hospitalar realiza um grande escopo de atividades, sendo elas: atendimentos aos usuários, ações intersetoriais e interdisciplinares, concessão de benefícios, emissão de documentos diversos, autorização de visitas fora da rotina hospitalar e processo de desospitalização.

Diante do exposto, torna-se evidente que os dados são dotados de significado social, subsidiando a operacionalização do cotidiano profissional. Revela-se ainda que o “fazer” profissional dos/as assistentes sociais, dentre diversas ações, se sobressai no deciframento e leitura crítica da realidade e na identificação das condições materiais de vida do usuário/família.

REFERÊNCIAS

- 1.Callado MRM. Memorial do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza: [publisher unknown]; 2010.
- 2.Martinelli ML. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. Serv Soc Soc [Internet]. 2011 [acesso em 12 jul 2023];107:497-508. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000300007>.

3. Carvalho MILB. Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar. *Intervenção Social* [Internet]. 2003 [acesso em 12 jul 2023];28:29-55. doi: <https://doi.org/10.34628/s96m-sp39>.
4. Azevedo IS. A dimensão ética da sistematização do exercício profissional. *Serv Soc Rev* [Internet]. 2014 [acesso em 12 jul 2023];16(2):166-185. doi: <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2014v16n2p166>.
5. Martins F. Tecnologia aliada à saúde: HGF implementa IntegraSH, novo sistema de gestão hospitalar [Internet]. Fortaleza: HGF; 2021 [acesso em 22 jul 2023]. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2021/06/04/tecnologia-aliada-a-saude-hgf-implementa-integrash-novo-sistema-de-gestao-hospitalar/>.
6. Costa LF, Nogueira MS, Silva AR. Planejamento estratégico e Serviço Social numa unidade terciária de saúde: experiência no Hospital Geral de Fortaleza. In: Costa LFA, Ribeiro HMC. *Políticas de Saúde e Serviço Social: contradições, ambiguidades e possibilidades*. Paraíba, Fortaleza: Edufcg, Eduece; 2011.
7. Inojosa RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cad. FUNDAP*. 2001;(22):102-110.
8. Monnerat GL, Souza RG. Política Social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. *Ser Soc* [Internet]. 2010 [acesso em 12 jul 2023];12(26):200-220. doi: https://doi.org/10.26512/ser_social.v12i26.12708.
9. Conselho Federal de Serviço Social (BR). *Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social*. Brasília: CFESS; 2011.
10. Brasil. Decreto nº 6.307, de 14 de dezembro de 2007. Dispõe sobre os benefícios eventuais de que trata o art. 22 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Brasília: Presidência da República, Casa Civil; 2007 [acesso em 05 jul 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6307.htm.
11. Brasil. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 05 jul 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.

Prevalência dos fatores de risco associados à doença cardiovascular no diabetes tipo 1 em um hospital terciário brasileiro

Prevalence of risk factors associated with cardiovascular disease in type 1 diabetes in a Brazilian tertiary hospital

Submetido: 14/08/2023 | Aprovado: 29/01/2024

Ivanilde Vasconcelos Cavalcanti 

Médica - Clínica médica e endocrinologista, Hospital Geral de Fortaleza Médica Clínica médica e endocrinologista, Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Kamila Duarte Martins 

Residência em Clínica Médica e Endocrinologia, Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Camila Lousada Ferraz 

Residência em Clínica Médica e Endocrinologia, Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

José Italo Soares Mota 

Mestrado e Doutorado em Endocrinologia, Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Tânia Maria Bulcão Lousada Ferraz 

Doutora em Endocrinologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

RESUMO

Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) é uma doença crônica autoimune caracterizada por deficiência de insulina e resultando em hiperglicemia. Se inadequadamente controlada, DM1 estará associada a complicações crônicas, microvasculares e macrovasculares, dentre elas complicações microvasculares e macrovasculares. O objetivo do presente estudo foi descrever o perfil dos pacientes com diabetes tipo 1 atendidos no serviço de endocrinologia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e identificar a prevalência dos fatores de risco citados acima e calcular risco cardiovascular nos próximos 10 anos na calculadora Steno, levando em conta aspectos sociodemográficos, clínicos, laboratoriais. Trata-se de estudo unicêntrico, retrospectivo e observacional, onde foram analisados 155 pacientes atendidos até dezembro de 2022 no ambulatório de endocrinologia e metabologia. O estudo demonstrou um perfil predominante jovem e feminino, compatíveis com a literatura, com média dos pacientes mostrando baixa (6,3%) prevalência de risco cardiovascular nos próximos 10 anos descrita em calculadora Steno. Observou-se que a média dos pacientes obteve baixa prevalência de eventos cardiovasculares nos próximos 10 anos de acordo com os fatores de risco analisados pela sociedade brasileira de diabetes. Em subanálise, os pacientes com doença microvascular e cardiovascular estabelecida, apresentavam como fatores de risco o tempo de doença superior a 10 anos, diagnóstico de diabetes ter sido antes dos 20 anos, com glicemia fora do alvo, com hemoglobina glicada superior a 7%, com relação albumina/creatinina aumentada, e pacientes

sedentários. Dos pacientes que haviam tido evento cardiovascular prévio, somente 1 dos 9 pacientes não apresentavam complicações microvasculares associadas, sugerindo correlação entre eventos microvasculares e macrovasculares.

Palavras-chave: doença cardiovascular; complicações microvasculares; diabetes mellitus tipo 1; fatores de risco.

