

ANO 2 | nº 03 | Julho 2015

MEAC

MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND
51 anos de crescimento



HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DA UFC
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

*Entre um sorriso
e um biscoito Fortaleza,
a gente fica com os dois.*



M. Dias Branco

Biscoitos e Massas Fortaleza.
Vivendo com você o gostinho
de cada momento.



Superintendente dos hospitais universitários da UFC

José Luciano Bezerra Moreira

Gerente de Atenção à Saúde

Carlos Augusto Alencar Júnior

Gerente Administrativo Financeiro

José Augusto de Siqueira Campos

Gerente de Ensino e Pesquisa

Renan Magalhães Montenegro Júnior

Divisão de Gestão do Cuidado

Francisco Edson de Lucena Feitosa

Divisão Médica

Zenilda Vieira Bruno

Divisão de Enfermagem

Simone Maria Pinheiro Meireles

Setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Maria Liduina Freitas Pinto

Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

Eugenie Desireé Rabelo Neri Viana

Setor de Regulação e avaliação em Saúde

Maria do Socorro Veras Vilanova

Setor de Urgência e Emergência

Clarisse Uchoa de Albuquerque

Unidade de Pronto Socorro/Pronto Atendimento

Oswaldo José Queiroz Dias

Unidade de Farmácia Hospitalar

Tatiana Amancio Campos

Unidade de Atenção à Saúde da Mulher

Raquel Autran Nunes

Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra

Unidade de Clínica Médica e Cirurgia Geral

Antônia Maria de Carvalho

Unidade de Atenção Psicossocial

Tereza Cristina Alvez Ferreira

Unidade de Laboratório de Análises Clínicas e Anatomia Patológica

Elizabeth Ribeiro Yokobatake Souza

Unidade de Diagnóstico por Imagem e Métodos Gráficos

Maria José Carneiro

Unidade de Reabilitação

Elisete Mendes Carvalho

Unidade de Nutrição

Macicleide de Silva Bandeira

Unidade de Cuidado Intensivo Materno

Rejane Lúcia Alvez Maia

Unidade Neonatal de Cuidados Intensivos e Intermediários

Eveline Campos Monteiro de Castro

Unidade de Cirurgia, RPA e CME

Luciana Maria de Oliveira Nascimento

Unidade Transfuncional

Denise Menezes Brunetti

NESAR - Núcleo de Estudos em Saúde Reprodutiva

Silvia Bonfim Hippolito

Setor de Gestão de Ensino

Francisco Costa Carvalho

- 04 | A maternidade que dá lições de excelência.
- 06 | MEAC: Futuro promissor.
- 07 | Do modelo hierarquizado à participação por cogestão.
- 08 | Enfermagem: ontem, hoje, sempre... a essência do cuidar.
- 10 | Prevenção de malformações congênitas.
- 14 | Abordagens das patologias de trato genital inferior.
- 16 | DST's e violência sexual.
- 17 | Acolhimento e promoção da saúde da paciente.
- 18 | Atuação das ouvidorias do complexo hospitalar/UFC.
- 19 | Impacto da Endometriose na qualidade de vida.
- 22 | O alicerce obstétrico e ginecológico da MEAC.
- 24 | Produção científica foi muito satisfatória.
- 26 | A fisioterapia em todos os níveis de atenção.
- 28 | As parturientes tem direito ao Acompanhante.
- 30 | Cuidados também com as dependentes químicas.
- 32 | Perfil dos internamentos na UTI em 2014.
- 34 | UTI neonatal, um trabalho incessante para garantir a vida.
- 37 | Ações para reduzir a mortalidade materna.
- 38 | Planejando melhor uma gravidez.

Revista da MEAC

Editor:

Luciano de Paiva (MTB 073)

Editor adjunto:

Luís Marcelo Benevides de Paiva

Coordenação e Supervisão:

Vinicius Roberto Benevides/Lúcia Melo

Diretor Comercial:

Marcelo Paiva

Fones (85) 98847.6151/99625.0809

Publicidade:

Fones (85) 3081.4817/3081.8545/3081.1371

Projeto Gráfico:

Lucas Melo - (85) 98907.5686/99705.9112

Fotografias:

Lucas Petrowski/Marcelo Paiva

Impressão e Acabamento:

Pounchen Ramos

Tiragem:

5000 exemplares

A Revista de MEAC é uma publicação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand com supervisão direta de sua gerência de atenção à saúde. Tem circulação gratuita e dirigida através de mala direta, autoridades e diversos outros segmentos da área da saúde. Ela não representa um só real de despesas para MEAC. Todos os seus custos são cobertos por comerciais de empresas e instituições outras que acreditam no seu elevado grau de abrangência. Esta revista não se responsabiliza pelas opiniões apresentadas nas matérias assinadas. É permitida a reprodução total ou parcial do seu conteúdo, entre tanto solicita-se a citação da fonte o envio de um exemplar da publicação para a instituição.



A maternidade que dá lições de excelência

Henry de Holanda Campos

Reitor da Universidade Federal do Ceará.

Fundada há 51 anos, após memorável campanha conduzida pelo Diretor Geral dos Diários Associados, João Calmon, a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand é o berço onde nasceram dezenas de milhares de cearenses. Só isso bastaria para lhe emprestar significado especial no contexto de nossa rede hospitalar. Mas, graças ao idealismo e discernimento dos que a edificaram e dirigiram até a presente data, a MEAC tornou-se muito mais do que uma casa de parto. Rapidamente, incorporou uma série de outras missões – todas essenciais para o avanço da área da saúde no Estado – e logo se revelou imprescindível em nosso meio.

Entregue à Universidade Federal do Ceará, após a inauguração, em dezembro de 1963, a Maternidade passou a funcionar como hospital de ensino, desenvolvendo pesquisas e assistência terciária à saúde. É ali onde os alunos de nossa Faculdade de Medicina vão aprofundar-se nas lições de Obstetrícia, Ginecologia, Anestesiologia e Neonatologia, ou fazer sua Residência Médica.

Pela qualidade do atendi-

mento e, especialmente, pelo nível dos profissionais que nela atuam, a MEAC firmou-se como polo de referência e de excelência. Dentre tantos outros que emprestaram à Maternidade-Escola o melhor de sua inteligência, sensibilidade e capacidade de trabalho, quero sublinhar um nome que, para mim, é emblemático, sintetizando o próprio espírito da instituição. Refiro-me ao Dr. Galba Araújo, que consagrou toda a sua gestão, como Diretor da Maternidade, à melhoria da qualidade da assistência obstétrica. Hoje, o seu legado perpetua-se na filosofia de trabalho daquela casa, onde foi homenageado, de uma forma original, ao se criar o Museu do Parto.

Com uma estrutura complexa, a MEAC atende às mais diferentes demandas, exercitando o nível de profissionalismo que se exige de uma instituição do seu porte. Ambulatórios diversos, Centro Cirúrgico, Centro de Parto Humanizado, Clínica Obstétrica, Emergência, Farmácia, Laboratório, Projeto Canguru, Serviço Social, UTIs... são alguns dos desdobramentos que foram surgindo, ao longo dos anos, na busca

pelo contínuo aprimoramento.

Na primeira linha da prestação de serviços à sociedade, coloca-se outro setor essencial: o Banco de Leite Humano, que promove o aleitamento materno, como estratégia para reduzir os índices de mortalidade infantil. Funciona desde 1988, sendo que, desde 1993, a Maternidade-Escola da UFC tem reconhecimento nacional como Hospital Amigo da Criança, onde o Banco de Leite cumpre papel de relevo, melhorando a qualidade de vida da população.

Ética, moralidade, transparência, humanização, valorização profissional e profissionalismo são alguns dos valores que orientam a atuação da MEAC. A enorme credibilidade ameaçada ao longo de cinco décadas é que lhe permite associar a tradição à mais moderna tecnologia, visando oferecer um atendimento de excelência. Instituição implantada no seio de outra grande instituição – a Universidade – a Maternidade-Escola assume com muita seriedade o seu papel essencial de dar à luz as novas gerações de cearenses.

Hospitais que são referência em neonatologia contam com o atendimento Hosp Trade

Se você precisa de tecnologia neonatal de ponta a Hosp Trade tem o que há de mais moderno em equipamentos:

Venda
Locação
Manutenção
Calibração
Treinamento

A Hosp Trade é representante exclusiva da FANEM no estado do Ceará.



Bilitron Sky 5006



Vision Advanced 2286



Ampla 2085

(85) 3194 6300
vendas@hosptrade.com.br | www.hosptrade.com.br



HOSP TRADE
distribuindo saúde



MEAC: Futuro promissor

Dr. José Luciano Bezerra Moreira.

Superintendente dos Hospitais Universitários da UFC/EBSERH

A Maternidade Escola deverá passar por um processo de modernização significativo para continuar sendo um dos principais centros hospitalares do Norte e do Nordeste. A manifestação é do superintendente do complexo hospitalar da Universidade Federal do Ceará, professor José Luciano Bezerra Moreira, ao fazer uma previsão do futuro do importante centro materno e neonatal da região.

Luciano Moreira destaca que as alterações porque começará a passar a MEAC chamarão a atenção dos pacientes e da própria comunidade cearense. “A maternidade – explica o superintendente – se apresentará às parturientes com a qualidade e a excelência profissional, tanto da equipe que já vinha atuando no setor, com novos valores que estão chegando”.

Na sua opinião, a exteriorização da maternidade-escola é indispen-

sável. “Próximo da estrutura atual – explica – vamos modernizar o setor de emergência e criar a casa da gestante, bebê e puérperas. As pessoas serão atendidas e, se for o caso, continuarão sob cuidados médicos num anexo do hospital. Existem inúmeros casos em que as gestantes não devem retornar ao domicílio e necessitam de cuidados intermediários. Assim, além do complexo de atendimento emergencial, teremos um outro para dar suporte de hospedagem às gestantes até a alta definitiva”.

“De igual forma – completa – estamos vendo maiores benefícios para os bebês. Nem todos os que recebem alta médica em uma unidade de tratamento intensivo têm condições de ir para casa. Há de se cuidar mais daqueles que passaram por momentos bem críticos. Por isso, projetamos uma ala, também fora da

unidade hospitalar central, para servir como hotel de trânsito, tanto para as mães como para os bebês. Mães e filhos somente deixarão o circuito hospitalar após o que poderíamos chamar de alta definitiva”.

O professor Luciano Moreira cita ainda como um dos grandes projetos da MEAC para os próximos anos, uma atenção bem maior às puérperas. “O parto é um evento absolutamente natural – explica o professor – mas quando vem acompanhado de complicações deixa de ser natural.

Por isso é que temos que continuar a ter nos nossos quadros de pessoal, profissionais médicos da mais elevada competência e em número suficiente para atuar em todas as áreas da casa. Mães e bebês necessitarão sempre de suporte médico, ponto que eles sempre encontrarão na MEAC”.



A TECLAV SE ORGULHA DE PARTICIPAR ATIVAMENTE DA HISTÓRIA DA MEAC E DESEJA SINCEROS PARABÉNS A TODOS QUE FAZEM E FIZERAM PARTE DESTA RENOMADA INSTITUIÇÃO NOS ÚLTIMOS 50 ANOS.

TecLav
Tecnologia e lavagem industrial Ltda.



Do modelo hierarquizado à participação por cogestão



Eugenie Desirée Rabelo Néri
Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.



Carlos Augusto Alencar Júnior
Gerente de Atenção à Saúde da MEAC/UFC/EBSERH.

A necessidade de repensar o modelo de gestão dos hospitais públicos é tônica atual, pois muitos são os pontos frágeis típicos dos modelos tradicionais e hierarquizados de gestão, que distanciam as instituições de saúde do seu real papel de provedor de soluções em saúde e desvirtua seus resultados, daqueles desejados pela sociedade, para a concretização das políticas públicas. Como “cura”, para esse quadro típico de adoecimento das instituições que fazem saúde pública em nosso país, são propostos por ideólogos, tal como Gastão Wagner, “tratamentos” baseados em modelos que promovem as transformações democráticas e o fortalecimento dos princípios do SUS, sendo um deles a cogestão.

Cogestão é uma forma de socialização e democratização da gestão, pautada na socialização de saberes, dos dispositivos tecnológicos e organizativos, com ruptura do modelo puramente hierarquizado e centralizado de decisão, capaz de construir o compromisso e a solidariedade com o interesse público, impulsionando a capacidade reflexiva e a autonomia dos trabalhadores que atuam na linha de frente do cuidado, de modo a gerar o reconhecimento do papel da instituição na rede e da imperiosa necessidade do funcionamento das redes de atenção à saúde. Nesse modelo é clara a dimensão coletiva da tarefa de gestão, e do reconhecimento de que a gestão não pode ser atribuída somente aos especialistas ou a grupos restritos de pessoas, mas, pelo contrário, deve considerar os desejos e opiniões dos

trabalhadores, na gestão dos processos de trabalho, em plena harmonia com as necessidades sociais.

Nesse contexto, a Gerência de Atenção à Saúde da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, entendendo o papel estratégico da MEAC na rede de atenção materno-infantil, adotou o modelo de cogestão, com formação de colegiados gestores com ampla participação institucional, como parte do plano de articulação interna para promover a democratização da gestão, instituir compromissos coletivos com a qualidade dos resultados obtidos e o atendimento das demandas da rede local de saúde, tomando para si o desafio de materializar o direito dos cidadãos cearenses à saúde pública de alta qualidade dedicada ao binômio mãe-bebê. Atualmente, além do colegiado gestor da Rede Cegonha, estão em funcionamento seis colegiados gestores: ambulatório, centro cirúrgico, centro obstétrico, emergência, internação e neonatologia.

Nesse processo, o envolvimento dos profissionais em espaços coletivos de discussão e a inserção, cada vez mais ativa dos usuários e familiares na vida da MEAC, tem sido sentida, tendo destaque para o espaço crescente do protagonismo do pai e dos avós, promovendo a perenização dos laços familiares e afetivos, envoltos pela perspectiva de garantir os direitos que lhes são assegurados e também o avanço no compartilhamento e corresponsabilização do tratamento e cuidados em geral.

Esse modelo tem promovido uma nova lógica interna de estruturação da gestão na MEAC, cujo impacto tem sur-

tido sobre a corresponsabilização (sem contudo, haver a homogeneização de seus saberes e responsabilidades), compartilhamento do poder, alinhamento das metas internas com a necessidade da rede de atenção à saúde na qual a MEAC está inserida. Aflorou sentimentos e atitudes pelos resultados do cuidado, trazendo senso de pertencimento, refletindo positivamente sobre o envolvimento dos profissionais com a missão institucional e seu papel estratégico para a rede de atenção materno-infantil e porque não dizer, gerando resultados sentidos diretamente na vida de centenas de pessoas que utilizam mensalmente os nossos serviços.