ABSTRACT

Type 1 Diabetes Mellitus (DM1) is a chronic autoimmune disease characterized by insulin deficiency and resulting in hyperglycemia. If inadequately controlled, DM1 will be associated with chronic, microvascular and macrovascular complications, including microvascular and macrovascular complications. The objective of the present study was to describe the profile of patients with type 1 diabetes treated at the endocrinology service of the General Hospital of Fortaleza (HGF) and identify the prevalence of the risk factors mentioned above and calculate cardiovascular risk in the next 10 years using the Steno calculator, taking sociodemographic, clinical and laboratory aspects into account. This is a single-center, retrospective and observational study, which analyzed 155 patients treated until December 2022 at the endocrinology and metabolism outpatient clinic. The study demonstrated a predominantly young and female profile, compatible with the literature, with an average of patients showing a low (6.3%) prevalence of cardiovascular risk in the next 10 years described in the Steno calculator. It was

observed that the average patient had a low prevalence of cardiovascular events in the next 10 years according to the risk factors analyzed by the Brazilian diabetes society. In a subanalysis, patients with established microvascular and cardiovascular disease had as risk factors the duration of the disease for more than 10 years, diagnosis of diabetes before the age of 20, with glycemia outside the target, with glycated hemoglobin greater than 7%, with increased albumin/creatinine ratio, and sedentary patients. Of the patients who had had a previous cardiovascular event, only 1 of the 9 patients did not have associated microvascular complications, suggesting a correlation between microvascular and macrovascular events.

Keywords: cardiovascular disease; microvascular complications; type 1 diabetes mellitus; risk factors.

INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) é uma doença crônica autoimune caracterizada por deficiência de insulina e resultando em hiperglicemia (1). Os principais marcadores de autoimunidade envolvidos incluem autoanticorpos contra células de ilhotas (ICA), GAD (anti-GAD65), insulina (IAA), tirosinafosfatase (IA-2 e IA-2 β) e transportador de zinco 8 (ZnT8) (1).

Estatísticas globais estimam que 382 milhões de pessoas vivem com DM1 (2), com incidência de aumento em cerca de 3% anualmente. Se inadequadamente controlada, DM1 estará associada a complicações crônicas, microvasculares e macrovasculares, dentre elas retinopatia diabética, doença renal do diabetes, neuropatia autonômica cardiovascular, neuropatia periférica, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico (3).

A doença cardiovascular aterosclerótica (DCV), especialmente a doença arterial coronariana (DAC), é a principal causa de mortalidade e morbidade no diabetes (4), com um aumento de duas a quatro vezes em pacientes com DM1, valores comparáveis ao da hipercolesterolemia familiar (5). A fisiopatologia da DCV em indivíduos com DM1 é complexa com envolvimento de vários fatores tais como inflamação, disfunção endotelial e estresse oxidativo associados à hiperglicemia (6,7).

As modificações no estilo de vida, no entanto, podem reduzir o risco de desfecho cardiovascular desfavorável, seguindo critérios de saúde cardiovascular recomendados pela American Heart Association (AHA) (8). Ensaios clínicos como o Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) e EDIC com pacientes diabéticos tipo 1 demonstraram que o controle glicêmico intensivo e precoce permitia o desenvolvimento de uma memória metabólica com melhor desfecho cardiovascular ao longo do tempo, incluindo redução das complicações crônicas (9).

Para avaliar o risco cardiovascular dos pacientes diabéticos, podemos utilizar os seguintes parâmetros: tabagismo, IMC, atividade física, dieta, hemoglobina glicada (HbA1c), colesterol total/HDL, Pressão Arterial, descritas em estudo recente (8). Com a soma de fatores de risco, é possível estabelecer o desenvolvimento de doença cardiovascular incipiente e realizar medidas para retardar ou diminuir as complicações do diabetes (10).

Dessa forma, a prevenção precoce de DAC tornou-se uma prioridade e o objetivo deste estudo, então, foi avaliar a prevalência de fatores de risco da AHA/EURODIAB para prever o risco de incidência de doença cardiovascular em pacientes com DM1, e, como consequência, estabelecer um tratamento precoce para os pacientes acompanhados no Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

OBJETIVOS

Identificar a prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular, como tabagismo, atividade física, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), pressão arterial, circunferência abdominal, hemoglobina glicada (HbA1c), LDL, colesterol total/HDL e relação albumina/creatinina em indivíduos com DM1.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Estudo retrospectivo e observacional que se propõe a avaliar a prevalência de fatores de risco cardiovasculares em pacientes com DM1 acompanhados no Serviço de Endocrinologia e Metabologia do HGF.

Local do estudo

O estudo foi conduzido no Ambulatório de Endocrinologia do HGF. O HGF iniciou a realização do serviço de endocrinologia em 2005. A partir daí, o número de pacientes atendidos foi aumentando exponencialmente, especialmente com a chegada de profissionais mais qualificados e com a estruturação de ambulatórios divididos em subespecialidades. O ambulatório de DM1 funciona às quartas-feiras, no turno da manhã no HGF, e atende em média 20 pacientes/dia. Para a seleção da amostra dos pacientes, foi utilizado o banco de dados do serviço de endocrinologia.

População

Foram incluídos pacientes, de ambos os sexos, com diagnóstico de DM1 ou LADA acompanhados no Ambulatório de Endocrinologia do HGF. O diagnóstico foi definido pela história clínica, presença de anticorpos anti-GAD ou peptídeo-c \leq 0,7ng/ml em jejum.

Foram excluídos do presente estudo pacientes com diagnóstico estabelecido de outro subtipo de DM ou diagnóstico duvidoso quanto à etiologia do diabetes.

A amostra foi constituída por 318 pacientes, porém 163 foram excluídos por diagnóstico estabelecido de outro subtipo de diabetes ou diagnóstico duvidoso, com 155 pacientes analisados ao final do estudo.

Coleta de dados

Os dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes com DM1, atendidos até dezembro de 2022, foram obtidos pelos pesquisadores a partir da revisão dos registros das fichas elaboradas e preenchidas pela

equipe de endocrinologia, com autorização para acesso aos prontuários sendo assinada por meio da Carta de Anuência do Chefe do Serviço. Foram descritos dados relativos a sexo, idade (anos), idade ao diagnóstico do DM (anos), tempo de duração do DM (anos), e as variáveis analisadas foram: peso (kg), altura (cm), índice de massa corporal (IMC – kg/m²), pressão arterial sistólica (PAS- mmHg) e pressão arterial diastólica (PAD - mmHg), circunferência abdominal(CA), atividade física, tabagismo, eventos cardiovasculares prévios (incluindo IAM, AVE ou DAOP), presença de complicações microvasculares (neuropatia – avaliada através do exame físico ou presença de sintomas, retinopatia diabética – descrita por oftalmologista por meio do fundo de olho e doença renal do diabetes – incluído clearance de creatinina (ClCr) menor que 60 e relação albumina/ creatinina na urina maior ou igual a 30mg/24h) e uso de bomba de insulina. Foram determinadas as variáveis laboratoriais a seguir: hemoglobina glicada (HbA1C), LDL (mg/dL), colesterol total/HDL, peptídeo-c, relação albumina/creatinina (RAC), Anti-GAD.

Após análise dos dados, a média dos dados encontrados na nossa população foram incluídos na calculadora Steno, uma ferramenta desenvolvida para análise do risco de doença cardiovascular nos próximos 10 anos em pacientes com DM1 com diagnóstico há menos de 20 anos. Configura-se nessa calculadora como baixo risco <10%, moderado risco 10-20%, e alto risco >20%. Resultados analisados também foram descritos em cálculo de risco cardiovascular da sociedade brasileira de diabetes como baixo risco, intermediário risco, alto risco e muito alto risco.

Após a identificação dos pacientes, os mesmos receberam informações sobre o trabalho a ser realizado, sendo solicitada autorização por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) durante a data da consulta médica, agendada previamente, em ambulatório de endocrinologia, sem quaisquer ônus ao paciente.

Análise estatística

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel e exportadas para o software SPSS no qual foram calculadas as frequências absoluta e percentual de cada variável de estudo, associadas por meio dos testes exatos de Fisher ou qui-quadrado de Pearson adotando uma confiança de 95%. A significância estatística será estabelecida quando o valor de p for inferior a 5%.

Requisitos éticos

Foram respeitados os princípios éticos determinados na Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referente a pesquisas com seres humanos, a saber, respeito à confidencialidade, privacidade e proteção da identidade. Foram respeitados pelos pesquisadores os princípios da bioética: beneficência, não maleficência, justiça e autonomia.

A pesquisa foi aprovada ao Comitê de Ética e Pesquisa do HGF (CEP/HGF), obedecendo aos princípios éticos estabelecidos, através de submissão na Plataforma Brasil, com o CAAE: 63654322.0.0000.5040, com parecer nº 5.737.233.

RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Variáveis demográficas, clínicas e laboratoriais

As características sociodemográficas e clínico-laboratoriais dos participantes do estudo são mostrados nos gráficos subsequentes. O estudo avaliou 155 pacientes com diagnóstico de DM1 com uma média de idade 31 anos e 12 anos de duração do diabetes.

Observou-se que o sexo feminino foi predominante – 96 pacientes (63,2%), a maioria dos pacientes apresentava até 30 anos – 81 pacientes, correspondendo a 53,3% da amostra, com média de idade de 31 anos. Ao diagnóstico inicial a maioria média de idade 19,14 ±9,72 anos, e dessa amostra 23 pacientes (15,1%) apresentavam idade igual ou inferior a 10 anos, com tempo de duração do diabetes maior que 10 anos, correspondendo a 52% da amostra, com minoria, 9 pacientes (5,8%), em uso de bomba de infusão contínua de insulina.

Quando analisado tempo de DM1, observamos que paciente após 10 anos do diagnóstico da doença, a maioria não apresentava doença cardiovascular prévia (p< 0,023), a maioria encontrava-se com LDL entre intervalo 70-100 ng/dL (p<0,181) e com relação albumina/creatinina <30 (p.0,008).

Em relação a medidas antropométricas, considerando IMC ideal entre 18-24,9 observou-se 49,7% dos pacientes dentro da normalidade, com média de 24,4kg/m². A média da circunferência abdominal foi 85 cm, com 72,7% dos pacientes dentro da normalidade, considerada a medida ideal para o padrão ocidental 80 cm para mulheres e 90cm para homens. A medida de pressão arterial realizado na consulta médica obteve PAS média de 119,6 mmHg e PAD média de 77,3 mmHg, sendo considerada ideal no nosso estudo como PAS < 120mmHg e PAD<80mmHg.

Quando avaliados os exames laboratoriais, a média de HbA1c foi de 9,3%, e a maioria dos pacientes encontrava-se com níveis acima de 7% (88,6%). Na análise dos lípidos, a dosagem do colesterol total esteve em níveis até 200 ng/dL em 79,5% dos pacientes, com uma média de 170 ng/dL. Observamos que a média de LDL foi 95 ng/dL, com a maioria dos pacientes entre o intervalo entre 70-100 ng/dL (45,3%) e HDL teve média de 53 ng/dL, estando dentro da normalidade em 71,3% dos pacientes.

Em relação a hábitos de vida, paciente com diabetes tipo 1 acompanhados no ambulatório do estudo com DM1 não eram tabagistas (95,4%) e não praticavam atividade física (73%).