Com a adoção do modelo democratizado de gestão, o modelo departamentalizado está, na prática, sendo suplantado, resultando na gradativa mudança do foco do trabalho na produção pela produção, passando esta a, efetivamente, ser avaliada pelo valor agregado ao atendimento das necessidades sociais, incluindo aí, esforços para a produção com liberdade e autonomia, ao invés de controle e dominação, ampliando para avaliações em dimensões qualitativas da produção do trabalho em saúde.

Desta forma, na MEAC, está sendo possível transcender da mera produção de consultas e procedimentos, para a construção de um padrão de assistência cada vez mais ético e que atende aos anseios de qualidade, humanização, acolhimento, resolutividade e celeridade que a sociedade cearense necessita, em plena integração aos demais equipamentos da rede de atenção à saúde da mulher e da criança.



Enfermagem: Ontem, hoje e sempre... a essência do cuidar

A assistência de enfermagem nunca esteve tão pautada em alicerces científicos. Atualmente o processo de trabalho realiza-se bem mais elaborado do que no tempo em que Florence Nightingale iniciou sua contribuição na enfermagem, como pioneira no cuidado aos feridos durante a Guerra da Criméia.

Esta jovem senhorita rica e bem relacionada, ficou conhecida como a “dama da lâmpada” pelo fato de servir-se deste instrumento para auxiliar na iluminação ao avaliar os feridos durante a noite.

Florence, a precursora da enfermagem moderna, foi a responsável por lançar as bases da enfermagem como profissão, a partir de 1860, com sua escola de enfermagem no Hospital St Thomas, em Londres. Tornou-se pioneira na utilização do modelo biomédico, baseando-se na medicina praticada pelos médicos, porém com o olhar mais voltado ao cuidado holístico e não só para o restabelecimento físico, já que o primeiro não leva em conta o papel dos fatores sociais ou subjetividade individual e criou a Teoria Ambientalista.

Isso deu impulso para a formação em escalas maiores, a nível mundial, de enfermeiros bacharelados e a partir daí a busca pelo saber científico,

que com o aprimoramento das habilidades técnicas traçou como objetivo para os enfermeiros, a promoção, a educação, a proteção e a recuperação da saúde.

As diretrizes curriculares nacionais orientam a formação do enfermeiro generalista, humanista, crítico e reflexivo, ou seja, um profissional qualificado para o exercício de enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos.

Para o cliente, família e comunidade que busca o atendimento de suas necessidades nas unidades de saúde, torna-se imprescindível a utilização de um método capaz de organizar as ações dentro de um contexto adequado, já que não se deve valer pelo simples fato de fazer, e sim, fazer bem feito.

Dentro deste contexto, a enfermagem tem buscado atingir a primazia do cuidado quando desenvolve ações de forma sistematizada, lógica, racional e organizada, adotando o processo de enfermagem como método para alcançar tais metas.

Segundo Tannure, Gonçalves e Carvalho (2010), a utilização do processo de enfermagem consiste em uma metodologia baseada em referências teóricas de acordo com a filosofia de

cada instituição, podendo atender os pacientes de forma individualizada e integral nas suas necessidades biopsicossociais. A enfermagem da MEAC optou por trabalhar à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta. Se para o cliente torna-o singular, para a profissão norteia a equipe, facilita a mensuração de custos hospitalares além de proporcionar autonomia e cientificidade ao exercício profissional.

A Resolução 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), revogada pela Resolução 358/2009, determina como incumbência privativa do enfermeiro aplicar o processo de enfermagem, e que a implementação da sistematização de assistência de enfermagem (SAE) deve ocorrer em toda instituição de saúde pública e privada e que os passos dessa sistematização sejam formalmente registradas no prontuário do cliente (COFEN, 2009).

Os enfermeiros da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), são responsáveis exclusivamente da aplicação do processo de enfermagem em suas clientes que se submetem a institucionalização desde o ano de 2009, quer seja ainda na emergência quer seja nas unidades de internamento. Com a inserção de mais enfermeiros

Art médica

Produtos Hospitalares Especializados

Rua Nossa Senhora de Nazaré, 02 - Guaribas/Eusébio - CE
Fone/Fax: (85) 3278.2844/3307.9696

Distribuidor Autorizado:

Johnson-Johnson

Grampeadores, cargas, tesouras,
fios de sutura, telas, selantes,
Slings e cateteres



DANONE
NUTRIÇÃO ESPECIALIZADA

Dietas orais e enterais,
suplementos, Módulos,
fórmulas especiais infantis.

nos ambulatorios, a SAE também será implantada nesses espaços, o que já configura uma nova filosofia de trabalho, fruto de uma gestão partícipe, que evoca de seus pares, as competências e habilidades pessoais.

O processo de enfermagem envolve cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação e Avaliação de Enfermagem.

No histórico utilizado atualmente, constam dados de identificação: nome, idade, procedência, estado civil, escolaridade, profissão, prontuário, data de admissão, religião; da gestação atual: DUM, DPP, realização ou não de consultas de pré-natal, bolsa íntegra ou não, percepção de movimentação fetal, batimentos cardíaco-fetais; antecedentes pessoais como co-morbidades, internações e cirurgias anteriores, alergias, hemotransfusões, tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas; antecedentes obstétricos como número de gestações, paridade e aborto, além dos tipos de parto, número de filhos vivos ou natimorto, complicações obstétricas e exame físico.

Com a conclusão da primeira etapa, através do histórico de enfermagem, possibilita a identificação dos diagnósticos de enfermagem especifi-

cos, de acordo com a *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA I), para que a partir daí sejam estabelecidas intervenções segundo a *Nursing Interventions Classification* (NIC), levando em consideração as características definidoras e os fatores relacionados ou de risco.

Vale salientar, que durante e após as intervenções realizadas, o enfermeiro avalia continuamente, no intuito de adequar o cuidado de forma individualizada, respeitando as especificidades de sua clientela, com vistas a aprimorar as formas de atender com segurança, eficácia e eficiência.

Coloca-se, neste íterim, o desafio de realizar as atividades assistenciais, a supervisão da equipe de enfermagem, outras atribuições que o enfermeiro acumula e o gerenciamento do tempo, dos recursos humanos e técnicos. Neste contexto, Garcia e Nóbrega (2009) referem que não se pode ignorar que a organização das ações, resulta em maior dinamismo e possibilidade de identificação, compreensão e explicação das necessidades humanas em face de eventos do ciclo vital ou de

problemas de saúde, reais ou potenciais.

Portanto, a primazia da excelência no atendimento de enfermagem na MEAC, perpassa pela busca contínua de aprimoramento por parte dos profissionais, alicerçados em evidências científicas, pois a partir dessa postura, os enfermeiros demonstram que tem desejo e potencial de qualificar o cuidado prestado, quando utilizam de saberes fundamentados para a assistência à saúde de forma a evitar negligências, imperícias e imprudências.

Referências

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Cofen). **Resolução COFEN nº358/2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados. Garcia TB, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa: **Escola Anna Nery. Rev de Enferm.** Mar;13(1):188-93, 2009.
- NANDA International. **Nursing diagnoses: definitions and classification 2012-2014**. Indianapolis: Wiley-Blackwell. 2011.
- Tannure, MC, Gonçalves, AMP, Carvalho, DV. O Processo de Enfermagem. In: **Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos

Enfermeira Assistencial do Ambulatório de Mastologia da MEAC. Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente-UECE

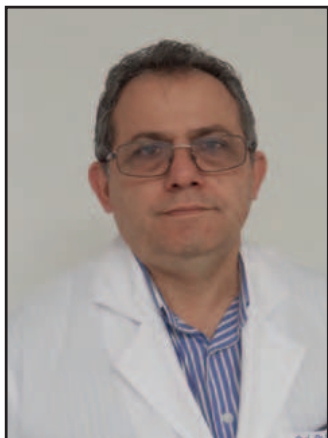
Simone Maria Pinheiro Meireles

Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Gerente de Enfermagem da MEAC

Regina Cláudia Melo Dodt

Enfermeira Assistencial da Educação Permanente da MEAC. Doutora em Enfermagem – UFC





Dr. Helvécio Alves Feitosa (*)

Prevenção de malformações congênitas

A prevenção de malformações congênitas deve ser iniciada por meio de adequada avaliação pré-concepcional, momento em que se procura identificar fatores de risco para tais ocorrências e tratar condições maternas que predisponham à maior incidência de defeitos congênitos, o que possibilita informar e orientar à mulher/casal receber as orientações adequadas, com vistas a uma gestação saudável.

A consulta pré-concepcional constitui-se no melhor momento de prevenção, pois permite o planejamento da investigação indicada para cada casal, em tempo oportuno. O risco populacional de se ter um filho afetado por alguma malformação congênita gira em torno de 2% a 5%. Informações a respeito de condições maternas (algumas doenças, uso de certos tipos de medicamentos, exposições ambientais), consumos de álcool, fumo e drogas ilícitas, imunização e prevenção de infecções servem para prevenir retardo mental, defeitos congênitos e complicações obstétricas.

Diversos fatores podem estar envolvidos no determinismo das malformações congênitas. Estima-se que cerca de 20% são de causas gênicas (genéticas), 15% de causa cromossômica, 10% de causa ambiental e a maioria, em torno de 65%, de origem multifatorial.

Na avaliação pré-concepcional, ganha relevância o histórico de doenças genéticas nas famílias do casal, o que

permite o planejamento de tomadas de decisão antes e durante a gravidez. Em nosso meio, em especial no interior do Estado, é comum, por exemplo, a consanguinidade (em especial, o casamento entre primos). Tal situação propicia o aumento das doenças genéticas, por aumentar a chance do encontro de genes recessivos.

A idade materna também ganha relevância nos dias atuais, em que as mulheres postergam a gravidez por cursar o ensino superior, pela inserção no mercado de trabalho, planejamento familiar, dentre outros fatores. A idade materna avançada aumenta a chance de anomalias cromossômicas fetais, em especial as trissomias (do cromossomo 21 – síndrome de Down; do 18 – síndrome de Edwards; e do 13 – síndrome de Patau). Tal risco está relacionado à idade do ovócito, o qual tem a mesma idade materna, pois a mãe não produz novos ovócitos após o nascimento. Considera-se idade materna avançada, com consequente aumento do risco de anomalias cromossômicas, a partir de 35 anos. Em termos gerais, tal risco é de 0,5% aos 35 anos, 1% aos 40 anos e 5% aos 44 anos. Tais alterações ocorrem também em mulheres mais jovens, mas a chance de ocorrer aumenta com a idade materna, como já visto. Portanto, retardar a gravidez para uma idade mais avançada, além de reduzir a chance de engravidar (a fertilidade cai com o progredir da ida-

de), aumenta o risco genético.

Dentre os fatores ambientais que determinam malformações, cerca de 5% consistem em radiações, infecções pré-natais e alterações metabólicas maternas. A utilização inadvertida de medicamentos e substâncias químicas durante a gestação representa em torno de 5% do fator ambiental. Cerca de 20 a 30% dos agentes considerados teratogênicos (que causam malformações) são medicamentos. Dentre estes, existe uma ampla gama que não deve ser utilizada, na gravidez, em especial no primeiro trimestre, que é quando o embrião está se formando, sendo mais sensível à ação de agentes ambientais. Vale citar dentre a lista de proibidos, medicações para emagrecimento (sibutramina, fenproporex, anfepramona), alguns ansiolíticos e hipnóticos (clordiazepóxido, flunitrazepam), antipsicóticos (clorpromazina), anticoagulantes orais (varfarina), hipoglicemiantes orais (usados no tratamento do diabetes, como a clorpropamida e a glibizida), anti-micóticos (como o fluconazol, no primeiro trimestre), antilipêmicos (para baixar o colesterol, como a sinvastatina e a lovastatina), substâncias derivadas da vitamina A, utilizadas para problemas dermatológicos (etretinato, que pode ser acumulado até dois anos no tecido gorduroso, e a isotretinoína, que deve ser suspensa pelo menos um mês antes da concepção), substâncias hormonais (danazol, estradiol, etinilestradiol, estrogênios conjugados, nor-



medicinã
REPRODUTIVA
DR. FÁBIO EUGÊNIO

Excelência em Reprodução Humana com o médico especialista,
Dr. Fábio Eugênio Rodrigues (CREMEC 5676).



FERTILIZAÇÃO IN-VITRO INSEMINAÇÃO INTRA-UTERINA VITRIFICAÇÃO DE ÓVULOS E EMBRIÕES DIAGNÓTICO GENÉTICO EMBRIONÁRIO

www.medicinareprodutiva.com.br
medicareprodutiva@gmail.com

Novo Endereço:

**Rua Henriqueta Galeno, 749 - Dionísio Torres
(85) 3047.8080 / 99909.0227**

gestrel), agentes antineoplásicos (ciclofosfamida, metotrexate, aminopterina), derivados do ergot (ergotamina, maleato de ergometrina). Em geral, tais drogas devem ser evitadas durante a gravidez e algumas devem ser suspensas ao se planejar a gravidez.

Com relação às infecções com possibilidade de transmissão vertical (da mãe para o feto/recém-nascido), algumas podem ser prevenidas por meio da vacinação antes da gravidez, como a rubéola e a varicela (catapora). As mulheres que ainda não foram imunizadas (pela doença ou por vacinação prévia) devem receber as vacinas pelo menos um a três meses antes de suspender a anticoncepção. Outras vacinas, como a anti-influenza, a antitetânica, a tríplice bacteriana abacilar (dTpa, para prevenir difteria, tétano e coqueluche na criança) e a contra a hepatite B podem ser feitas durante a gravidez.

A toxoplasmose, quando contraída na gravidez, pode levar a sérias repercussões fetais/recém-nascido (hidrocefalia, alterações visuais, calcifica-

ções cerebrais, convulsões e outras). No ciclo de vida do micróbio, um protozoário, ele é capaz de infectar os mamíferos e algumas aves, sendo que os felinos (gatos) são os hospedeiros definitivos. Os outros animais, inclusive o homem, podem ser transmissores do micróbio na condição de hospedeiros intermediários. A contaminação poder ocorrer pela ingestão de oocistos espalhados no meio ambiente (solo, frutas, verduras), ingestão de cistos teciduais contidos principalmente nas carnes de ovinos, suínos e bovinos e pela transmissão materno-fetal (transmissão vertical). A prevenção consiste na adoção de medidas higiênicas e dietéticas, tais como: não ingerir carnes cruas ou mal cozidas; tratar a água ou fervê-la; lavar frutas e verduras adequadamente com água corrente (se possível, fazer tratamento prévio com hipoclorito); usar luvas para manipular carnes cruas e evitar contato com qualquer material que possa estar contaminado com fezes de gato, como solo, gramados e caixas de areia; proteger os alimentos de moscas e baratas;

ferver ou pasteurizar o leite antes do consumo.