Em relação a complicações microvasculares, descritas em tabela 6, 26 pacientes (27,1%) dos pacientes apresentavam alteração na relação albumina/creatinina e 30 pacientes (19,7%) apresentava estabelecido o diagnóstico de doença renal do diabetes, definida por relação albumina/creatinina na urina maior ou igual a 30mg/24h ou Clcr inferior a 60mL/min/1,73m. Neuropatia, definida por sintomas ou exame físico, foi descrito em 21,2% dos pacientes e 19,7% foram

classificados com retinopatia diabética por meio do fundo de olho realizado por oftalmologista. Quanto a eventos cardiovasculares prévios, tais como IAM, AVE e/ou DAOP, 7% dos pacientes apresentaram eventos anteriormente ao início da pesquisa.

Quando analisados paciente com eventos cardiovasculares prévios, descritos na tabela 1, observa-se maior parte, 88,9%, do sexo masculino ($p < 0,001$), com idade atual maior que 30 anos ($p = 0,047$), com diagnóstico de diabetes até 20 anos, com média do diagnóstico aos $18,44 \pm 10,4$ e tempo de doença superior a 10 anos em 88,9% dos pacientes ($p = 0,023$).

Apresentavam como hábitos de vida o sedentarismo em 88,9% e não tabagistas em 77,8% dos pacientes, com média de circunferência abdominal média $99,20 \pm 4,27$.

A hemoglobina glicada era superior a 7% em 85,7% dos pacientes, com LDL no intervalo entre 70-100ng/dL em 50% dos participantes, com cinco (55,5%) pacientes em uso de estatina, com relação albumina/creatinina com média $407,33 \pm 245,25$, superior a 30mg/24h em 100% dos casos, visto que apenas 3 dos 9 pacientes apresentavam resultados de exame. Dos 9 pacientes, 7 pacientes apresentavam retinopatia, 100% neuropatia ($p < 0,001$) e 88,9% com doença renal do diabetes.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínico-laboratoriais de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1

Eventos Cardiovasculares			
Sexo	Não	Sim	p-Valor
Feminino	95 (65.1%)	1 (11.1%)	0,001
Masculino	51 (34.9%)	8 (88.9%)	
Circunferencia abdominal aumentada			
Não	71 (74.0%)	3 (60.0%)	0,492
Sim	25 (26.0%)	2 (40.0%)	
Idade Atual			
Até 30	82 (56.2%)	2 (22.2%)	0,047
>30	64 (43.8%)	7 (77.8%)	
Idade diagnóstico DM			
Até 20	90 (61.6%)	7 (77.8%)	0,332
>20	56 (38.4%)	2 (22.2%)	
Tempo de doença			
Até 10	73 (50.0%)	1 (11.1%)	0,023
>10	73 (50.0%)	8 (88.9%)	
Tabagismo			
Não	136 (93.8%)	7 (77.8%)	0,149
Ex	6 (4.1%)	1 (11.1%)	
Sim	3 (2.1%)	1 (11.1%)	
IMC			
Subpeso	12 (8.6%)	0 (0.0%)	0,730
Normopeso	68 (48.6%)	4 (57.1%)	
Sobrepeso	50 (35.7%)	3 (42.9%)	
Obesidade	10 (7.1%)	0 (0.0%)	
Atividade Física			
Não	105 (71.9%)	8 (88.9%)	0,266
Sim	41 (28.1%)	1 (11.1%)	
HbA1c			
<7	14 (11.0%)	1 (14.3%)	0,790
7+	113 (89.0%)	6 (85.7%)	
LDL			
<70	34 (29.1%)	3 (42.9%)	0,438
70+	83 (70.9%)	4 (57.1%)	
LDL2			
<130	20 (23.8%)	1 (25.0%)	0,992
130 - 100	25 (29.8%)	1 (25.0%)	
100 - 70	38 (45.2%)	2 (50.0%)	
< 70	1 (1.2%)	0 (0.0%)	
CT			
Até 200	93 (79.5%)	6 (85.7%)	0,690
>200	24 (20.5%)	1 (14.3%)	

HDL			
Baixo	35 (29.9%)	0 (0.0%)	0,088
Alto	82 (70.1%)	7 (100.0%)	
CT HLD			
Baixo	96 (82.1%)	7 (100.0%)	0,219
Alto	21 (17.9%)	0 (0.0%)	
Peptídeo C			
<0,7	41 (80.4%)	1 (100.0%)	0,622
>0,7	10 (19.6%)	0 (0.0%)	
Relação alb cr			
<30	71 (74.7%)	0 (0.0%)	0,004
30+	24 (25.3%)	3 (100.0%)	
Uso bomba			
Não	137 (93.8%)	9 (100.0%)	0,443
Sim	9 (6.2%)	0 (0.0%)	
Retinopatia			
Não	122 (84.1%)	0 (0.0%)	0,000
Sim	23 (15.9%)	7 (100.0%)	
Neuropatia			
Não	120 (82.8%)	0 (0.0%)	0,000
Sim	25 (17.2%)	9 (100.0%)	
DCR			
Não	122 (83.6%)	1 (11.1%)	0,000
Sim	24 (16.4%)	8 (88.9%)	
Anti GAD			
Não	42 (44.2%)	0 (0.0%)	0,212
Sim	53 (55.8%)	2 (100.0%)	

*p>0,05

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Discussão

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) divide os pacientes com diabetes em baixo risco, intermediário, alto risco e muito alto risco. Portadores de DM1 há menos de 20 anos devem ter o risco avaliado pela calculadora Steno: <https://steno.shinyapps.io/T1RiskEngine/>.

O grupo de alto risco cardiovascular em pacientes DM1 ou DM2 em qualquer idade pode ser estabelecidos quando apresentarem até dois fatores de risco. Muito alto risco seria definida.

Muito alto risco seria definida pela presença de 3 ou mais fatores de alto risco, e DM1 com duração maior que 20 anos, com diagnóstico após os 18 anos, além de outros fatores descritos nos quadros 1 e 2 (11).

Quanto a estratificadores renais, relação albumina/creatinina em amostra isolada ou microalbuminúria 24h superior a 30mg/g seria considerada alto risco independente do clearance de creatinina (Clcr), e acima de 300 mg/g seria considerada muito alto risco cardiovascular.

Quadro 1 - Estratificadores (EAR)

Estratificadores (EAR)
Tradicionais <ul style="list-style-type: none"> DM2 há mais de 10 anos¹⁹ História familiar de doença arterial coronária prematura²⁰ † Síndrome metabólica definida pelo IDF²¹ ‡ Hipertensão arterial tratada ou não²² Tabagismo ativo²³ Neuropatia autonômica cardiovascular incipiente (1 teste de TAC alterado)⁷ Retinopatia diabética não proliferativa leve²⁷⁻²⁸
Renais <ul style="list-style-type: none"> Doença renal estratificada como risco alto EAR²⁴⁻²⁵ (Ver Quadro 3)
DASC (Doença aterosclerótica subclínica) <ul style="list-style-type: none"> Escore de cálcio coronário > 10 U Agaston³¹ Placa carótida (espessura íntima média >1,5mm)³² Angiotomografia coronária computadorizada com placa aterosclerótica³³ † Índice tornozelo braquial < 0,9³⁴ Aneurisma da aorta abdominal³⁵⁻³⁸ ‡

Fonte: Adaptado de Izar (2023).

Estratificadores de muito alto risco EMAR
<p>Prevenção primária de muito alto risco - (EMAR-1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Três ou mais EAR¹⁸ (ver quadro 2) • DM1 com duração maior que 20 anos,³⁹ diagnosticado após 18 anos de idade • Estenose maior que 50% em qualquer território vascular¹⁵ • EMAR renal²⁴ (Ver Quadro 3) • Hipercolesterolemia grave: CT >310mg/dL ou LDL c >190mg/dL³⁹ • Neuropatia autonômica cardiovascular instalada:⁷ dois testes autônomos cardiovasculares (TAC) alterados para NAC. • Retinopatia diabética²⁷ não proliferativa moderada-severa ou severa, proleferativa, ou evidência de progressão.
<p>Prevenção secundária - (EMAR - 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome coronariana aguda: infarto agudo do miocárdio ou angina instável • Infarto agudo do miocárdio antigo ou angina estável • Acidente vascular cerebral aterotrombótico ou ataque isquêmico transitório (AIT) • Revascularização coronariana, carotídea, renal ou periférica • Insuficiência vascular periférica ou amputação de membros

Fonte: Adaptado de Izar (2023).

A doença cardiovascular é a principal causa de morte entre pacientes com DM1, com este risco aumentado a depender do controle glicêmico. Estudos mostram aumento de morte por causa cardiovascular com aumento da hemoglobina glicada (12). Neste estudo, observamos que pacientes com complicações microvasculares apresentavam, em sua maioria, HbA1c acima de 7%, corroborando com achados do estudo clássico na avaliação de complicações em Dm1-DCCT/EDIC (13).

As complicações microvasculares no DM são divididas em retinopatia, nefropatia e neuropatia. A doença renal do diabetes é diagnosticada por meio da taxa de filtração glomerular e relação albumina/creatinina superior a 30mg/24h. No nosso estudo identificamos 31 pacientes (19,7%) com essa complicação, com 26 (26,8%) pacientes com presença de albumina na urina superior a 30mg, sendo considerados de alto risco cardiovascular de acordo com SBD, com meta de LDL inferior a 70 mg/dL.

Outra complicação microvascular analisada foi a retinopatia diabética (RNP), com descrição realizada por oftalmologista especializado, sendo dividido em retinopatia diabética não proliferativa leve, moderada e grave, além de retinopatia proliferativa. No nosso estudo dividimos entre presença e ausência de retinopatia, com identificação de 19,2% de pacientes com retinopatia diabética. A ausência de descrição do estágio do acometimento ocular ocasiona limitação ao nosso estudo, visto que a SBD classifica pacientes com RNP leve em alto risco cardiovascular e com RNP grave em muito alto risco cardiovascular. Os pacientes identificados tinham tempo de doença superior a 10 anos, dados compatíveis com a literatura (14); a maioria dos pacientes apresentavam doença renal do diabetes, visto que a hiperglicemia ocasiona microangiopatia em particular em rins e olhos (14) e pacientes com essa complicação não apresentavam bom controle glicêmico, reforçando os achados nos grandes estudos prospectivos randomizados DCCT e United Kingdom Prospective Study Group (UKPD) (15) para reforçar a necessidade de melhora no controle glicêmico para evitar complicações futuras.

Neuropatia diabética foi identificada por meio de sintomas de neuropatia, além de exame físico compatível. Pacientes

com essa complicação apresentavam dados semelhantes as demais complicações microvasculares, com tempo de doença superior a 10 anos e HbA1c acima de 7%,

A análise dos pacientes com eventos cardiovasculares fica limitada pelo n=9 pequeno, porém conseguimos observar com os esses pacientes apresentavam diagnóstico antes dos 20 anos e tempo de doença superior a 10 anos, achados compatíveis com a literatura (UKPDS). A média de circunferência abdominal aumentada, sendo considerada a gordura visceral um risco aumentado de doença cardiovascular, estando de encontro a literatura (16). Pacientes eram sedentários, outro fator que contribui para aterosclerose, visto que o exercício está associada a redução de inflamação sistêmica, HbA1c, sensibilização a insulina (17). Além disso, a maioria apresentava complicações microvasculares, sendo estabelecido na literatura a associação de complicações microvasculares e eventos cardiovasculares (11). Descompensação glicêmica pode ter contribuído para o paciente ter tido evento cardiovascular, conforme achados do estudo UKPDS. Podemos concluir, também, que o LDL encontrava-se fora do alvo (LDL<50mg/dL), sendo fator de risco para novos eventos ateroscleróticos.