O citomegalovírus, que também pode levar a graves repercussões fetais (microcefalia, calcificações cerebrais, hidrocefalia, ascite, hepatoesplenomegalia e outras) é transmitido pelo contato com sangue, saliva, secreções respiratórias, urina, ou pelo contato sexual com pessoas infectadas. É uma das infecções congênitas e perinatais mais comuns em diversas partes do mundo. A transmissão da mãe para o filho pode ocorrer durante a gravidez, no momento do parto, ou durante o aleitamento materno. Levando-se em consideração que todas as mulheres, independente do estado imunológico (se já tiveram a infecção previamente ou não), estão sujeitas a adquirir a infecção e a transmitirem ao feto, e considerando a alta incidência dessa infecção em nosso meio, é dever do profissional de saúde esclarecer e orientar todas as gestantes sobre as medidas de prevenção. Tais medidas consistem em reforçar hábitos de higiene (lavagem das mãos após

contato com pessoas). Atenção especial às crianças, pois elas podem excretar prolongadamente grandes quantidades de vírus na urina, na saliva e nas fezes. Cuidados devem ser tomados durante a troca de fraldas, beijos que levem ao contato com saliva, etc. Procurar evitar aglomerações, pois o contato pessoa a pessoa facilita a contaminação por meio de secreções. Usar preservativo de barreira (camisinha masculina ou feminina) durante todas as relações sexuais. Não compartilhar objetos de uso pessoal: seringas, agulhas, talheres, escovas de dente, materiais cortantes ou potencialmente cortantes (alicates de unha, instrumentos para colocar *piercings* ou tatuagens etc.).

A rubéola é outra infecção que quando ocorre na gravidez, em especial no primeiro trimestre, provoca uma série de alterações fetais (surdez, defeitos cardíacos, catarata, alterações do sistema nervoso central como encefalite, retardo mental e microcefalia, restrição do crescimento fetal, dentre outras).

A prevenção deve ser feita através da vacina contra a rubéola. Como a vacina é de vírus vivo (atenuado), deve ser evitada na gravidez. A recomendação é que se evite a gravidez até um mês depois da vacinação.

A sífilis, que é uma infecção muito frequente em nosso meio, deve ser pesquisada em toda consulta pré-concepcional e durante a gravidez, pois existe tratamento eficaz para a mãe e para o feto, à base de penicilina G benzatina. A taxa de transmissão vertical em mães não tratadas é muito alta: em torno de 70% nas fases primária e secundária da doença (doença de início recente) e de 30% nas fases latente e terciária (tardia). Se não tratada, pode levar a repercussões graves para o feto (morte, hidropsia, hepatoesplenomegalia agravada com hepatite, microcefalia, alterações do sistema nervoso central, lesões ósseas, dentre outras).

Outras que merecem destaque, pelo potencial de acometimento do feto/recém-nascido, são a hepatite

B, o herpes genital e o HIV.

A transmissão do vírus da hepatite B se faz por via parenteral (injeções, compartilhamento de seringas, transfusão de sangue), sexual e vertical (da mãe para o filho, ou perinatal). Em 5 a 10% das pessoas infectadas, a doença se torna crônica, sendo que em cerca de um quarto destas pessoas, há evolução para cirrose e/ou câncer de fígado. Nos casos de transmissão vertical, o risco de cronificação do recém-nascido é muito maior (70-90% se a gestante está em fase de replicação viral – HBeAg positivo, e 10-40% nos casos de HBeAg negativo). A prevenção da hepatite deve ser feita através da vacinação para todas as pessoas menores de 18 anos (inclusive crianças) e na gravidez. Se a gestante tem a forma crônica da doença, a prevenção da transmissão vertical é feita pela vacinação e administração de imunoglobulina ao recém-nascido.

O herpes genital é uma doença sexualmente transmissível. O risco de infecção para a criança ocorre prin-



SOLUÇÕES EM TERCEIRIZAÇÃO PARA MELHOR SERVIR

SEGMENTOS DE ATUAÇÃO:

- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| Condomínios Residenciais | • Instituições Financeiras |
| Condomínios Comerciais | • Escritórios Administrativos |
| Hospitais / Clínicas | • Laboratórios |
| Indústrias | • Comércio |
| Escolas | • Serviços em Geral |
| Shopping Centers | |

Rua: Dos Campeões, 35 - Dionísio Torres - Fortaleza-CE
CEP: 60.130-100 - Tel/Fax: (85) 3224.3897
E-mail: missaoservicostecnicos@gmail.com

CLÍNICA DE VACINAÇÃO
DRA. NÚBIA JACÓ



Há mais de 40 anos trabalhando com imunizações, a Clínica de Vacinação Dra. Núbia Jacó é hoje uma das maiores e mais bem equipadas do Brasil

*Vacinas para Crianças, Adolescentes
Adultos e Terceira Idade*

*Vacinação Hospitalar, Domiciliar
e Empresarial*

0 800 7015853 (85) 3133 5853

Rua Osvaldo Cruz, 1089 - Aldeota - Fortaleza - CE

www.nubiajaco.com.br

principalmente por ocasião do parto, em especial se a mãe contraiu a infecção no terceiro trimestre, quando o risco de infecção neonatal chega a 30-50%. A infecção durante a vida fetal, por via transplacentária, é rara. Para prevenir a infecção perinatal, se ocorrer a infecção primária materna no terceiro trimestre, opta-se pela cirurgia cesariana. Se a mãe tem infecção recorrente nas proximidades do parto, o risco de infecção neonatal é de 2-5%. Em tais casos, estará indicada a cirurgia cesariana se a lesão pelo herpes ou os sintomas iniciais da doença estiverem presentes no momento do parto.

A transmissão vertical da AIDS gira em torno de 25% se nada for feito na gravidez. Com o uso correto do tratamento (antirretroviral) na gravidez e no momento do parto, seguido do acompanhamento adequado do recém-nascido, a transmissão vertical é muito baixa (cerca de 1-2%). Deve-se evitar a amamentação em mães HIV-positivo, pois há risco de transmissão pelo leite. O fato da paciente ser HIV-positivo não contraindica o sonho da maternidade, visto ser o risco de transmissão vertical baixo, quando o pré-natal e o parto forem bem conduzidos.

Doenças metabólicas maternas também podem aumentar o risco de malformações congênitas. O diabetes, por exemplo, está associado ao aumento do risco dos defeitos do tubo neural (anencefalia, espinha bífida, encefalocele), anomalias gastrointestinais e urogenitais, musculoesqueléticas e cardiovasculares. As doenças da tireoide aumentam o risco de abortamento, prematuridade e hemorragia pós-parto. A hipertensão não controlada aumenta o risco de restrição de crescimento fetal e óbito perinatal. Tais doenças devem ser controladas antes da gestação. Ou-

tras doenças maternas como a epilepsia (e o uso de fármacos antiepilépticos), as cardiopatias congênitas, a fenilcetonúria, as doenças da coagulação (trombofilias) e lúpus eritematoso sistêmico, aumentam o risco de complicações fetais (inclusive algumas malformações) e maternas. Em tais situações, os casais devem ser aconselhados idealmente em consulta pré-concepcional.

O estado nutricional materno também tem importância. Pacientes com baixo peso têm maior risco de desenvolver restrição de crescimento fetal, partos prematuros e gastrosquise fetal (um defeito da parede abdominal fetal, com exteriorização das alças intestinais). A obesidade aumenta o risco de abortamento, diabetes, hipertensão, pré-eclâmpsia, tromboembolismo, fetos com alterações metabólicas e dificuldades no parto.

Cuidado especial deve ser direcionado ao aconselhamento quanto ao consumo de álcool, tabagismo e outras drogas. O álcool é o teratôgeno humano de uso mais largamente difundido. A exposição pré-natal ao álcool é a principal causa de retardo mental passível de prevenção. O uso crônico e em doses elevadas determina a *síndrome alcoólica fetal*, caracterizada pela restrição de crescimento e alterações dos traços faciais, que se tornam menos evidentes com o passar do tempo. Além disso, somam-se alterações globais do funcionamento intelectual, em especial déficits de aprendizado, memória, atenção, além de dificuldades para a resolução de problemas e socialização. Exposições intermediárias estão associadas a efeitos do álcool fetal, que incluem alterações neurocomportamentais permanentes. Aconselha-se a abstenção do álcool durante a gravidez, pois não se sabe a dose segura a ser ingerida. O

tabagismo materno está associado ao baixo peso fetal e ao aumento da prematuridade. Em alguns casos, parece haver aumento do risco de fenda palatina. As demais drogas ilícitas têm, comprovadamente, ação teratogênica em diferentes graus.

Para a mulher que planeja engravidar, a principal medida a ser tomada (além das recomendações já citadas), que comprovadamente reduz a incidência de malformações congênitas, é o uso do ácido fólico periconcepcional, que deve ser iniciado pelo menos um mês antes e continuado no primeiro trimestre. O ácido fólico, um componente vitamínico do complexo B (vitamina B9), produz forte efeito protetor contra os defeitos de fechamento do tubo neural (anencefalia, espinha bífida, encefalocele), reduzindo em até 70% a ocorrência de tais defeitos. Em mulheres que não apresentam fatores de risco, recomenda-se 0,4mg/dia (prevenção primária). Naquelas que já tiveram filhos afetados por tais defeitos, a dose de ácido fólico a ser prescrita é de 4mg/dia (prevenção secundária).

Em síntese, a prevenção das malformações congênitas demanda abordagem adequada pré-concepcional, a incluir aconselhamento genético-reprodutivo, com a identificação de fatores de risco, solicitação de exames complementares, tratamento de doenças maternas, vacinação, orientações nutricionais e de eliminação das causas evitáveis, prescrição de ácido fólico, dentre outras medidas. Tudo isto visando uma gravidez tranquila e uma criança saudável.

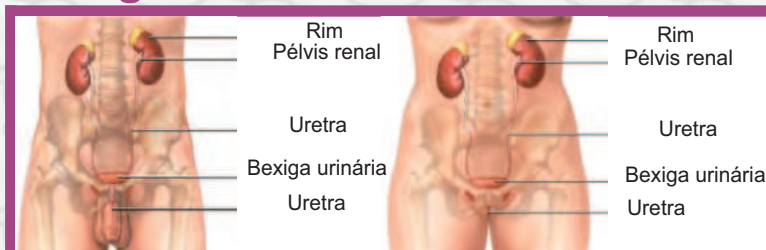
(*) Dr. Helvécio Neves Feitosa é Professor Adjunto do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Medicina da UFC e Professor Adjunto do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza.

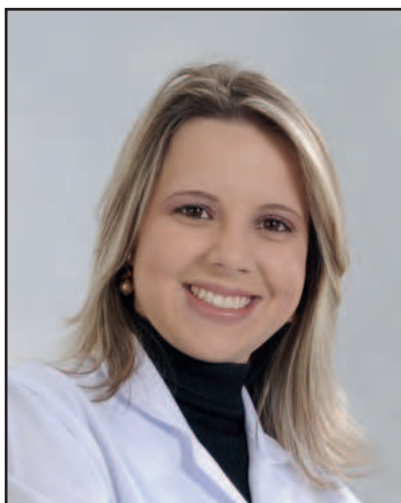
Fisioterapia Uroginecologia e Proctológica Convênios : Saúde Caixa CASSI, CAMED, CAFAZ.

Dra. Marília Nunes - Crefito - 133.234 - F
Tel.: 99739.3029/98501.5961

Dra. Geisele Cavalcante - Crefito - 98767 - F
Tel.: 99928.4037/98809.0676

Rua Padre Valdevino, 1870 - Aldeota
(85) 3261.1122





Abordagem das patologias de trato genital inferior

Dra. Karinne Cisne F. Rebouças

Médica Ginecologista e Coordenadora do Serviço de Patologia do Trato Genital Inferior da MEAC/UFC/EBSERH

Entende-se por patologias do trato genital inferior todas aquelas relacionadas a colo uterino, vulva e vagina. Dentre estas, temos uma série de doenças benignas, mas, também, muitas pré-neoplásicas, cuja intervenção adequada evita o surgimento de câncer.

O Brasil ainda é um país com taxas elevadas de câncer de colo. Daí a importância de termos um serviço especializado na detecção e tratamento de suas lesões precursoras.

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) é referência regional para casos suspeitos de tumores genitais e seus precursores. No ambulatório, se recebe pacientes com qualquer grau de suspeição, as quais são submetidas a investigação adequada. Dispõe-se de citologia oncológica, colposcopia, material para biópsia e aparelhagem para realização de cirurgias de alta frequência (CAF)

a nível ambulatorial. Pode-se ainda realizar procedimentos em centro cirúrgico, quando o tratamento ambulatorial não é indicado. Após a conduta terapêutica inicial, as pacientes mantêm seguimento no serviço, com retornos periódicos até controle de cura.

O serviço funciona recebendo pacientes referenciadas (por alguma suspeita de lesão de colo, vulva ou vagina), de outros setores da maternidade ou de postos de saúde. Conta ainda com consultas em livre demanda para aquelas com sintomas suspeitos de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e com atendimento especial a pacientes imunossuprimidas. Estas são atendidas por profissionais do serviço mesmo apenas para rastreamento, dada a alta prevalência de lesões pré-neoplásicas desses sítios nesse grupo de pacientes.

O atendimento às DSTs conta ainda com um estreito canal de comunicação com o serviço de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, para onde são encaminhados, também em livre demanda, os parceiros das pacientes atendidas.

Além dessas ações terapêuticas frente às DSTs e lesões com risco de progressão para câncer, o serviço oferece também atividades educativas de prevenção primária, além de distribuição de preservativos e oferta de teste rápido para sífilis e HIV.

Os serviços de Patologia do Trato Genital Inferior é ainda ligado ao ensino e pesquisa, recebendo diariamente internos e residentes, os quais vivenciam os procedimentos no ambulatório com preceptoría dos médicos assistentes. Todos os registros são feitos em fichas padronizadas, visando construir bancos de dados para pesquisas futuras sobre o tema.

DEIXE SUA EMPRESA MAIS VISÍVEL ANUNCIE CONOSCO!

Marcelo - (85) 98847.6151 **OI** / (85) 99625.0809 **TIM** - Roberto - (85) 98817.2922 **OI** / (85) 99721.9648 **TIM**



Berçário

Educação Infantil

Ensino Fundamental



Mais de 20 anos cuidando do futuro do seu filho.