Consideramos, também, limitações do nosso estudo o tamanho da amostra e a população avaliada ser jovem e com pouco tempo de furação de Dm1, onde usualmente é baixa a incidência de complicações cardiovasculares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

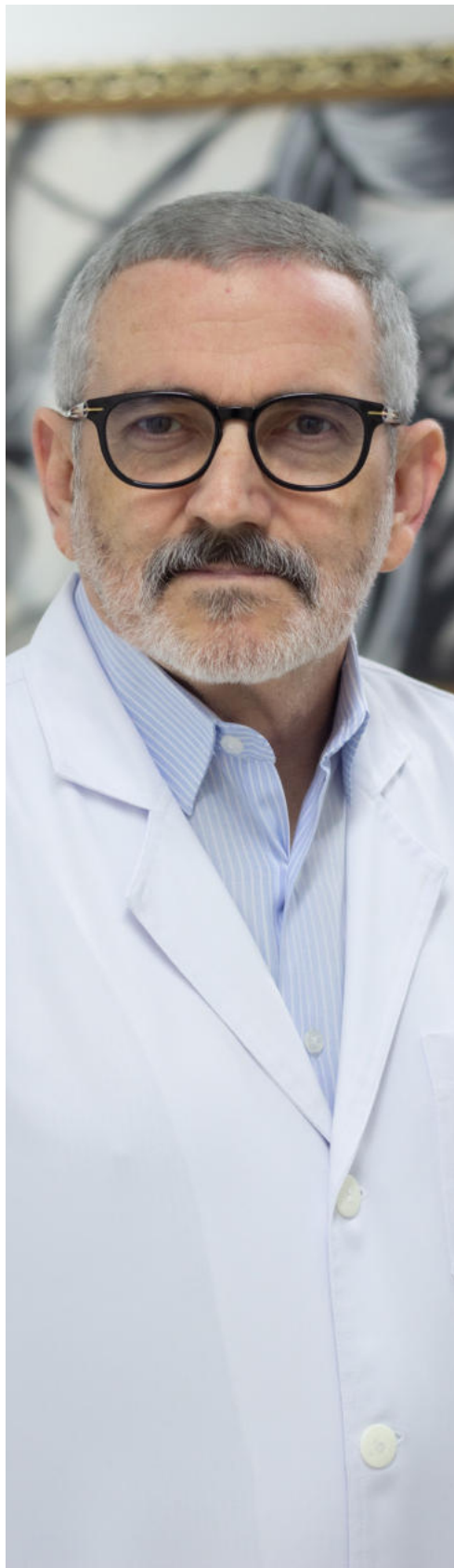
O estudo demonstrou um perfil predominante jovem e feminino, compatíveis com a literatura, com média estimada dos pacientes mostrando baixa (6,3%) prevalência de risco cardiovascular nos próximos 10 anos descrita em calculadora Steno. Observou-se que a média dos pacientes obteve baixa prevalência de eventos cardiovasculares nos próximos 10 anos de acordo com os fatores de risco analisados pela sociedade brasileira de diabetes. Em subanálise, os pacientes com doença microvascular e cardiovascular estabelecida, apresentavam como fatores de risco o tempo de doença superior a 10 anos, diagnóstico de

diabetes ter sido antes dos 20 anos, com glicemia fora do alvo, com hemoglobina glicada superior a 7%, com relação albumina/creatinina aumentada, e pacientes sedentários. Dos pacientes que haviam tido evento cardiovascular prévio, somente 1 dos 9 pacientes não apresentavam complicações microvasculares associadas, sugerindo correlação entre

eventos microvasculares e macrovasculares. De acordo com dados analisados, encontramos fatores de risco modificáveis para evitar aumento da doença cardiovascular estabelecida nos pacientes com diabetes tipo 1 do nosso estudo, porém sem validação de exame específico para minimizar o risco de evento macrovascular.

REFERÊNCIAS

1. DiMeglio LA, Evans-Molina C, Oram RA. Type 1 diabetes. *Lancet* [Internet]. 2019 [acesso em 02 jul 2023];391(10138):2449-2462. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31320-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31320-5).
2. Lima ACGB, Gonçalves MF, Rocha EV, D'Ávila LBO, Mascarenhas AN. Ankle-brachial index and subclinical atherosclerosis in type 1 diabetes. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2021 [acesso em 02 jul 2023];67(4):505-510. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20200695>.
3. Gomes MB, Calliari LE, Conte D, Correa CL, Drummond KRG, Mallmann F, et al. Diabetes-related chronic complications in Brazilian adolescents with type 1 diabetes. A multicenter cross-sectional study. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2021 [acesso em 17 jul 2023];177:108895. doi: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.108895>.
4. Rodrigues TC, Canani LH, Gross JL. Síndrome metabólica, resistência à ação da insulina e doença cardiovascular no diabetes melito tipo 1. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2010 [acesso em 17 jul 2023];94(1):134-139. doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2010000100020>.
5. Dahl-Jørgensen K, Larsen JR, Hanssen KF. Atherosclerosis in childhood and adolescent type 1 diabetes: early disease, early treatment? *Diabetologia* [Internet]. 2005 [acesso em 02 jul 2023];48(8):1445-1453. doi: <https://doi.org/10.1007/s00125-005-1832-1>.
6. Lovshin JA, Bjornstad P, Lovblom LE, Bai JW, Lytvyn Y, Boulet G, et al. Atherosclerosis and microvascular complications: results from the Canadian Study of Longevity in type 1 Diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2018 [acesso em 02 jul 2023];41(12):2570-2578. doi: <https://doi.org/10.2337/dc18-1236>.
7. Kupfer R, Larrúbia MR, Bussade I, Pereira JRD, Lima GAB, Epifanio MA, et al. Predictors of subclinical atherosclerosis evaluated by carotid intima-media thickness in asymptomatic young women with type 1 diabetes mellitus. *Arch Endocrinol Metab* [Internet]. 2017 [acesso em 17 jul 2023];61(2):115-121. doi: <https://doi.org/10.1590/2359-3997000000255>.
8. Soulimane S, Balkau B, Vogtschmidt YD, Toeller M, Fuller JH, Soedamah-Muthu SS. Incident cardiovascular disease by clustering of favourable risk factors in type 1 diabetes: the EURODIAB Prospective Complications Study. *Diabetologia* [Internet]. 2022 [acesso em 17 jul 2023];65(7):1169-1178. doi: <https://doi.org/10.1007/s00125-022-05698-2>.
9. Nathan DM. The Diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study at 30 years: overview. *Diabetes Care* [Internet]. 2014 [acesso em 17 jul 2023];37(1):9-16. doi: <https://doi.org/10.2337/dc13-2112>.
10. Devaraj SM, Kriska AM, Orchard TJ, Miller RG, Costacou T. Cardiovascular health in early adulthood predicts the development of coronary heart disease in individuals with type 1 diabetes: 25 year follow-up from the Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications study. *Diabetologia* [Internet]. 2021 [acesso em 17 jul 2023];64(3):571-580. doi: <https://doi.org/10.1007/s00125-020-05328-9>.
11. Izar MCO, Fonseca FAH, Faludi AA, Araújo DB. Manejo do risco cardiovascular: dislipidemia. In: *Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes* [Internet]. São Paulo: SBD; 2023 [acesso em 02 jul 2023]. doi: <https://doi.org/10.29327/557753.2022-19>.
12. Lind M, Svensson AM, Kosiborod M, Gudbjörnsdóttir S, Pivodic A, Wedel H, et al. Glycemic control and excess mortality in type 1 diabetes. *N Engl J Med* [Internet]. 2014 [acesso em 17 jul 2023];371(21):1972-1982. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1408214>.
13. Diabetes Control and Complications Trial (DCCT), Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (EDIC) Study Research Group. Intensive diabetes treatment and cardiovascular outcomes in type 1 diabetes: The DCCT/EDIC Study 30-Year Follow-up. *Diabetes Care* [Internet]. 2016 [acesso em 17 jul 2023];39(5):686-693. doi: <https://doi.org/10.2337/dc15-1990>.
14. Bosco A, Lerário AC, Soriano D, Santos RF, Massote P, Galvão D, et al. Retinopatia diabética. *Arq Bras Endocrinol Metab* [Internet]. 2005 [acesso em 17 jul 2023];49(2):217-227. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302005000200007>.
15. King P, Peacock I, Donnelly R. The UK Prospective Diabetes Study (UKPDS): clinical and therapeutic implications for type 2 diabetes. *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. 1999 [acesso em 02 jul 2023];48(5):643-648. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2125.1999.00092.x>.
16. Willis LH, Slentz CA, Houmard JA, Johnson JL, Duscha BD, Aiken LB, et al. Minimal versus umbilical waist circumference measures as indicators of cardiovascular disease risk. *Obesity* [Internet]. 2007 [acesso em 02 jul 2023];15(3):753-759. doi: <https://doi.org/10.1038/oby.2007.612>.
17. Moser O, Eckstein ML, West DJ, Goswami N, Sourij H, Hofmann P. Type 1 diabetes and physical exercise: moving (forward) as an adjuvant therapy. *Curr Pharm Des* [Internet]. 2020 [acesso em 02 jul 2023];26(9):946-957. doi: <https://doi.org/10.2174/138161282666200108113002>.



Walter Miranda

Clínico geral e assessor médico-jurídico do Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

No Hospital Geral de Fortaleza (HGF) há mais de trinta anos, Walter Gomes de Miranda se orgulha de sua trajetória profissional na instituição, a qual, afirma, “já nasceu grandiosa”. Com domínio sobre a citação, o clínico geral exerceu importantes funções no equipamento hospitalar da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa).

Nascido em uma família de seis irmãos, Walter conta que a vontade de ser médico surgiu ainda criança. “Nunca pensei em ser outra coisa. Foi um desejo muito íntimo e espontâneo, sem influência familiar. Sou, inclusive, o primeiro médico da família”, diz. Os pais, já falecidos, Walter Gomes Miranda (servidor público) e Maura Joselia de Matos Miranda (dona de casa) tiveram papel importante no caminho traçado por ele.

“Vim de uma família simples, estudei em escola pública, até que meu pai conseguiu, com um amigo, uma bolsa de estudos para o colégio Farias Brito, onde cursei o segundo e terceiro ano [do ensino médio]. Lá, prestei vestibular para Medicina em 1974”, relembra.

Foi também professor de língua inglesa por seis anos no Instituto Brasil-Estados Unidos (Ibeu). “Meus pais foram contra [o ensino], mas soube conciliar bem os estudos [na Faculdade de Medicina] com as aulas de inglês. Consegui comprar meus livros e também o meu primeiro carro”, complementa.