BRINCANDO e
APRENDENDO
CRECHE-ESCOLA

(85) 3234.0810 • 3081.5410

Rua Fausto Cabral, 885 • Papicu • Fortaleza-CE

www.brincandoeaprendendo.com.br



DST'S e violência sexual

Dra. Muse Santiago de Olivera

Médica e ex-residente da MEAC

Chefe do Serviço de DST e de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual

Doenças sexualmente transmissíveis (DST) são grupos de infecções ou doenças de múltiplas causas que incluem as doenças venéreas clássicas (sífilis, gonorréia, linfogranuloma venéreo, cancro mole e donovanose), além de um número crescente de um novo grupo de doenças com características diversas que mantêm em comum o fato de a transmissão ocorrer durante a atividade sexual.

Representam problema de saúde pública comum em todo o mundo, observando-se um aumento progressivo ao longo dos anos. Esse aumento decorre de vários fatores, tais como: baixas condições socioeconômicas; promiscuidade sexual; dificuldade de investigação dos parceiros sexuais; falta de ações de educação sexual, principalmente voltada para jovens; atuação inadequada dos serviços de saúde e de educação, com uma notificação insatisfatória, fazendo com que as estatísticas sejam falhas. Some-se a isso, prescrição de medicamentos por pessoas inabilitadas, automedicação e resistência aos antibióticos, favorecendo a disseminação das DST.

Além do alto risco de contágio, essas doenças podem ocasionar graves danos à saúde do indivíduo que

incluem distúrbios emocionais, infertilidade, doença inflamatória pélvica (DIP), dor pélvica crônica, lesões fetais, e até câncer. As DST, ulceradas ou não, facilitam substancialmente a transmissão do vírus da AIDS (HIV).

A violência sexual tem relevância importante neste contexto, contribuindo para disseminação das infecções sexualmente transmissíveis. O termo traduz a realização de qualquer ato sexual, com ou sem penetração oral, vaginal, anal, desde que seja praticado sob força. É agravo de notificação compulsória pelos serviços de saúde. Traz consequências traumáticas e indelévels para a vítima, independente da classe social, raça-etnia ou religião, guardando proporções pandêmicas e características universais.

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo (OMS, 2002). As vítimas de violência sexual necessitam de diagnóstico e acompanhamento cuidadosos para uma multiplicidade de condições clínicas, incluindo apoio psicológico, amparo forense, prevenção da gravidez indesejada e profilaxia das DSTs. Devem ser informadas sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância de cada

medida. Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento.

Atualmente, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) vem implantando o Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual, com a presença de uma equipe multidisciplinar e dos insumos necessários para assegurar cada etapa do atendimento a estas pacientes, incluindo-se as medidas de emergência, o acompanhamento, reabilitação e tratamento dos eventuais impactos da violência sexual sobre a saúde física e mental da mulher. Destaca-se, ainda, a recente implantação do Serviço de DST/AIDS, com a criação de ambulatórios específicos destinados ao atendimento em livre demanda para pacientes com suspeita de infecções sexualmente transmissíveis com três turnos de funcionamento.

Contamos com o apoio e sensibilização de toda a equipe de saúde que compõe esta instituição no sentido de colaborar para o crescimento e aprimoramento destes novos serviços, tão importantes para o desenvolvimento acadêmico desta Maternidade e, principalmente, para a relevante contribuição social a que se propõem.



Acolhimento e promoção da saúde da paciente

Eclésia Fragoso Nogueira

Coordenadora de Enfermagem do Ambulatório de Adolescente

Linicarla Fabiole de Souza Gomes

Enfermeira do Serviço



Se conceituarmos adolescência a partir da origem da palavra no latim (*adolescentia*), que significa “adolescer”, crescer, atingir a maturidade, traríamos apenas o sentido natural da vida de transformação biológica e comportamental. Outros estudiosos, no entanto, entendem esta fase com mais complexidade, descrevendo-a como processo de construção social. Porém, a Organização Mundial da Saúde define adolescência como o período da vida que começa aos 10 anos e termina aos 19 anos completos. Didaticamente a divide em: pré-adolescência de 10 a 14 anos; adolescência de 15 a 19 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA-1990) considera adolescente a pessoa com faixa etária de 12 a 18 anos completos.

É importante saber que a adolescência é um marco de transição da fase infantil para a fase adulta onde se desencadeia, gradualmente, o aparecimento das mudanças físicas, psíquicas, sociais e espirituais, dando um novo sentido à existência.

As mudanças físicas promovidas pelo surgimento hormonal promovem alterações no seu comportamento e psiquismo, influenciando na vida social. As expectativas crescentes relacionadas à fase adulta podem suscitar desconforto e ansiedades. Mediante a complexidade desta fase da vida, a qual necessita de apoio e cuidado, políticas públicas são

instituídas com o objetivo de promover a saúde do adolescente, inserindo-o e acolhendo-o no contexto social.

Nesse intuito de promoção à saúde, o ambulatório de adolescente da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, vem desenvolvendo há 28 anos, ações que buscam oferecer, à sua clientela, assistência em nível de atenção terciária de forma integral, holística e humanizada. Busca-se resolutividade nos cuidados oferecidos através de parcerias com o Hospital Universitário Walter Cantídio e com as Redes de Atenção à Saúde Estadual e Municipal, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Todos os cuidados aos adolescentes são desenvolvidos por uma equipe multidisciplinar composta por médicos especialistas, enfermeiros e equipe de enfermagem, assistente social, psicólogo, nutrólogo e psiquiatra, os quais estão envolvidos com o objetivo de prestar uma assistência interdisciplinar de qualidade e que seja capaz de promover a saúde no contexto biopsicossocial, contribuindo também para ações de ensino, pesquisa e extensão.

Nossa clientela é proveniente das Unidades de Atenção Primária à Saúde, Conselho Tutelar (vítimas de abuso, violência sexual e outras vulnerabilidades sociais), Promotoria da Infância e Adolescência, quilombolas e indígenas, além de demanda espontânea.

O atendimento é composto de ações individuais, como as consultas nas diversas especialidades, e ações coletivas, com grupos, voltadas para as práticas educativas em saúde, realizadas por meio de estratégias educativas e metodologias ativas desenvolvidas de acordo com a faixa etária, abordando assuntos como: saúde reprodutiva sexualidade, prevenção de acidentes domésticos, doenças sexualmente transmissíveis, síndrome da imunodeficiência adquirida, nutrição, higiene corporal e íntima, mudanças e alterações físicas e psíquicas do adolescente.

Na assistência à adolescente grávida assegura-se um pré-natal de qualidade, oferecendo exames laboratoriais, teste rápido de sífilis e HIV, exames ultrassonográficos, incentivo ao aleitamento materno, cuidados com o bebê, visita prévia hospitalar, garantindo o direito ao acompanhante em sala de parto e alojamento conjunto, sendo dada ciência, sobre todos os seus direitos decorrentes do Programa Rede Cegonha e das leis reguladoras do SUS.

O ambulatório de adolescentes também proporciona campo de estágio para estudantes nas diversas áreas profissionais. O serviço funciona de segunda a sexta-feira de 07:00 às 19:00 horas.



Edilene Mª Vasconcelos Ribeiro

Rosa Ângela de Brito Falcão

Ouvidoras da Maternidade Escola Assis Chateaubriand e do Hospital Universitário Walter Cantídio

Atuação das ouvidorias do complexo hospitalar/UFC

A atuação das Ouvidorias Públicas está pautada no processo de interlocução entre o cidadão e a administração pública, de modo que as manifestações apresentadas pelos cidadãos provoquem melhorias nos serviços prestados à população.

O parágrafo 3º do art. 37 da Constituição Federal de 1988 define que “a lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente: I as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços; II o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII; III a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública”.

Desse modo, as Ouvidorias se configuram como um espaço de participação e de controle social da população e deve ser compreendida como um instrumento a serviço da democracia, pois permite a opinião direta do cidadão, que por sua vez tem o direito de se manifestar sobre a qualidade dos serviços públicos prestados.

As Ouvidorias da MEAC/HUWC são vinculadas à Superintendência do Complexo Hospitalar e se configuram

como órgãos de comunicação com dirigentes, corpo docente e discente, pesquisadores, professores e alunos, prestadores de serviços, fornecedores, servidores, empregados, usuários e cidadãos em geral, visando o aperfeiçoamento do modelo administrativo, das ações institucionais e a constante melhoria dos processos.

As Ouvidorias atuam para auxiliar o cidadão em sua relação com o Estado, permitindo sua participação e protagonismo na gestão pública para que este possa exercer sobremaneira a sua cidadania. Deve ainda funcionar como um agente promotor de mudanças, favorecendo uma gestão flexível e voltada para atender as necessidades dos cidadãos demandantes dos serviços públicos.

As principais manifestações apresentadas pelos cidadãos às ouvidorias classificam-se em: reclamações, sugestões, elogios, denúncias e solicitação de informações. Tais manifestações representam o exercício da cidadania e como tal possibilitam a efetivação de ações que estimulam o aperfeiçoamento do serviço público prestado.

Direcionadas a atender os interesses da coletividade, as ouvidorias do Complexo têm como principais objetivos receber, analisar, encaminhar e responder ao cidadão as suas demandas; fortalecer o exercício da cidadania ao permitir a participação do cidadão; garantir a este o direito à informação e esclarecê-lo e orientá-lo quanto aos seus direitos.

Regimentalmente a proposta de atuação das Ouvidorias do Complexo está pautada em: receber, analisar e encaminhar, quando devidamente apresentadas, as reclamações, sugestões, elogios, solicitações e denúncias que lhe forem dirigidas pelos interessados; acompanhar as providências adotadas pelos setores competentes, mantendo o interessado informado desse procedimento; propor à gestão medidas de aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do hospital, assim como a edição, alteração e/ou revogação de atos normativos internos, com vistas à simplificação e ao aperfeiçoamento administrativo; encaminhar relatório mensal das atividades à Diretoria, para a devida análise e divulgação; gerir o Serviço de Informação ao Cidadão (SIC), nos termos da Lei nº 12.527, artigo 2º, inciso V; coordenar a elaboração e monitoramento da Carta de Serviços ao Cidadão; coordenar a Pesquisa de Satisfação nos Hospitais Universitários; interagir com as diversas instâncias e setores dos hospitais; proporcionar o acesso das informações aos usuários e facilitar o acesso dos cidadãos aos canais da Ouvidoria.

Por fim, as Ouvidorias têm um papel importantíssimo quanto à possibilidade de garantir a participação dos usuários nos serviços prestados nos hospitais do complexo hospitalar/UFC, o que reafirma e garante o exercício de cidadania no próprio contexto do estado democrático de direito.

O Impacto da endometriose na qualidade de vida



*Dra. Kathiane Lustosa Augusto
Leonardo R P S Bezerra
Flora Cruz de Almeida*

A endometriose é uma doença definida pela presença de glândulas endometriais em localizações diversas fora da cavidade do útero, principalmente no peritônio pélvico, nos ovários, na vagina e no reto. Embora sua causa subjacente seja incerta, é provável que seja multifatorial, incluindo fatores genéticos com possíveis influências imunológicas, talvez promovidas por meio de exposições ambientais.

Estima-se que a endometriose esteja presente entre 2 e 17% da população feminina e que tem como principais sintomas dores pélvico-abdominais, incluindo dor no período menstrual, dor na relação sexual, dor pélvica não menstrual, dor na ovulação, dor ao evacuar e dor no ato da micção, bem como fadiga crônica. Tais sintomas estão extremamente presentes nas vidas dessas mulheres, o que traz um grande comprometimento de sua qualidade de vida e resulta em déficits econômicos.

Entre 16% e 61% das mulheres experimentam dificuldades com mobilidade, atividades diárias e/ou autocuidado. Foi constatado que, entre todas as mulheres que relataram um impacto negativo da endometriose sobre a sua qualidade de vida, um terço disse que afetou suas relações com a família, e 45% das mulheres relataram um impacto negativo sobre cuidado dos filhos. Também foi visto que 67% das mulheres afetadas tiveram problemas significativos com o seu parceiro devido à endo-

metriose e 19% das mulheres consideram a endometriose como causa de seu divórcio. Afinal, devido à dor na relação, presente em 47%, 80% delas tiveram que alterar o seu comportamento sexual em termos de interromper ou evitar relações sexuais.

Além disso, como já dito, o comprometimento físico e psicológico dessas mulheres resulta em péssimas consequências econômicas. Nos Estados Unidos, os custos diretos de endometriose foram estimados em 2.801 dólares por mulher, mas os gastos anuais com aquelas que se hospitalizam podem chegar a 12.644 dólares por paciente. No Brasil não se tem acesso a esses números, muito provavelmente pelo subestimado diagnóstico dessa patologia. Fora o direto, ainda existe o comprometimento econômico indireto, que é difícil de calcular, mas que é facilmente comprovado quando os estudos apontam que as mulheres percam uma média de 7,41 horas de trabalho por semana quando os sintomas estão piores e que têm uma média de perda de 13% do tempo de trabalho, faltando o emprego até 19,3 dias por ano.

A avaliação da influência da endometriose na qualidade de vida das mulheres é feita através de uma anamnese bem feita e preenchimento de questionários de qualidade de vida aplicados por uma equipe multidisciplinar.

Os tratamentos para a endometriose incluem medicamentos e

cirurgias. As opções de tratamento farmacológico visam controlar os sintomas clínicos da doença, tais como o alívio da dor e outros sintomas, enquanto que os tratamentos cirúrgicos têm como objetivo eliminar os implantes atuais e prevenir futuras recaídas.

O setor de Endometriose e Cirurgia minimamente invasiva da MEAC tem sido pioneiro na rede pública em instituir a abordagem multidisciplinar desta doença. Avaliamos não só o aspecto clínico e terapêutico da paciente, mas sua qualidade de vida antes e depois do tratamento proposto, através de avaliações padronizadas. Além disso oferecemos acompanhamento multidisciplinar com ginecologista, urologista, coloproctologista, ultrassonografista, enfermeira, fisioterapeuta e nutricionista.

Esses profissionais atuam em todas as fases, do diagnóstico ao tratamento, incluindo a abordagem empática e integrativa, onde a individualização de cada contexto de vida e/ou sofrimento familiar e pessoal é avaliada. Todos atuando em prol da assistência com qualidade e humanização. Afinal, é evidente a importância dessa enfermidade para a sociedade e, hoje, ela ainda não tem cura. Contudo, o tratamento cirúrgico em casos selecionados e o acompanhamento clínico são de suma importância para a melhora na qualidade de vida dessas pacientes.



Nossos parabéns e nossa homenagem!

MEAC – Maternidade Escola Assis Chateaubriand

No sorriso da criança e na alegria dos pais, há 50 anos promovendo **vida** e compartilhando **felicidade**.



Rua Alexandre Baraúna, 1128 - Rodolfo Teófilo
Fortaleza/CE - CEP: 60430-160 - Tel.: (85) 3243-7462



O alicerce obstétrico e ginecológico da MEAC

Profa. Silvia Bomfim Hyppólito

Docente de ginecologia e obstetrícia integrada ao programa de apoio ao aposentado e coordenadora do núcleo de estudos em saúde reprodutiva na MEAC/UFC/EBSERH

O alicerce de uma instituição não se restringe unicamente aos tijolos, ferros e cimento necessários ao erguimento de um prédio. Em 28 de maio de 1955, o Sr. João de Medeiros Calmon, na época diretor geral dos Diários e Rádios Associados lançou “a pedra fundamental” da Instituição, quando estimulou políticos e benfeitores a fazerem doações para o soerguimento de um hospital que oferecesse boa assistência materna às mulheres pobres do Ceará. Dizem as publicações da época que nos cinco primeiros dias da campanha, a média das subscrições foi de um milhão de cruzeiros diários, tendo a colônia cearense do Rio de Janeiro (inclusive deputados e senadores representantes do Ceará) oferecido, em apenas doze dias, nada menos que cinco milhões de cruzeiros. Foi assim que a Sociedade Pró-Construção da Maternidade Popular (Escola) de Fortaleza, pode então marcar a data do lançamento da pedra fundamental, de cimento e cal. a 3 de março de 1956. As obras tiveram início imediatamente, não sendo mais interrompidas até que surgiu a grande estrutura de cimento armado do bairro de Porangabussú, onde está até hoje.

O seu primeiro Diretor, o Professor José Galba de Araújo, com sua atuação à frente do hospital, entregue à Universidade Federal do Ceará, em 14 de dezembro de 1963, foi o principal “muro de arrimo” da nossa MEAC.

O professor Galba Araújo graduou-se em 1941 pela Faculdade de Me-

dicina da Universidade da Bahia, fazendo um Curso de Especialização, “Interno”, no período de 1936 a 1941, na Maternidade Climério de Oliveira e estágio na Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Bahia, obtendo ali a Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia. Sua pós-graduação foi nos Estados Unidos da América do Norte, inicialmente com Residência “internship” no Illinois Central Hospital de Chicago, em 1942. Foi ainda Residente no American Legions Hospital Battle Creek, Michigan, em 1943, e Residente no Lake Forest Hospital, Lake Forest, Illinois, em 1944.

Foi presidente do Centro Médico Cearense, entidade fundada em 25 de março de 1913, com o objetivo de unir as classes de Medicina, Farmácia e Odontologia e, como tal, foi um dos fundadores da Faculdade de Medicina do Ceará como professor Assistente, em 1950, tornando-se depois Catedrático em Clínica Obstétrica, quando a Faculdade de Medicina foi incorporada à Universidade Federal do Ceará, em 1954, ano de sua criação pelo Reitor Antônio Martins Filho.

Como vimos, pelo resumo de seu currículo, o Prof. Galba Araújo teve uma formação médica em centros altamente especializados, no entanto, teve que encarar a difícil realidade do Ceará, Estado do Nordeste do Brasil, onde a Medicina formal se resumia aos grandes centros urbanos.

Foi, como primeiro Diretor da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, que o Professor teve experiên-

cias que mudaram a estratégia de assistência obstétrica que lhe era familiar.

Observou que parturientes chegavam ao hospital que dirigia, já sem tempo de serem socorridas, em trabalho de parto obstruído, com alta frequência de perda fetal e morbi-mortalidade materna considerável. O agravante era que as distâncias percorridas por estas parturientes não eram significativas, fazendo-o crer que havia deficiência logística para a referência dos casos de risco, ou que as parteiras empíricas da zona rural que assistiam a estas mulheres não sabiam reconhecer os prognósticos de um parto obstruído.

Em 1975, o Professor Galba deu início ao Programa de Assistência Materno-Infantil que se tornou um dos principais projetos de extensão acadêmica de Saúde da Universidade Federal do Ceará. O programa funcionava através da atuação de agentes formais e não formais de saúde, contando ainda, com a significativa participação da Fundação Kellogg e do Projeto Hope.

Nada do trabalho do Prof. Galba Araújo poderia ter acontecido sem o “outro muro de arrimo” da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, que se chama, Dr. Carlos Augusto Alencar.

O Dr. Carlos Augusto Alencar foi admitido pela SAMEAC, em 27 de fevereiro de 1967, como Assistente de Diretor, função que, na prática, correspondia à de Vice-Diretor, substituindo o Prof. José Galba Araújo em todas as suas fun-

ções, quando este se afastava.

Em 01 de fevereiro de 1986, quando a MEAC tornou-se oficialmente uma unidade da Universidade Federal do Ceará (UFC), foi admitido como médico, continuando a exercer, também, a função de Assistente de Diretor.

Aposentou-se em 29 de março de 1996, atuando, além das funções administrativas, durante todo este tempo, como preceptor da residência médica e internato, ensinando colposcopia. Aliás, durante cerca de 30 anos, seu ambulatório funcionou como o Serviço de Patologia Cervical daquela época, para onde eram referidos todos os casos de suspeita de Câncer de Colo Uterino, triados pelos ambulatórios de Ginecologia. Portanto, várias gerações de residentes devem a ele algo de sua formação, além da gratidão que lhe é devida pela UFC, por sua gestão segura e honesta ao lado do Prof. Galba Araujo, que lhe dedicava confiança absoluta.

Dr. Carlos Augusto Alencar formou-se em Farmácia e Odontologia, em 1948, por faculdade privada, e em Medicina pela UFC, em 1956.

Exerceu os seguintes cargos: Vice-Presidente do Centro Odontológico Cearense; Presidente da Sociedade dos Médicos da Assistência Municipal de Fortaleza (atual Instituto Dr. José Frota); Vice-Presidente e Secretário Geral do Centro Médico Cearense; Conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará e Vice-Presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia – SOCEGO.

Agora, continuando o uso da analogia da construção civil nos fundamentos de uma instituição de ensino, como é a Maternidade Escola Assis Chateaubriand, vou referir-me aos “pilares” da docência, nas pessoas de seus insígnies Professores: Dr. Francisco das Chagas Oliveira, Dr. José Gerardo Ponte, Dr. José Ananias Cysne Filho e Dr. José Anastácio Magalhães.

O Prof. Francisco das Chagas Oliveira nasceu em 08/03/24 e graduou-se pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, em 12 de dezembro de 1951. Registrou-se no CREMEC sob o número 64, e foi Professor Adjunto com Livre Docência da Faculda-

de de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Recebeu o Título de Professor Emérito concedido pela UFC, em sessão de 28/02/92 pelo CONSUNE-UFC. Foi Diretor do HGF, em 1968, além de Chefe da Clínica Obstétrica daquele Hospital.

Coordenou o Internato da MEAC-UFC, de 1965 a 1973, quando, em 11/01/74, foi designado membro da Comissão de Coordenação da Residência Médica do Hospital Universitário Walter Cantídio. Em 29/06/76 foi nomeado Coordenador da Residência Médica da MEAC-UFC, exercendo tais funções até a morte do Prof. Galba Araújo, em 1985, quando assumiu o cargo de Diretor da MEAC.

Como pesquisador e docente, destacou-se nos temas “Toxemia Gravídica” e “Doença Trofoblástica”. Dentre as atividades associativas foi: Membro Associado do International College of Surgeons em Genebra; Sócio fundador da Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia – SOCEGO, e foi seu Presidente, em 1966; foi, ainda, sócio da Sociedade Brasileira de Mastologia. Aposentou-se ao fim do seu mandato como Diretor da MEAC, em 1999.

Para falar do Prof. José Gerardo Ponte, com a devida vênua, vou usar das palavras de um dos mais recentes valores docentes, que continua contribuindo para a manutenção da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, mesmo aposentado: Trata-se do Professor Emérito Prof. Dr. Luciano Silveira Pinheiro. Este, assim se expressou sobre o Prof. Gerardo Ponte: “foi o seu maior cirurgião ginecologista e um dos melhores conhecedores da Anatomia Pélvica e da Embriologia e Endocrinologia Ginecológica. Foi também um grande empreendedor em várias áreas comerciais, inclusive gestor hospitalar, construindo e dirigindo o moderno Hospital Gênese”.

Outro forte “ pilar ” de nossa MEAC foi o Prof. José Ananias Cysne Filho. Iniciou sua atividade profissional inspirado na atuação humanitária do médico Perigrany de Medeiros, seu cunhado. Após concluir estudos no Liceu do Ceará, iniciou, em 1941, curso na Faculdade Fluminense de Medicina. Em 1953 foi aprovado em concurso para médico do extinto IAPC e, em 1957,

ingressou como Professor Auxiliar na Faculdade de Medicina da UFC. Nessa época, atuou também na Santa Casa de Misericórdia, onde ministrava aulas. Com a inauguração da Maternidade Escola Assis Chateaubriand passou a atuar ali, onde permaneceu por 35 anos, chegando ao cargo de vice-diretor, durante a direção do Prof. Chagas Oliveira. Entusiasta, relatava, com orgulho, a implantação de alguns novos serviços, naquela época, como a criação da Unidade de Terapia Intensiva – UTI, e a inauguração do berçário de Neonatologia. Hoje, como justa homenagem, os ambulatórios de Ginecologia levam o seu nome.

O quarto “ pilar ” que deu a sustentação à Maternidade Escola Assis Chateaubriand foi o Prof. José Anastácio Magalhães.

Nasceu no dia 20 de outubro de 1914, na cidade de Aurora, Ceará. Após ser aprovado no vestibular de 1943, ingressou na Faculdade de Medicina da Bahia, concluindo o curso médico em 1948.

Ingressou como Professor de Obstetrícia da Faculdade de Medicina do Ceará, no ano de 1951. Foi Vice-Diretor da Maternidade Dr. João Moreira, que atualmente integra o complexo hospitalar Dr. Cesar Cals. Estagiou, em 1967, no Serviço de Obstetrícia do Prof. Roberto Caldeiro-Barcia, da Universidade do Uruguai, e coordenou a Disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Medicina do Ceará, por muitos anos.

Manteve profícua atividade profissional privada e foi um dos mais queridos e respeitados médicos do Ceará. Sempre exerceu a sua profissão com muito amor e dedicação, respeitando ao longo dos anos, os mais rígidos padrões éticos exigidos pela Medicina. Em sua homenagem, o Centro de Parto Humanizado da MEAC hoje tem o seu nome.

Como vimos, consideramos o alicerce da Maternidade Escola Assis Chateaubriand os seus Recursos Humanos, aqui representados pelos maiores expoentes, na sua fundação. Atualmente, o processo continua, quando seus valorosos profissionais técnicos e administrativos persistem no trabalho, com imenso amor e dedicação à continuidade do sucesso do empreendimento.



Produção científica foi muito satisfatória

A turma de residentes da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand-UFC, concludente de 2015, foi bastante produtiva nos seus Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC).

Sob a orientação de seus preceptores/professores orientadores elaboraram artigos científicos que foram avaliados por banca examinadora em apresentação oral. Todos foram aprovados. Alguns foram publicados ou enviados para publicação. Segue a lista:

1. Residência em Ginecologia e Obstetrícia:

- 1.1. “Mulheres submetidas à conização de colo uterino: análise dos resultados citológicos e histológicos” – concludente: Claudia Priscilla de Souza Amorim (orientação: Raquel Aufran Coelho).
- 1.2. “Resultados maternos e perinatais em gestações com placenta prévia com e sem acretismo em maternidade terciária” – concludente: Érika Roberta de Lima (orientação: Francisco Herlânio Costa Carvalho).
- 1.3. “Relato de caso: Bócio fetal conduzido conservadoramente no pré-natal associado a estado de eutireoidismo materno e neonatal” – concludente: José Ferreira Gomes Neto (orientação: Francisco Herlânio Costa Carvalho).
- 1.4. “Fatores associados à definição na via de parto na resolução de gestações com pré-eclâmpsia internadas na UTI de maternidade-escola” – concludente: Márden Pinheiro Teixeira Costa (orientação: Francisco Herlânio Costa Carvalho).
- 1.5. “Restrição de crescimento seletiva em gestação gemelar monocoriônica: Relato de caso” – concludente: Pedro Wilson Leitão Lima Filho (orientação: Francisco Herlânio Costa Carvalho).
- 1.6. “Regressão espontânea de sequestro pulmonar fetal: relato de dois casos” – concludente: Ricardo Martins Pinto (orientação: Francisco Herlânio Costa Carvalho).

2. Residência em Mastologia:

- 2.1. “Câncer de mama em homem jovem com ginecomastia: relato de caso” – concludente: Adryana Pereira de Lima (Orientação: Aline Carvalho Rocha)

3. Residência em Neonatologia:

- 3.1. “Prevalência de hemorragia Peri-intraventricular em RN de muito baixo peso em maternidade de referência terciária no município de Fortaleza-CE e principais comorbidades associadas” – concludente: Wlândia Gislayne de Sousa Tavares (orientação: Maria Francielze Holanda Lavor).
- 3.2. “Prevalência de ECN e ocorrência de comorbidades associadas em RN de muito baixo peso internados em maternidade de referência terciária” – concludente: Kátia Mireille Austregésilo de Andrade Alencar (orientação: Maria Francielze Holanda Lavor).

- 3.3. “Prevalência de hemoculturas positivas de recém-natos e perfil de susceptibilidade antimicrobiana” – concludente: Maria Grace Cavalcante de Almeida (orientação: Maria Francielze Holanda Lavor).
 - 3.4. “Utilização de potenciais melhores práticas nutricionais e ocorrência de desnutrição na alta hospitalar de RN de muito baixo peso internados em UTI neonatal de maternidade de referência terciária” – concludente: Renata Rodrigues Matos (orientação: Tania Maria Araujo).
 - 3.5. “Ocorrência de dor em bebês internados em unidade de terapia intensiva neonatal de maternidade terciária” – concludente: Caroline Diniz Nazareth (orientação: Maria Francielze Holanda Lavor).
4. Residência em Enfermagem Obstétrica:
 - 4.1. “Desfechos maternos e neonatais após uso de analgesia de parto: um estudo caso controle”- concludente: Ruanna Lorna Vieira Fernandes (orientação: Mônica Oliveira Batista Oriá).
 - 4.2. “Percepção de puérperas sobre a assistência pré-natal recebida na estratégia saúde da família”- concludente: Paula Medeiros Machado Carrion (orientação: Escolástica Rejane Ferreira Moura)
 - 4.3. “Percepção de puérperas lactantes sobre planejamento familiar”- concludente: Raquel de Serpa (orientação: Escolástica Rejane Ferreira Moura)
 - 4.4. “Avaliação da assistência às parturientes em uma Maternidade de referência do estado do Ceará” - concludente: Kamilly Camurça Cavalcante (orientação: Ana Kelve de Castro Damasceno)
 - 4.5. “Percepção de puérperas acerca do contato pele-a-pele imediato em Sala de Parto” - concludente: Camila Freitas Martins (Orientação: Marta Maria Soares Herculano)
 - 4.6. Perfil de partos assistidos por residentes de enfermagem obstétrica em uma maternidade terciária- concludente: Alline Falconieri de Moura (orientação: Marta Maria Soares Herculano)
5. Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e da Criança:
 - 5.1. “Risco para o desenvolvimento do câncer de mama: um enfoque familiar” – Concludente: Daniele Matos de Moura Brasil (Orientação: Régia Christina Moura Barbosa Castro).
 - 5.2. “Construção de tecnologia leve para o auto-cuidado no puerpério em uma unidade de cuidados intermediários canguru: plano de ação” – Concludente: Ana Carla Pereira Alves (Orientação: Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal).

Fonte: Setor de Ensino da MEAC (Gerência de Ensino e Pesquisa dos HUs)



A fisioterapia em todos os níveis de atenção

Prof. Elisete Mendes Carvalho – Fisioterapeuta ()*

Prof. Simony Lira do Nascimento- Fisioterapeuta ()*

Prof. Vilena Figueiredo Xavier-Fisioterapeuta ()*

As mulheres representam a maior parte da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Existem vários fatores, como os reprodutivos, a gravidez, o parto e a menopausa, que levam a mulher a desenvolver condições de adoecimento ou disfunções em que a fisioterapia torna-se necessária.

A fisioterapia na saúde da mulher é uma área de atuação do fisioterapeuta reconhecida como especialidade pelo COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) desde 2009 (RESOLUÇÃO Nº 372, DE 6 DE NOVEMBRO DE 2009). A fisioterapia na saúde da mulher atua em todos os níveis de atenção, ou seja, primário, secundário e terciário, intervindo sobre os vários aspectos da funcionalidade e do movimento humano que sofrem modificações durante os ciclos de vida da mulher bem como frente as enfermidades que frequentemente acometem o sexo feminino.

As disfunções uroginecológicas ou disfunções do assoalho pélvico (AP) correspondem a um grupo de condições patológicas que envolvem o assoalho pélvico, como incontinência urinária, prolapso dos órgãos pélvicos, disfunções defecatórias, síndromes dolorosas e ainda as disfunções sexuais.

O assoalho pélvico, por sua vez, corresponde a um grupo de estruturas que se localizam na base da cavidade pélvica incluindo músculos, fâscias,

ligamentos, nervos e vasos. Essa região também é conhecida como períneo. Os músculos do assoalho pélvico (MAP), representados pelo grupo muscular que envolve a vagina e o ânus, desempenham importantes funções como a manutenção da continência urinária e fecal, o suporte de órgãos pélvicos como o útero e a bexiga, além de participarem na função sexual, no parto e no controle postural.

As disfunções do assoalho pélvico podem acometer tanto homens quanto mulheres em qualquer faixa etária, no entanto, é mais frequente nas mulheres, gerando aos seus portadores desordens físicas, emocionais, comportamentais, sociais e econômicas.

Os fatores de risco para as disfunções do AP são a idade avançada, índice de massa corporal (IMC) elevado, mulheres múltiparas (mais de 2 partos), tipos de partos, intervenções cirúrgicas de caráter ginecológico, deficiência hormonal, menopausa, uso de medicamentos e fatores genéticos (KNORST et al., 2011; SUNG; HAMPTON, 2009).

Dentre as condições mais frequentes destacam-se a incontinência urinária (IU) - perda involuntária da urina- e os prolapso dos órgãos pélvicos, principalmente a cistocele, popularmente conhecida como “bexiga caída” e as disfunções sexuais, tais como a dispareunia (dor durante a penetração) e a anorgasmia (ausência de orgasmos durante a relação sexual). Tais condições estão geralmente

relacionadas a uma redução na força da musculatura do assoalho pélvico .

A IU atinge cerca de 200 milhões de pessoas no mundo, sendo considerada como um problema de saúde pública (KNORST et al, 2012). Já os prolapso de órgãos pélvicos atingem 75% das mulheres na faixa etária de 45 a 85 anos de idade (WIEGERSMA et al., 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o tratamento fisioterapêutico como primeira opção nas disfunções uroginecológicas nos casos de incontinência urinária de esforço de leve a moderada, por ser um método não-invasivo, seguro, de baixo custo e eficácia comprovada, considerando que a literatura aponta resultados satisfatórios desta intervenção, levando, muitas vezes, à redução nas indicações cirúrgicas (KOH, et al., 2008).

A intervenção fisioterápica tem como principais objetivos o de restaurar, reeducar e fortalecer a musculatura do AP proporcionando a realização de uma contração consciente e efetiva dessa musculatura, promovendo, assim, um controle da dor e do desconforto ocasionado pela contração inadequada da musculatura.

O arsenal fisioterapêutico inclui estratégias não farmacológicas, tais como o aprendizado de técnicas e exercícios específicos para reeducar e fortalecer a musculatura (treinamento dos músculos do assoalho pélvico), associados a exercícios



funcionais (cinesioterapia), a terapia comportamental, definida como a análise da relação entre os sintomas e o ambiente/contexto no qual a mulher está inserida, a estimulação elétrica neuromuscular (EENM), que consiste na aplicação de corrente elétrica que estimula a inervação da víscera pélvica ou o suprimento de sua inervação, o uso de cones vaginais, que são introduzidos na cavidade vaginal para exercitar a musculatura do períneo, além do uso de equipamentos de “biofeedback”, ou seja, aparelhos que proporcionam uma melhor percepção, conscientização da localização e uso seletivo da musculatura durante o processo de contração muscular do assoalho pélvico por meio de sinal visual, auditivo ou tátil.

Diante desse contexto e visando um modelo assistencial que tem como pressupostos principais a integralidade do ser humano, a humanização do atendimento e a interdisciplinaridade, foi idealizado o projeto “Fisioterapia na Saúde da Mulher” - PROFISM, que surgiu da parceria dos profissionais da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) e dos docentes do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC), visando otimizar e fortalecer a assistência fisioterapêutica na Saúde da Mulher orientada pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa, extensão e assistência segura.

A Assistência Fisioterapêutica Uroginecológica ambulatorial na MEAC funciona três vezes por semana sendo os atendimentos prestados à comunidade pela equipe do PROFISM. As pacientes são encaminhadas ao serviço de Fisioterapia por meio de solicitação por escrito do médico especialista conforme os critérios de indicação e contra-indicação pré-estabelecidos pela equipe. Após

submetidas a uma avaliação minuciosa e detalhada da paciente, o fisioterapeuta estabelece os objetivos do tratamento, define o protocolo de intervenção e realiza a assistência fisioterapêutica para a condição clínica apresentada de forma individual e/ou em grupo por um período de 12 semanas. Após esse período, realiza-se avaliação dos resultados prestados e da evolução da paciente juntamente com a equipe interdisciplinar, definindo os critérios de alta fisioterápica ou seguimento para outras terapêuticas, quando for o caso.

No último levantamento feito com dados de 59 mulheres atendidas no ambulatório no período de maio de 2012 a junho de 2014, observou-se que, dentre as disfunções mais frequentemente apresentadas pelo público atendido, destacam-se a incontinência urinária em 39 (66,1%) mulheres, 32 (54,2%) tinham prolapso de órgãos pélvicos, 18 (43,9%) apresentavam incontinência fecal e anal e 15 (25,4%) tinham disfunções sexuais. Dentre os casos relatados de IU, 48,7% foi de Incontinência Urinária de Esforço (IUE), caracterizada pela perda involuntária de urina ao tossir, espirrar, agachar ou realizar algum esforço físico, 25,6% de Incontinência Urinária de Urgência (IUU), caracterizada pela vontade repentina e incontrolável de urinar, aumento da frequência urinária e noctúria (levantar várias vezes a noite para urinar), e, ainda, 25,6% com Incontinência Urinária Mista, quando há sintomas tanto de IUU quanto IUE, seguido de prolapso de parede vaginal posterior (PPVA) com 70% dos casos. Ressalta-se que, em alguns casos, as pacientes apresentaram mais de uma disfunção concomitantemente, sendo mais comuns os casos de associação entre IUE e PPVA.

Em relação a avaliação funcional

do MAP, realizada durante o exame físico, observou-se uma associação entre a incapacidade de contração dos MAP e a disfunção apresentada pela mulher.

Nessa perspectiva a atuação da Fisioterapia assume valiosa importância para a garantia da atenção integral à saúde da mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida por meio de ações de promoção, proteção, assistência, recuperação funcional e melhoria na qualidade de vida em seus diferentes ciclos de vida, desde a adolescência até a fase adulta.

(*)

Profa. Elisete Mendes Carvalho – Fisioterapeuta

Chefe da Unidade de Reabilitação MEAC/UFC/EBSERH

Docente do Curso de Fisioterapia – FAMED-UFC
Coordenadora Didático-Pedagógica do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar : Área de Concentração Saúde da Mulher e da Criança-RESMULTI MEAC - UFC

Profa. Simony Lira do Nascimento- Fisioterapeuta

Docente do Curso de Fisioterapia – FAMED-UFC e do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar : Área de Concentração Saúde da Mulher e da Criança- RESMULTIMEAC - UFC

Coordenadora do Projeto de Extensão PROFISM (Projeto Fisioterapia na Saúde da Mulher)

Profa. Vilena Figueiredo Xavier-Fisioterapeuta

Docente do Curso de Fisioterapia – FAMED-UFC e do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar : Área de Concentração Saúde da Mulher e da Criança- RESMULTI -MEAC - UFC



As parturientes tem direito ao acompanhante



Edilene Maria Vasconcelos Ribeiro
Tereza Cristina Alves Ferreira
Ana Karla Batista Bezerra Zanella
Ana Izabel Coutinho Carvalho
Talyta Zambon
Ana Maria Figueiredo de Lima
Analice Pereira Mota

O direito ao acompanhante nos Hospitais Públicos de Saúde, em especial, nas maternidades de todo o país é uma prerrogativa garantida através da Lei 1.108 de 07 de abril de 2005, a qual garante às parturientes a presença de um acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Acrescenta-se, ainda, que o direito ao acompanhante também é garantido às crianças e adolescentes, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8.069/90; e à pessoa idosa de acordo com o Estatuto do Idoso Lei 1.0741/2003. No ano 2009, foi lançada a Portaria de Nº 1.820 do Conselho Nacional de Saúde, que garante o direito do acompanhante ao paciente nos casos em que a autonomia deste esteja comprometida.

A garantia do acompanhante à mulher, em todo o processo de parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato), na Maternidade Escola Assis Chateaubriand-MEAC, passou a ser efetivada em 2007, após a inauguração do Centro de Parto Humanizado, proporcionando um atendimento convergente com a proposta da Política de Humanização. Tal dispositivo vem sendo aprimorado e valorizado ao longo dos últimos anos, principalmente, por constituir-se em uma diretriz fundante do Programa

Rede Cegonha que, por sua vez, visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar, às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Evidenciando a importância da presença do acompanhante junto às parturientes, constata-se que este participa, protagoniza e atua diretamente em todas as fases do parto em consonância com o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde. A presença do acompanhante traduz-se como uma referência da rede de apoio sociofamiliar à parturiente durante seu período de internação, minimizando, assim, possíveis impactos decorrentes da distância entre a paciente, família e sua comunidade.

Considerando a importância da presença do acompanhante na MEAC e na perspectiva de consolidar o seu engajamento no processo de cuidado junto à paciente e na dinâmica hospitalar, o Serviço Social iniciou, em dezembro de 2014, grupo socioeducativo com acompanhantes nas Unidades de Internação do 2º andar, com intuito de reforçar as orientações sobre normas e rotinas hospitalares, bem como discutir temas relacionados à educação em saúde e cidadania. Os grupos têm periodi-

cidade semanal e através dos encontros realizados, observou-se na fala dos participantes que estes traziam diversas sugestões para a melhoria das práticas na instituição, bem como manifestações de elogio.

Com o objetivo de identificar como o acompanhante avalia o atendimento prestado durante a sua permanência na MEAC, o Serviço Social realizou uma enquete de opinião dirigida a 35 acompanhantes nas unidades de internação no período de 20 a 23 de fevereiro de 2015. As variáveis aplicadas na enquete foram as seguintes: motivo da internação da paciente acompanhada, grau de parentesco com a paciente, conhecimento da lei do acompanhante, classificação do atendimento e acolhimento nos diversos setores e, por fim, sugestões que estes consideraram importantes.

Quanto ao motivo de internação da paciente acompanhada tem-se que: 40% das informantes acompanhavam pacientes que tiveram parto normal; 34,2% parto cesárea; 11,4% curetagem; 8,5% cirurgia de mama; 2,8% cirurgia ginecológica e 2,8% gestantes na observação obstétrica. No que se refere ao grau de parentesco com a paciente verificou-se que: 48,5% das acompanhantes eram as genitoras das pacientes e 51,5% eram acompanhadas por parentes colaterais ou amigas. Em

relação ao conhecimento da legislação que garante o acompanhante nos serviços de saúde, 42,8% das informantes referiram ter conhecimento sobre a lei e 57,2% desconhecem a legislação.

A opinião quanto ao atendimento na MEAC foi demarcado de acordo com a classificação do serviço como excelente, bom, regular, envolvendo os seguintes setores: Emergência, Centro Obstétrico, Centro Cirúrgico, Enfermarias Obstétricas Parto Normal, Enfermarias Obstétrica Parto Cesárea e Enfermarias de Ginecologia. Desta forma, verificou-se o seguinte: no serviço de emergência 54,5% consideram o atendimento como excelente e 45,5% consideram bom. No Centro Obstétrico 63,6% consideram excelente, 27,3% bom e 9,1% regular. No Centro Cirúrgico 100% consideram excelente. Nas enfermarias Obstétricas Parto Normal 66,7% classificam como excelente, 27,8% bom e 5,5% regular. Nas enfermarias Obstétricas Parto Cesárea 58,3% consideram

bom e 41,7% excelente. E por fim, as entrevistadas nas enfermarias da ginecologia, que também englobou as pacientes que realizaram cirurgias de mama, 75% consideram o atendimento excelente e 25% bom. Dessa forma, constatou-se que 96,7% das acompanhantes consideram o atendimento satisfatório na instituição.

Quanto à opinião do acompanhante no que diz respeito ao acolhimento recebido na instituição de modo geral, a enquete aponta que 62,8% dos acompanhantes classificaram como sendo bom, 25,7% sendo excelente e 11,5% regular. No que tange às sugestões, elegeu-se as mais recorrentes para ilustrar a opinião das acompanhantes: a aquisição de poltronas permanentes nas enfermarias para descansar durante a noite; a admissão do acompanhante masculino nas enfermarias; ambiente climatizado ou maior número de ventiladores nas enfermarias; cadeiras mais confortáveis, dentre outras.

O atendimento recebido pelos acompanhantes durante sua permanência na instituição foi, de maneira geral, positiva, o que evidenciou claramente a satisfação destes nas diversas unidades de internação. Nesse sentido, a presença e a satisfação do acompanhante na MEAC, sem dúvida, fortalece a rede de cuidado junto à paciente, como também vem consolidar, sobremaneira, a Política de Humanização e a implementação das ações do Programa Rede Cegonha na instituição.

Em suma, torna-se importante perceber o acompanhante como um aliado da equipe na perspectiva dos cuidados, da promoção e atenção à saúde da paciente. O acolhimento e a atenção dispensados pela equipe a esta e ao seu acompanhante garantem uma efetiva relação mútua de cuidado e respeito, o que vem a potencializar ações para a garantia da política de humanização em todo o processo de assistência na instituição.

www.organizamedica.com.br



40% menos tributos sobre sua renda médica.
O que essa **economia** representaria para você em 1 ano?

Conheça a **ORGANIZA** e saiba o que mais podemos fazer para melhorar seus rendimentos e sua qualidade de trabalho e vida. Uma equipe de profissionais experientes e especializados para cuidar das rotinas contábeis, jurídicas, negociações, recrutamento, capacitação de funcionários e consultoria em planejamento e gestão para consultórios, empresas médicas e médicos empresários.

Ligue para gente e tire suas dúvidas.

Fortaleza: Rua Mato Grosso, 251 - Panamericano.
(85) **3055-0301** | **9691-8064**

Caucaia: Av. Edson da Mota Correia, 701. SI 103/104 - Centro.
(85) **3342-1359** | **9126-3404**



Cuidados também com as dependentes químicas

*Ionésia Amaral
Rita de Cássia
Sandra Barbosa*

Há anos o uso de drogas vem ultrapassando a fronteira do problema estritamente médico e envolvendo fortemente aspectos sociais. Nesse contexto, estão envolvidas mulheres de todas as idades, especialmente jovens e adolescentes no período reprodutor. O que outrora estava restrito a grupos humanos específicos, extrapolou as barreiras sociais delimitadas por gênero e estrato sócio-econômico para atingir um número inaceitavelmente grande de jovens pobres da periferia da cidade, sofrendo com as consequências do uso de drogas durante a gestação e o período puerperal.

Passamos a assistir a um grande número de mulheres que chegavam à instituição sozinhas, sem acompanhamento pré-natal e com complicações obstétricas graves, como descolamento prematuro da placenta, hipertensão arterial sem relação com a gestação e graves pneumopatias, associadas à desnutrição e auto-cuidados negligenciados. Observamos também a recrudescência da infecção por sífilis, que há muito estava sob níveis epidemiológicos aceitáveis.

Uma Metodologia de Assistência para Gestantes, Puérperas e seus Conceptos. Cuidando das Famílias na MEAC

À medida que constatávamos esse fenômeno, identificávamos neonatos com alterações neuro-comportamentais diversas: crianças com tônus motor espástico, com abalos, com choro difícil de acalantar e com dificuldades de serem alimentados; e sem relação com doenças orgânicas ou problemas no parto. Pudemos saber de alguns episódios de mães que saíam de alta à revelia, e abandonavam seus bebês no berçário ou aos cuidados de familiares em decorrência de quadros graves de dependência química.

Preocupadas com essa grave situação, um grupo de profissionais resolveu, em janeiro de 2012, reunir-se regularmente na tentativa de compreender a problemática. À medida que verificávamos a ocorrência desses casos graves fomos nos deparando com um número maior ainda de mulheres fazendo uso re-

creativo e abusivo. Em julho de 2012, já com uma melhor compreensão da questão, surgiu o REMDA (Rede de cuidados à gestantes e puérperas em uso de álcool, tabaco e outras substâncias), como um projeto audacioso, objetivando sensibilizar os profissionais da Maternidade Escola Assis Chateaubriand para identificar e atuar conjuntamente em prol da manutenção do binômio mãe-bebê.

No decorrer do ano de 2014 o REMDA passou a desenvolver um método de assistência diferenciada procurando a integração dos saberes para a ampliação da visão e assistência das pacientes com dependência químicas assistidas na Maternidade. O foco na atualidade é trabalhar junto com as famílias a fim de promover a continuidade de tratamento pós-alta hospitalar, orientando o atendimento na rede pública de saúde mental, aliando aos valores da pers-

Sonhe com o que você quiser. Vá para onde você queira ir. Seja o que você quer ser, porque você possui apenas uma vida e nela só temos uma chance de fazer aquilo que queremos. Tenha felicidade bastante para fazê-la doce. Dificuldades para fazê-la forte. Tristeza para fazê-la humana. E esperança suficiente para fazê-la feliz.

Clarice Lispector

pectiva de Assistência Humanizada de acordo com o Método Canguru e do programa Cegonha em desenvolvimento na Instituição. Caminhar para atingir este objetivo vem sendo nosso desafio, pois precisamos trabalhar no estreitamento de laços com a mulher que está dentro do perfil do REMDA e com as equipes profissionais, no intuito de integralizar a assistência dentro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde/MS no que diz respeito ao vínculo mãe-bebê.

Com uma equipe estruturada, e o apoio institucional, o REMDA tem mostrado grandes resultados como, por exemplo, os cursos de capacitação ao longo do ano de 2014, que atingiram e sensibilizaram 62 profissionais técnicos-administrativos. Muitos desses passaram a ser parceiros e vem disseminando o conhecimento e essa nova filosofia de assistência humanizada frente à díade mãe-bebê vulneráveis às drogas. Atualmente as famílias tem um suporte maior dos profissionais na compreensão da dependência química como uma doença biopsicossocial. A equipe nuclear do REMDA é composta por uma Psiquiatra, uma Fisioterapeuta Neonatal e uma Técnica de Enfermagem com formação em Serviço Social, Gestão Hospitalar e Direito. De modo geral, a equipe busca solucionar os problemas de abandono e abrigo dos

recém-nascidos, tentando diminuir o número de casos encaminhados ao conselho tutelar tratados na MEAC, bem como o fortalecimento do vínculo mãe/bebê.

A equipe tem como proposta formar parcerias com outras instituições conveniadas com a Prefeitura de Fortaleza e o Governo do Estado do Ceará, no sentido de estruturar uma REDE que dê suporte na tomada de decisão da mulher, quando esta precisar de tratamento específico para desintoxicação ou reinserção social, conforme sua clínica e necessidade; nos equipamentos disponíveis fornecidos pelo Estado, ou quando o caso requerer estabilidade da vulnerabilidade social causada pela drogadição e seus reflexos.

Nesse sentido garantiremos o que é preconizado pelo MS, como sendo “Saúde um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução de riscos de doenças e de outros agravos”, conforme Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, bem como garantir boas práticas como foco na humanização de assistência integralizada tendo como base a Norma e Atenção Humanizada instituída pela Portaria GM/MS nº 1.683 de 12 de julho de 2007.

Além da aplicação dos planos assistenciais o Programa trabalha junto aos diversos Programas de

graduação, pós-graduação e de Residência Médica e Multiprofissional da UFC e demais parceiros, contribuindo para o crescimento técnico científico através do ensino, pesquisa e assistência. Uma sociedade saudável parte da responsabilidade que cada indivíduo tem em prol do bem comum. Um corpo social que tem como princípio cancelar a justiça, procura primeiramente, antes do indivíduo, o bem estar da coletividade. Quando atingirmos essa máxima, faremos parte de uma sociedade JUSTA, promovendo a tão almejada justiça social!

Entendemos que a informação é uma ferramenta importante, para tanto nos colocamos à disposição de professores, alunos, funcionários e pacientes desta e de outras instituições, sabendo que esta ação requer a participação de todos. Dúvidas e contato: Manhã: [3366.8506](tel:3366.8506) - Rita de Cassia (segunda a sexta-feira de 07:00h às 13:00h) Ionésia Amaral (segunda a sexta-feira de 07:00h às 13:00h). Tarde: [3366.8568](tel:3366.8568) - Sandra Barbosa (segunda a quinta-feira de 13:00h às 19:00h e, na sexta-feira, de 07:00h às 13:00h00h). O REMDA conta com uma consultoria todos os dias da semana, para os profissionais da MEAC, através do dispositivo *WhatsApp*, sob administração do cel [858898.8381](tel:858898.8381) e através do email remda.meac@gmail.com.



Perfil dos Internamentos na UTI em 2014

Camilo Reuber de Sousa Soares
Regina Célia Carvalho da Silva
Rejane Lúcia Alves Maia
Stephanie Wilkes da Silva

INTRODUÇÃO

A MEAC posiciona-se como o principal serviço terciário de maternidade no estado do Ceará. Recebe pacientes da capital e do interior do estado, possuindo a emergência como sua principal porta de entrada. No tocante aos serviços de terapia intensiva, funcionam os serviços de terapia intensiva neonatal e adulta (materna). É composta por equipe multiprofissional, com médicos intensivistas, enfermeiros especialistas, fisioterapeutas, farmacêutico clínico, assistente social, psicólogo, técnicos e auxiliares de enfermagem, secretário e funcionários de zeladoria. Conta com o suporte de outras especialidades médicas do Hospital Universitário Walter Cantídio.

A equipe realiza assistência de forma interdisciplinar, com grande interação entre os profissionais. Ao longo dos anos, vem se caracterizando por uma lenta mudança no perfil das

pacientes, evoluindo de uma pequena parcela de pacientes graves, em ventilação mecânica, há alguns anos, para a realidade atual de sua maioria encontrando-se nesta condição, gerando internações mais prolongadas e aumento das intervenções clínico-cirúrgicas, consequentemente, maiores riscos para infecções, desenvolvimento de úlceras, flebites, extubações acidentais e óbitos.

OBJETIVOS

Caracterizar o perfil e as incidências de complicações apresentadas pelas pacientes internadas na UTI materna - MEAC, em 2014.

METODOLOGIA

Trabalho descritivo, do tipo retrospectivo, realizado na unidade de terapia intensiva materna da Maternidade Escola Assis Chateaubriand a partir de dados contidos nos registros de

admissão e relatório de enfermagem, preenchidos pela equipe no momento desta admissão e ao longo da internação. Foram utilizados dados das pacientes internadas no período de janeiro a dezembro de 2014, totalizando 178 pacientes.

A unidade é composta por quatro leitos e recebe tanto pacientes das enfermarias de ginecologia como de obstetrícia, bem como aquelas oriundas da emergência ou reguladas pela central de leitos do município de Fortaleza e do estado do Ceará. Foram incluídas todas as pacientes admitidas no ano estudado e não houve critério de exclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos quadros a seguir demonstramos o número mensal de admissões, a taxa mensal de ocupação e a média mensal de permanência, além das suas respectivas taxas e médias anuais.

1- QUADRO DE ADMISSÕES POR MÊS

MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
ADMISSÕES	07	10	23	15	13	11	21	14	19	17	17	11

MÉDIA ANUAL DE ADMISSÕES POR MÊS: 14,8 PACIENTES

Do total de 178 admissões no ano, o principal diagnóstico médico foi pré-eclâmpsia grave com 84 casos (48%). Do total de internações, 119 casos foram de admissões internas (66,8%) e 59 tiveram origem externa (33,2%).

2- QUADRO DE TAXA DE OCUPAÇÃO

MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
OCUPAÇÃO %	91,9	43,8	75,8	93,3	82,3	77,6	67,8	67,7	92,7	92,7	76,7	60,8

TAXA DE OCUPAÇÃO ANUAL: 76,9%

3- QUADRO DE MÉDIA DE PERMANÊNCIA MENSAL

MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº DIAS	14,2	6,1	4,7	7,4	7,8	11,6	5,6	9,3	5,3	4,0	4,8	9,1

MÉDIA ANUAL DE PERMANÊNCIA: 7,5 DIAS

A faixa etária das pacientes internadas encontra-se na tabela 1

Tabela 1 - PERFIL ETÁRIO DAS PACIENTES INTERNADAS

FAIXA ETÁRIA	Número	Percentual
ATÉ 19 ANOS	44	24,7%
20 A 34 ANOS	99	55,6%
35 OU MAIS	35	19,7%

Não houve incidência de queda de paciente durante o ano de 2014. Ocorreram nove casos de úlcera por pressão, com incidência de 5,0%, quatro casos de flebite, com incidência de 2,2%, e seis extubações acidentais entre 36 pacientes que foram intubadas (16,6%). Ocorreram seis óbitos no ano, perfazendo uma taxa de 3,3%.

4 – INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO NO ANO DE 2014:

$$\frac{\text{Nº de úlcera} \times 100}{\text{pacientes/ano}} = \frac{9 \times 100}{178} = 5,0\%$$

5 – INCIDÊNCIA DE FLEBITE NO ANO DE 2014:

$$\frac{\text{Nº de flebites} \times 100}{\text{pacientes/ano}} = \frac{4 \times 100}{178} = 2,2\%$$

6 – INCIDÊNCIA DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL NO ANO DE 2014:

$$\frac{\text{Nº de extubações} \times 100}{\text{pacientes intubados}} = \frac{6 \times 100}{36} = 16,6\%$$

7 – TAXA DE ÓBITO NO ANO DE 2014:

$$\frac{\text{Nº de óbitos} \times 100}{\text{pacientes/ano}} = \frac{6 \times 100}{178} = 3,3\%$$

Diante dos resultados encontrados, pode-se observar que a unidade apresenta baixa taxa de permanência e alta média de admissão e elevada taxa de ocupação para uma unidade de quatro leitos. Não houve incidência de queda, e as incidências de úlcera por pressão, flebite, extubação acidental e a taxa de óbito foram baixas. A meta é a ausência de evento sentinela (flebite, úlcera por pressão, queda, perda de acesso central e extubação acidental) na unidade.

Acreditamos que estes

resultados sejam decorrentes, primeiramente, do perfil de pacientes, sendo a maioria de origem interna, jovens, de idade entre 20 e 34 anos, e com diagnóstico de pré-eclâmpsia, o que condiz com a literatura nas demais regiões do Brasil em instituições públicas. E, em seguida, devido à dedicação da equipe multiprofissional em melhorar a assistência e promovendo a alta precoce para a enfermaria, bem como pela boa interação com a enfermaria, sala de recuperação e centro cirúrgico nesta movimentação de pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora tenhamos tido bons resultados no ano de 2014, acreditamos que eles podem ser melhorados, haja vista que, embora as taxas sejam baixas, a meta para o ano de 2015 é ausência de eventos sentinela. Com a aquisição de novos profissionais e a realização de treinamentos e capacitação, buscaremos continuamente melhorias assistenciais, estruturais e motivacionais, que reflitam em índices e taxas de indicadores ainda melhores para este ano.



UTI neonatal, um trabalho incessante para garantir a vida

Dra. Eveline Campos Monteiro de Castro

Unidade Neonatal de Cuidados Intensivos e Intermediários

Com uma capacidade para prestar assistência a 21 bebês, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand recebe bem mais que isso. Não raro está acolhendo três dezenas de recém-nascidos, muitas vezes prematuros, que necessitam de assistência ventilatória mecânica. Sem essa assistência muito provavelmente não conseguiriam sobreviver.

De acordo com a Coordenadora da UTI neonatal, Dra Eveline Campos, a superlotação dessa unidade ocorre por falta de leitos de UTI neonatal na rede pública do Estado do Ceará. Em caráter de urgência, deve ser viabilizado assistência a recém-nascidos de alto risco, implementando de forma eficiente o funcionamento de unidades já existentes em Fortaleza.

A Dra. Eveline explica que, a MEAC, por ser referência de gravidez de alto risco, presta atendimento a um maior número de recém-nascidos também de alto risco que necessitam de cuidados de uti neonatal. Quando a unidade neonatal extrapola sua capacidade de atendimento, o que ocorre com mui-

ta frequência, a assistência pode ficar comprometida na qualidade do serviço disponibilizado.

Esclarece, ainda a coordenadora, que a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal atende basicamente os neonatos potencialmente instáveis que necessitam de monitorização de forma contínua e recém-nascidos com insuficiência respiratória aguda que necessitam de assistência ventilatória.

Não se pode afirmar o tempo que cada bebê passa na UTI, sendo sua permanência dependente dos problemas clínicos, idade gestacional e peso de nascimento. Há casos em que pode ser necessário permanecer internado por mais de três meses. Numa estimativa razoável, pode-se afirmar que um paciente fica internado numa média de 15 dias na Unidade de Tratamento Intensiva, quando é encaminhado para outra Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCO) ou Unidade de Cuidados Intermediários do Método Canguru (UCINCA) dentro da MEAC. Nesta Unidade, o bebê permanece até atingir peso adequado (por volta de 1800g) e condições clíni-

cas e nutricionais para a alta hospitalar.

A Dra. Eveline explica que 85% dos recém-nascidos atendidos na UTI neonatal são prematuros, isto é com menos de 37 semanas de gestação. Ressalta ainda, que a prematuridade é um das principais fatores relacionados com a morte no período neonatal, que compreende desde o nascimento até 27 dias de vida. Na MEAC, nascem por mês aproximadamente 450 bebês, destes 20% são prematuros. Com relação ao peso de nascimento, 6% de todos os nascimentos tem peso inferior a 1500g e todos são assistidos na UTI neonatal.

Segundo a Dra Eveline, são várias as intercorrências clínicas que levam o recém-nascido a receber cuidados numa UTI. Destacam-se, problemas respiratórios, neurológicos, infecciosos e cardíacos. “Nos prematuros, a imaturidade pulmonar exige o uso de ventilador mecânico com o objetivo dar suporte ventilatório, até que o bebê tenha condições de respirar sozinho. Sem o aparato tecnológico seria quase impossível a sua sobrevivência”. Uma UTI neonatal tem um custo elevado pela necessidade de suporte



tecnológico, medicações de alto custo, profissionais treinados e capacitados a prestar assistência em tempo integral a recém-nascidos em condições clínicas graves.

De acordo com a Dra. Eveline Campos, o acompanhamento pré-natal adequado, com atenção às condições

psicossociais das gestantes, identificando situação de risco com acesso a exames que possibilitem intervir no momento adequado, contribuiria de forma relevante na diminuição dos partos prematuros. As causas da prematuridade são multifatoriais. Dentre as causas conhecidas mais comuns

estão as maternas, como infecções, síndromes hipertensivas e hemorrágicas. O ideal era que não nascessem crianças prematuras. "Quanto mais prematuros maiores os riscos e menores as chances de uma sobrevivência saudável!"

Tão completo quanto barriga de mãe.



BCU Brasil

Banco de Cordão Umbilical

BCU é o mais completo e seguro banco de cordão umbilical do Brasil que oferece bolsas bi-partidas para uma dupla utilização. Nenhum outro banco se compara em cuidados e segurança.

Hospital São Mateus - Torre Saúde
Av. Santos Dumont, 5733 - SL. 1608
(85)3077.4240/9902.1022/9135.1520
ce.fortaleza@bcubrasil.com.br
www.bcubrasil.com.br

Resp. Técnico: Dra. Adriana Homem. CRM-SP: 95224



Profissional da área da saúde, venha ser nosso **ASSOCIADO** e tenha várias vantagens e serviços a sua disposição.

Quer receber seu faturamento através de uma Pessoa Jurídica? Garantimos o seu pagamento com as menores taxas do mercado.






Visite nosso site: WWW.LSCONSULTORIAMEDICA.COM.BR
Nosso e-mail: LSCONSULTORIAMEDICA@HOTMAIL.COM

Fale conosco e tire todas as suas dúvidas:
Fone: 85- 3013.3228

O LabPasteur é o laboratório da família cearense. Onde você confia a saúde de quem mais gosta.



-  Programa exclusivo para gestantes
-  Teste do Pezinho
-  Vacinas



Atendimento ao cliente: (85) 3003.6063 | www.labpasteur.med.br

Responsável Técnico: Dra. Maria Helene Costa Gurgel - CRM 9061

CLÍNICA TRAJANO ALMEIDA
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Aqui você encontra modernidade e credibilidade

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE 3,0 TESLA COM MULTITRANSMISSÃO DE SINAIS

A mais avançada tecnologia para um melhor diagnóstico de seus exames.

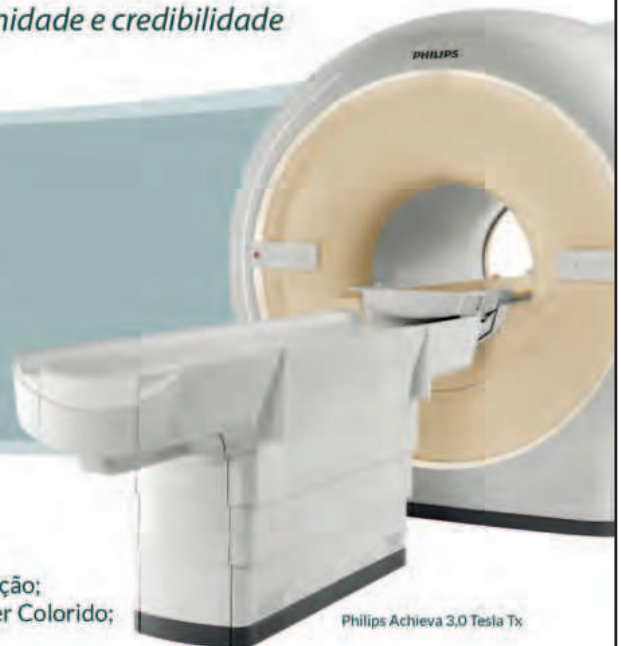
SERVIÇOS

- Ressonância Magnética 1,5T e 3,0T;
- Tomografia Computadorizada Multislice;
- Mamografia Digital;
- Radiologia Digital;
- Videofluoroscopia da deglutição;
- Ultrassonografia com Doppler Colorido;
- Densitometria Óssea;

Uma história e uma referência em medicina diagnóstica há 40 anos.

Estacionamento gratuito e com manobrista
Av. Dom Luis, 200 - Fortaleza/CE - Fone/Fax: 85 3066.7900 / 3066.7916

RESP. TÉCNICO:
Resp. técnico Dr. Trajano Almeida CRM 2002 - RQE 6353
Resp. técnico Dr. José Joaquim Almeida CRM 3423 - RQE 6260



Philips Achieva 3.0 Tesla Tx

Ações para reduzir a mortalidade materna



Dra. Jordana Parente Paiva.

Coordenadora do Comitê de Mortalidade Materna da MEAC/UFC/EBSERH

A saúde materna vem sendo tema de maior atenção das entidades de saúde pública. Agora mais do que no passado, por ser considerada um importante indicador de desenvolvimento de uma região ou país. Por esse motivo, a redução da mortalidade materna faz parte da Meta de Desenvolvimento do milênio, cujo objetivo é reduzir a razão de mortalidade materna (RMM) em três quartos (ou seja 75%) até 2015. De acordo com o Ministério da Saúde, a RMM é considerada elevada quando ultrapassa o índice de 10 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

Uma das estratégias para a redução dessa mortalidade foi a instituição dos Comitês de Mortalidade Materna que teve início na década de 1930 nos Estados Unidos. No Brasil, a implantação desses comitês ocorreu somente em 1987, como forma de melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher.

A criação do Comitê de Mortalidade Materna na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand foi instituída através de portaria em 1987 e vem funcionando ativamente desde setembro de 1999.

Nosso comitê é formado por uma equipe multidisciplinar com o objetivo de investigar e notificar todos os óbitos maternos ocorridos na instituição. Há a participação de um de seus membros nos Comitês de Mortalidade Materna do Município de Fortaleza e do Estado, além de uma parceria com o núcleo de epidemiologia para viabilizar o mais rápido possível a notificação. O comitê se reúne para a

discussão de cada um dos óbitos que ocorrem na instituição, que são, posteriormente, apresentados em sessões clínicas com os residentes e internos da MEAC.

Por se tratar de uma instituição de atendimento terciário, sendo receptora de uma grande área de transferência de casos graves, a mortalidade materna em nossa instituição é considerada elevada. Em 2014, tivemos oito óbitos maternos em nossa instituição, destas sete realizaram pré-natal e parto em outra instituição e vieram transferidas ao nosso serviço, já

muito graves. Até maio deste ano, já ocorreram em nossa maternidade, sete óbitos maternos, todos de pacientes provenientes de municípios do interior do estado e que já foram admitidas em estado muito grave.

Deve ser salientada a importância do trabalho do Comitê de Mortalidade Materna, que não é de forma alguma de caráter punitivo e sim uma maneira de conhecer para poder atuar e melhorar as condições de saúde da mulher nas instituições hospitalares.


doce ideia[®]
enxovais, móveis e decorações para o seu bebê. baby






Rua Nereu Ramos, 170 - Maraponga
Tel.: (85) 3495.1559
 Email: doceideia@gmail.com



Planejando melhor uma gravidez

Dra. Raquel Autran

Professora do Departamento de Saúde Materno-Infantil
Médica do Serviço de Patologia do Trato Genital Inferior da MEAC
Chefe da Unidade de Saúde da Mulher MEAC/UFC/EBSEH
Coordenadora do Internato Médico em GO na MEAC

Nesta entrevista, a médica Raquel Autran mostra a importância de se planejar a gravidez e defende que, em muitos casos o planejamento deve começar bem cedo.

Por planejamento familiar entende-se um conjunto de ações que permitem às mulheres e aos homens escolherem quando querem ter um filho, o número de filhos que querem ter e o espaçamento entre o nascimento dos filhos, conforme seus princípios de necessidade.

Os serviços de Planejamento Familiar devem ser ofertados amplamente à população. Há vários métodos contraceptivos disponíveis, como os hormonais, o preservativo (masculino e feminino), o dispositivo intrauterino (DIU), e mesmo a esterilização masculina e feminina. A manifestação é da Dra. Raquel Autran Coelho Peixoto, chefe da Unidade de Atenção à Saúde da Mulher, ao explicar que a procriação deve ser programada dentro das disponibilidades de tempo, trabalho e situação financeira.

O casal deve ter acesso à informação e a todos os métodos e técnicas para anticoncepção, cientificamente

aceitos, e que não coloquem em risco sua saúde. Tal programa requer a existência de uma série de condições favoráveis, como educação, garantia de atendimento e aprovação popular.

A gravidez deve ser planejada com o auxílio de profissional de saúde, para que se tenha bons resultados. A última palavra é sempre do casal

“A mulher ovula melhor até os 35 anos. Exatamente por isso, as pessoas nessa faixa etária tem maiores probabilidades de engravidar do que as que contam com mais idade”.

prosegue a médica – a quem compete decidir quando e como ter filhos e quantos eles deverão ser, atendendo aos interesses do pai e da mãe.

Toda mulher tem condições para procriar? Quase todas. – “Na verdade – explica – A profissional de saúde poderá explicar que as nefropatas, psiquiatras, obesas mórbidas, car-

diopatas e hipertensas, por exemplo, necessitam de cuidados especiais para que possam desenvolver uma gravidez com baixos riscos”.

“A mulher ovula melhor até os 35 anos. Exatamente por isso, as pessoas nessa faixa etária tem maiores probabilidades de engravidar do que as que contam com mais idade”.

Mas a Dra. Raquel chama a atenção para a gravidez não planejada na adolescência, que tem crescido desde a década de 90. “Isso pode acarretar sérias consequências para todos os familiares, mas principalmente para os adolescentes envolvidos – explica – pois esses jovens geralmente não estão preparados emocionalmente e nem mesmo financeiramente para assumir tamanha responsabilidade.” Além disso, tratam-se de gestações com maior índice de complicações como prematuridade e anemia.

Com a mudança de papel da mulher na sociedade moderna, a gravidez não planejada muitas vezes interrompe planos e expectativas de estudo e trabalho, trazendo impacto psicológico e social importantes.

ARB MED

Vamos renovar! Que tal uma mesa nova?

FABRICAÇÃO PRÓPRIA DE MESAS LUXO PARA:
Ultrassonografia
Ginecologia
Exame Clínico.

Fabricadas com MDF - Fórmica - Corvin - Escadinha
Todas as ferragens em aço inox.

ULTRASSOM E TRANSDUTORES
NOVOS E USADOS.



ASSISTÊNCIA TÉCNICA
ESPECIALIZADA

ÓTICA
ELETRÔNICA
LABORATORIAIS
MECÂNICA DE PRECISÃO
EQUIPAMENTOS HOSPITALARES

Praça Visconde de Pelotas, 9 - Centro - (Mercado dos Pinhões)
Fones: (85) TIM 99628-1366 / OI 98526-4436



SINDICATO
DOS MÉDICOS
DO CEARÁ

Cuidar de quem cuida das pessoas.

#esseéoplano

Planos de saúde Unimed Fortaleza com condições especiais para os **Associados ao Sindicato dos Médicos do Ceará**. Para saber mais ligue para (85) 3114.1610

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



www.unimedfortaleza.com.br