Ao se formar, em 1980, trabalhou para o exército, período que descreve como “a volta por cima”, já que, ainda com 18 anos de idade, fora dispensado por ter comprometimentos na visão. “Tinha oito graus mais ou menos e fui dispensado imediatamente. Já formado, tive que me apresentar novamente e desta vez fui aprovado”, conta orgulhoso.

Walter também trabalhou no hospital do exército (Hospital Geral de Fortaleza (HGef) por nove anos, atuando, além de Fortaleza, nos estados do Maranhão e Rondônia.

Carreira no “grandioso”

Em 1991, fez o concurso da Sesa e, em 1992, iniciou sua trajetória no até hoje maior hospital da rede estadual, o HGF. “Meu primeiro local de trabalho foi a Emergência do hospital e, lá, atuei por vinte e quatro anos. Primeiro como chefe de equipe e,

depois, como gerente clínico”, conta. “Foi um período difícil, mas que mostra a importância do HGF para a saúde pública. Apesar das condições, é importante reconhecer o valor do equipamento. Vidas salvas e assistência aos usuários mesmo diante de tantas adversidades”, destaca. Em 2016, assumiu a direção médica, na qual ficou até 2019, quando assumiu o cargo de assessor jurídico do equipamento.

“Durante os três anos em que fiquei na direção médica, o João Batista Silva (ex-diretor do HGF) solicitava, muitas vezes, que eu representasse o hospital em ações civis públicas. O começo foi complicado, era difícil lidar com o ambiente, mas, aos poucos, fui me adaptando ao trato com as excelências”, explica sobre o direcionamento de carreira para a área jurídica.

Ao sair da direção médica, imaginou que retornaria para a emergência. “Era meu lugar de origem. Imaginava que voltaria para completar o meu tempo de serviço, mas não foi o que aconteceu. A experiência adquirida para lidar com questões de jurisdição da saúde me levaram para um espaço nunca imaginado”, pontua.

Walter passou a trabalhar no Jurídico (então chamado de Núcleo de Gerenciamento de Ordens Judiciais), setor criado para acelerar a resolutividade dos processos que envolvem o Estado, Sesa e HGF. Na segunda edição da Revista do HGF, a crônica intitulada Data Venia discorre sobre sua chegada à área jurídica.

A atuação médica, no entanto, não foi deixada de lado. “Trabalho quarenta horas no jurídico do HGF e, quando não estou, assumo meu consultório. Já estou pensando na aposentadoria, quero aproveitar mais a família, meus netos. Mas até lá, enquanto eu me sentir bem e útil, e acho que sou no Jurídico, sigo”.

O médico tem quatro filhos. Três seguiram seus passos na Medicina e um é analista de sistemas. “O com juízo foi por outro caminho”, diverte-se.

Avaliando o crescimento e o papel do HGF, o assessor médico do jurídico conclui: “O HGF é grandioso e vem se adaptando às mudanças, muitas vezes de modo pioneiro, com novas técnicas cirúrgicas e avanços realizados pelos profissionais que o compõem”.

FOGO DA TERRA

Ígneo bronze lançado
Areia vermelha incandescente
Escorre pelo monte largado
Visceral calor nascente
Arde a terra despertada
Em fogo, avanço e torrente.

Explosão de natureza
Pressão de séculos escapa
Fulgor de potência e beleza
Ardor que a tudo solapa
Fúria de Deus escondida
Fumo e cinza que desatina
Martelo que bate e esmaga.

Gerado no centro da esfera
É fogo, terra e tudo mais
Dispara liberta a fera
Destruição invencível e mortal
Em si mesma, nem bem, nem mal
É grito ribombante que encerra
O poder e o ser total.



Autor: Moacir Mariz, médico obstetra do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e Membro da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores (Sobrames)

Servidores aposentados do HGF - 2023

Ana Maria Rodrigues de Oliveira Façanha	Nutricionista
Celina Maria Abrahão Bomfim	Assistente Social
Cláudia Maria Costa de Oliveira	Médica
Dilma Veras	Médica
Eliane Pires Moura de Araújo	Médica
Euzimar do Espírito Santo Barbosa	Auxiliar de Enfermagem
Fátima Maria Barbosa Lima	Auxiliar de Enfermagem
Francisco Euripedes Gomes de Lima	Médico
Gelma Freitas Peixoto	Médica
Gorete Diogenes Cunha	Auxiliar de Enfermagem
Ilvana Lima Verde Gomes	Enfermeira
Ivanir Martins de Oliveira Martins	Agente Administrativo
Izabel Rene Leitão	Médica
Jedson Vieira Gomes	Médico
Jocilene Soares Marques	Técnico de Laboratório de Análise Clínicas
José Irandi Carvalho	Técnico em Radiologia
Maria das Graças Carneiro	Enfermeira
Maria de Fátima Bezerra da Costa	Enfermeira
Maria Fátima Castro Oliveira	Enfermeira
Maria Sandra Medeiros Mirando e Araújo	Enfermeira
Regivania Maria Maciel dos Santos	Médica
Rosangela Pinheiro G. Machado	Médica
Silvana da Silva Pinto	Enfermeira
Soraya Mendes da Silva	Agente Administrativo
Valdilene Maria Silva Dantas	Nutricionista

Obtuário de servidores do HGF - 2023

Iriane Alves Celedonio	Técnico em Radiologia
José Edilson Araujo de Melo	Médico
Maria Elizabeth Souza Da Rocha	Médica



HOSPITAL
GERAL DE
FORTALEZA



Hospital Geral de Fortaleza
CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE