

ANO 3 | nº 04 | Março 2016

# MEAC

MATERNIDADE-ESCOLA  
ASSIS CHATEAUBRIAND  
52 anos de crescimento



Hospitais  
Universitários  
Universidade Federal do Ceará

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

*Chegaram as*  
**TORRADAS  
FORTALEZA**



*O café da manhã da sua família acaba de ficar ainda mais completo com a nova linha de Torradas Fortaleza. Crocante, levinha, dourada e feita numa das fábricas mais modernas do mundo. Afinal, quem faz o melhor cracker tinha mesmo que fazer a melhor torrada.*



**Superintendente dos Hospitais Universitários da UFC**

José Luciano Bezerra Moreira

**Gerente de Atenção à Saúde**

Carlos Augusto Alencar Júnior

**Gerente Administrativo**

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 Liduína Freitas Pinto

**Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente**

Eugenie Desirée Rabelo Néri 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 Brunetta

**NESAR - Núcleo de Estudos em Saúde Reprodutiva**

Silvia Bonfim Hyppólito

**Setor de Gestão de Ensino**

Francisco Herlânio Costa Carvalho

**Unidade de Comunicação Social**

Danielle Campos A. Rogés

- 04 | Um ano de crescimento.
- 06 | Diagnóstico ultrassonográfico.
- 08 | Serviço de hemoterapia.
- 11 | Gravidez na adolescência.
- 12 | Cirurgias neonatais.
- 13 | Garantia de acesso à informação.
- 14 | Morbidade materna grave.
- 16 | Inovação na enfermagem na MEAC.
- 18 | Esperança para prevenção do câncer de mama.
- 20 | A importância do ecocardiograma.
- 23 | Diabetes na gravidez.
- 24 | Psicoterapia.
- 26 | Vigilância epidemiológica.
- 28 | Hemorragia pós-parto.
- 30 | Implantação do teste da linguinha.
- 32 | Dor pélvica crônica.
- 34 | Neovaginoplastia.

**Revista da MEAC**

**Editores:**

Luciano de Paiva(MTB 073) / Danielle Campos A. Rogés (MTB 1420)

**Editor adjunto:**

Luís Marcelo Benevides de Paiva

**Coordenação e Supervisão:**

Vinicius Roberto Benevides

**Diretor Comercial:**

Marcelo Paiva

Fones (85) 98847.6151 / 99625.0809

**Publicidade:**

revistadameac@gmail.com

**Projeto Gráfico:**

Lucas Melo - (85) 98907.5686 / 99705.9112

**Fotografias:**

Sarah Serafim

**Tiragem:**

5000 exemplares

A Revista da MEAC é uma publicação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand com supervisão direta de sua Gerência de Atenção à Saúde e de sua Unidade de Comunicação Social. Tem circulação gratuita e dirigida através de mala direta, às autoridades e diversos outros segmentos da área da saúde. Ela não representa um só real de despesas para a 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, entretanto solicita-se a citação da fonte e o envio de um exemplar da publicação para a instituição.



## Um ano de crescimento

**Dr. Carlos Augusto Alencar Júnior**  
Gerente de Atenção à Saúde

O ano de 2015, embora tenha sido um ano de crise para o Brasil, foi um ano em que a Maternidade de Escola Assis Chateaubriand (MEAC) apresentou números que chegaram a impressionar pelo crescimento. A razão dessa expansão de atendimentos à população teve, como alicerce principal, a entrada dos novos colaboradores, a partir do final de 2014, por meio do concurso público promovido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), fato possível após assinatura de contrato de gestão dos Hospitais Universitários entre a Universidade Federal do Ceará e essa empresa pública. Esses funcionários vieram jun-

tar-se aos servidores que aqui já estavam, seja da Universidade Federal do Ceará, seja da SAMEAC (Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand).

Para os que afirmavam, e ainda afirmam, que a cessão seria prejudicial à população, os números que aqui demonstraremos reafirmam o contrário. Compararemos, então, a produção do ano de 2014, antes da entrada dos novos empregados, com aquela realizada no ano de 2015, demonstrando as melhorias quantitativas que ocorreram e que favoreceram as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Inicialmente, gostaria de enfa-

tizar que foram contratados, desde outubro de 2014 até dezembro de 2015, 85 médicos, 77 enfermeiros, 185 técnicos de enfermagem e 69 profissionais de nível superior de outras áreas da saúde (assistentes sociais, biólogo, biomédico, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, dentre outros). Essas contratações nos permitiram aumentar os atendimentos em nossa emergência em 27,6%, nossas consultas médicas em 37,9%, de enfermagem em 125,1%, nossas consultas multiprofissionais ambulatoriais em 17% e nas enfermarias em 70,4%. Esses dados são demonstrados no quadro 1.

Quadro 1 – Indicadores assistenciais do número de atendimentos na emergência e de consultas nos anos de 2014 e 2015.

INDICADORES ASSISTENCIAIS	2014	2015	Varição 2014/2015
Atendimentos emergência	18124	23136	+ 5012
Consultas médicas	30714	42356	+ 11642
Consultas enfermagem	2195	4942	+ 2747
Consultas multiprofissionais ambulatoriais	1749	2048	+ 299
Consultas multiprofissionais em pacientes internadas	54132	92241	+ 38109

Nossas internações passaram de 9.518, em 2014, para 12.021, em 2015, um acréscimo de 26,3%. Houve aumento de partos normais (38,5%), cesáreas (36,1%), de recém-nascidos vivos (36,9%), de cirurgias eletivas (7,4%) e de cirurgias na nossa emergência (24,8%). Nossa taxa de ocupação passou de 91,7% para 95,3%. Apesar disso, conseguimos diminuir nossa média de permanência

de 6,4 para 5,9 dias, denotando a melhor rotatividade dos leitos e resolubilidade dos casos. Esses dados estão demonstrados no quadro 2.

Além desses avanços, enfatizamos o crescimento de realização de exames ultrassonográficos em 36,3% (de 9.854 para 13.430) e de outros exames utilizados para fins diagnósticos em 8,6% (de 9.617 para 10.443).

Se quantitativamente crescemos, a expansão qualitativa foi ainda maior. Vários serviços e procedimentos que antes não eram ofertados à população foram introduzidos, especialmente pela chegada dos novos profissionais. Assim, destacamos, inicialmente, a completa reestruturação do nosso serviço de ginecologia. Passamos a fazer mapeamento ultrassonográfico para endome-

Quadro 2 – Indicadores assistenciais do número de internamentos, partos e cirurgias nos anos de 2014 e 2015.

INDICADORES ASSISTENCIAIS	2014	2015	Variação 2014/2015
Internações	9.518	12.021	+ 2503
Partos normais	1.831	2.537	+ 706
Cesáreas	2.080	2.832	+ 752
Nascidos vivos	3.937	5.390	+ 1453
Cirurgias emergência	654	816	+ 162
Cirurgias	1.549	1.663	+ 114
Taxa de ocupação hospitalar	91,7%	95,3%	+ 3,6%
Média de permanência (dias)	6,4	5,9	- 0,5

triose profunda, bem como a cirurgia laparoscópica, em conjunto com a coloproctologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, nessas pacientes. Estamos, também, realizando histeroscopias a nível ambulatorial, permitindo que um maior número de pacientes possa realizar o procedimento.

Foi implantado o Projeto “Superando Barreiras”, que acolhe e trata pacientes vítimas de violência sexual, com uma importância social significativa. Foram, ainda, criados os ambulatórios de doenças sexualmente transmissíveis e de endocrinologia ginecológica.

Passou a ser rotineira, também, a realização das consultas por múltiplos profissionais em um mesmo momento. No ambulatório de adolescentes, por exemplo, o atendimento é feito conjuntamente pelo ginecologista e o endocrinologista. Para a gestante diabética criou-se uma linha de cuidado, favorecendo o atendimento pleno das demandas da gestante. Dessa forma, ao vir para sua consulta, além de ser atendida pelo obstetra, ela recebe a atenção do endocrinologista, do enfermeiro, do nutricionista, do psicólogo e de outros profissionais que necessitem intervir para que a atenção plena seja alcançada.

Em relação às transfusões sanguíneas houve avanços significativos, com aumento da segurança, redução da espoliação dos recém-nascidos e diminuição de transfusões na instituição, decorrentes de vários protocolos que foram implantados por nossa Unidade Transfusional. No ano de 2015, foram realizadas 1.502 transfusões, 23% a menos que 2014 e 36,5% a menos que 2013.

Com a vinda de médico psiquiatra e de psicólogos houve ampliação dos atendimentos psiquiátricos e

psicoterápicos, além da implantação de ambulatório para gestantes com distúrbios psiquiátricos, chamado PsicoMater, e fortalecimento de atenção ao REMDA, que procura atender às gestantes e puéperas viciadas em drogas.

Nossas fisioterapeutas passaram a atuar em nossa UTI materna diuturnamente todos os dias. E passaram a acompanhar, no nosso ambulatório de mastologia, nossas mulheres portadoras de câncer de mama no pré-operatório e no pós-operatório, visando reduzir sequelas decorrentes da cirurgia de retirada da mama, a chamada mastectomia.

Outro inquestionável avanço, de suma importância para a população, foi o atendimento pelos assistentes sociais aos nossos usuários durante todos os dias e noites da semana. Antes, pela redução de servidores, somente tínhamos os seus préstimos no período diurno.

Além do crescimento dos exames ultrassonográficos, queremos ressaltar o início da realização rotineira de ecocardiografia na beira do leito na UTI materna, quando de sua necessidade, e de ecocardiografia neonatal, na beira do leito ou não, e fetal. Destaque-se, ainda, o início, em dezembro de 2015, dos exames de mamografia.

A segurança do paciente também não pode ser esquecida. Foram implementados os protocolos de segurança e foi implantado o checklist de cirurgia segura, o programa de educação permanente em higiene de mãos e o programa “Mãos de Mães”, que visa orientar as mães de bebês na UTI como deve ser a sua higiene quando levarem seus prematuros para casa. Fomos, ainda, o hospital que mais notificou no VI-GIHOSP, motivo de termos ganho uma

menção honrosa pela Ebserh. Aliás, de cinco menções honrosas nacionais, entre todos os hospitais da nossa rede, a MEAC conquistou três delas: a já citada, a de “Benchmarking da Rede Ebserh: estrutura, processos e resultados do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e do Núcleo de Segurança do Paciente” e a de “Desenvolvimento de ações educativas em prol da segurança do paciente”.

Por fim, estruturamos minimamente o nosso Núcleo Interno de Regulação. Com ele favorecemos imensamente a população, já que fortalecemos parcerias com nossas centrais reguladoras de leitos, do Estado e do Município, ampliamos as transferências de gestantes e de neonatos para outros hospitais, otimizando nossos leitos, reduzindo nossa taxa de permanência como citado anteriormente. Por outro lado, não menos importante, é o gerenciamento de nossa agenda cirúrgica ginecológica, que passou a ser de sua responsabilidade. Com isso, esperamos melhorar nossa fila de espera por cirurgias, favorecendo aquelas que se encontram há mais tempo na esperança de realizar seu procedimento cirúrgico.

Muito mais poderíamos citar como ganhos desse ano de 2015. Ressalto que nada seria possível sem o apoio da Ebserh, de toda a equipe de governança, especialmente da Superintendência do Complexo Hospitalar da UFC e o compromisso de nossos valorosos funcionários. Interessante é perceber que, mesmo aqueles que nunca haviam vivenciado a MEAC, rapidamente assumiram que na instituição a segurança, a humanização e o carinho para com os nossos pacientes estão intrínsecos em nosso DNA.

# A Evolução do Diagnóstico Ultrassonográfico da Endometriose e sua contribuição para o tratamento da doença na MEAC



**Dr. Eugênio Pacelli de Barreto Teles**

Prof. Associado de Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Saúde Materno-Infantil da UFC.

**A** endometriose vem sendo descrita na literatura médica há cerca de dois séculos e, ainda assim, persiste importante lapso de conhecimento em torno dos processos fisiopatológicos da doença. Entretanto, vivenciamos um avanço objetivamente inovador no diagnóstico e tratamento desta patologia, principalmente nas suas formas mais graves. Nos últimos anos assistimos à queda de dogmas antigos na abordagem da endometriose, tais como o papel limitadíssimo da ultrassonografia no diagnóstico.

Desde o seu surgimento, a ultrassonografia transvaginal (USTV) estabeleceu-se como um excelente método para diagnóstico de endometriomas. Este achado ecográfico tem boa correlação com o achado laparoscópico e histológico (sensibilidade e especificidade de 90% e 96%, respectivamente). Porém, sinais de endometriose grave, como obliteração de fundo de saco de Douglas, endometriose retrocervical, vesical e intestinal, raramente compuseram a lista de possíveis diagnósticos fornecidos pela USTV. Esta limitação vem ocasionando décadas de equívocos em exames ecográficos da pelve feminina, com laudos “carimbados” como “Ultrassonografia Transvaginal Normal”.

Vários estudos comprovam altas taxas de falso-negativo deste exame

para o diagnóstico de lesões endometrióticas diferentes de endometriomas. Isto influencia equivocadamente muitas decisões por conduta conservadora, acarretando postergação do diagnóstico, progressão e agravamento da doença. Por sua vez, o tratamento cirúrgico sem estimativa ecográfica prévia da extensão da doença e, conseqüentemente, sem o planejamento adequado do procedimento, aumenta em demasia o risco da necessidade de mais de uma cirurgia para tratamento de pacientes com endometriose extra-ovariana “subdiagnosticada”.

Para melhorar a capacidade de identificar ou excluir sinais da doença, aprimorou-se a técnica, com o desenvolvimento da ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal para mapeamento de endometriose (USTVPI ou, simplesmente, “mapeamento”). Este advento revolucionou o diagnóstico e agregou alta acuracidade à avaliação da extensão da endometriose. O exame é precedido de preparo intestinal durante dois dias com laxantes, dieta líquida sem resíduos e clister. Isto possibilita um inventário ecográfico da cavidade pélvica e de seu conteúdo. Espaços e estruturas anatômicas tradicionalmente inacessíveis pela ultrassonografia transvaginal convencional podem ser examinados com maior eficiência.

No mapeamento avaliamos serosas retro-uterina e retro-cervical, septo reto-vaginal, fórnices vaginais, ligamentos útero-sacros, ligamentos redondos, trompas, ureteres, bexiga e recesso vésico-uterino, reto, recesso reto-uterino e sigmóide. Avalia-se também a extensão e gravidade de processos aderenciais. A checagem destes itens é repetida com bexiga vazia e repleta e com preenchimento da vagina com 40

ml de gel (Sonovaginografia). O gel distende a vagina e permite a visualização completa dos seus contornos e da anatomia ao seu redor, que é susceptível ao acometimento endometriótico. Isto eleva a acurácia da técnica para taxas acima de 90%.

Em casos cuja via vaginal é inconclusiva e em pacientes virgens, o exame pode ser executado pelas vias pélvica e transretal. A execução do exame inclui manobras de mobilização dos órgãos pélvicos por via vaginal e abdominal. Trata-se da pesquisa do sinal de deslizamento – (*slide sign*), que identifica aderência de órgãos e estruturas ao útero e aos ovários, para avaliação de processo aderencial pélvico e complicações como bloqueio de fundo de saco, com elevada acuracidade. Estatisticamente, a identificação deste agravo é especialmente relevante, uma vez que mais de 60% das mulheres com bloqueio tem também endometriose intestinal.

Esta técnica tem se firmado como método não invasivo de escolha na primeira avaliação de mulheres com suspeita de endometriose. Vários estudos acumulam evidências positivas em torno do papel da técnica no detalhamento pré-operatório da extensão da endometriose extra-ovariana, particularmente naquelas com endometriose profunda. O progresso diagnóstico caminhou *pari-passo* com o avanço da cirurgia minimamente invasiva.

Acompanhando estas evoluções, a gestão da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (MEAC-UFC), de modo pioneiro, faz história ao apoiar e incentivar a evolução da Ginecologia em seu ambiente hospitalar. Novos serviços como histe-

roscopia ambulatorial, ambulatório de endometriose profunda, cirurgia minimamente invasiva e ultrassonografia ginecológica surgiram, melhorando o ensino, a pesquisa e a extensão em ginecologia na MEAC.

A escola que, tradicionalmente, cumpria a sua vocação de maternidade, oferecendo assistência e formação de alto nível, prioritariamente em obstetrícia, estendeu esta qualificação à ginecologia. O Serviço de Ultrassonografia Ginecológica, onde funciona o Projeto de Extensão em Ultrassonografia Ginecológica (PREXUS), tem como principal atividade e linha de pesquisa o diagnóstico avançado de endometriose grave por mapeamento. Entre 2014 e meados de 2015, foram realizados 96 (noventa e seis) mapeamentos em pacientes com suspeita de endometriose profunda. Em dois terços (67%) delas evidenciou-se pelo menos um achado ultrassonográfico de endometriose. A maioria das pacientes tinha mais de um foco ecográfico da doença.

Sinais de endometriose grave foram encontrados em proporções variadas (endometrioma em 35%, blo-

queio de fundo de saco em 32%, lesão intestinal em 28%, em ligamentos útero-sacros em 8%, vesical em 5% e, em septo reto-vaginal em 3%). Outros estigmas, como aderências finas, endometriose ovariana (sem endometrioma), adenomiose, fôrnice vaginal espessado, ovários aderidos entre si (*kissing ovaries*) e nódulo em fundo de saco posterior, também foram identificados na amostra.

Na MEAC, a técnica provê suporte fundamental e indispensável ao primeiro serviço de tratamento multidisciplinar de endometriose grave do Norte/Nordeste do Brasil, que tem a colaboração dos serviços de Ginecologia e Coloproctologia do Complexo Hospitalar da UFC (MEAC e HUWC). Verifica-se uma impactante mudança de paradigma nesta atividade: a realização de uma “primeira e última cirurgia” para estas pacientes que, geralmente, necessitavam de duas ou três operações para tratamento satisfatório da doença.

A avaliação ecográfica pré-operatória para o planejamento cirúrgico permite a previsão das dificulda-

des intra-operatórias e a composição adequada da equipe cirúrgica multidisciplinar. Também reduz subdiagnósticos laparoscópicos, por meio da identificação, localização e caracterização da maioria dos focos extra-peritonais da doença. A “cito-redução” máxima possível na primeira cirurgia pode ser mais efetiva com a realização de mapeamento pré-operatório. Destacam-se benefícios para a paciente, com maior alívio das dores e impacto positivo na fertilidade. Além disso, reduz-se a necessidade de nova laparoscopia, minimizando a exposição das pacientes à anestesia e diminuindo os custos para o sistema de saúde.

A excelente acuracidade do mapeamento, comprovada em vários estudos, especialmente para diagnóstico da endometriose profunda, em conjunto com o seu baixo custo, encontra-se bem estabelecida como etapa fundamental de diagnóstico e apoio terapêutico de pacientes assistidas em instituições com limitação de recursos mas, com inestimável potencial técnico-científico e valoroso compromisso social como a MEAC-UFC.

**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

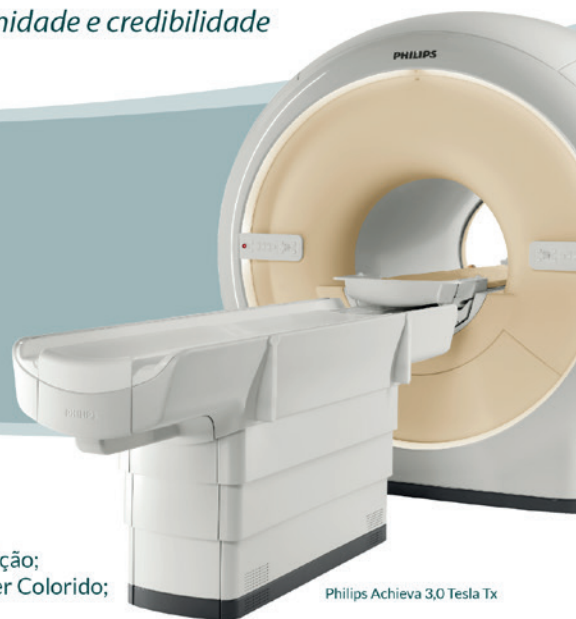
- Ressonância Magnética 1,5T e 3,0T;
- Tomografia Computadorizada Multislice;
- Mamografia Digital;
- Radiologia Digital;
- Videofluoroscopia da deglutição;
- Ultrassonografia com Doppler Colorido;
- Densitometria Óssea;

***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 0353  
Resp. Técnico Dr. José Joaquim Almeida CRM 3423 - RQE 6260



## Serviço de Hemoterapia implementa ações relevantes para a Segurança do Paciente na MEAC



**Denise Menezes Brunetta**

Chefe da Unidade Transfusional da MEAC.

**Christiane Alves Rocha**

Enfermeira da Agência Transfusional da MEAC.

O Serviço de Hemoterapia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand vem exercendo um papel fundamental e indispensável no tratamento e terapêutica das mulheres e recém-nascidos (RN) que necessitam da administração de hemocomponentes para o restabelecimento de sua saúde. A Agência Transfusional (AT) conta com uma equipe composta de uma médica hematologista e hemoterapeuta, duas enfermeiras e seis técnicos de laboratório distribuídos nas 24 horas em regime de plantões.

A agência atende a todos os setores da Maternidade com o apoio direto do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Ceará (HEMOCE), que fornece os hemocomponentes e o material técnico necessário para a realização de uma transfusão segura. A AT é responsável por: 1) armazenamento e fornecimento de hemocomponentes a todos os setores da MEAC, 2) notificação, investigação e acompanhamento de todos os casos de reação transfusional junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária e hemovigilância, 3) oferecimento de suporte técnico-científico a todos os profissionais de saúde, 4) realização de educação permanente com os profissionais médicos e de enfermagem e 5) sensibilização dos profissionais de saúde sobre o uso racional do sangue e segurança transfusional.

Visando à segurança do paciente, a AT participa periodicamente de auditorias e avaliações de qualidade internas e externas e controle diário de reagentes imuno-hematológicos. A MEAC conta também com o apoio imprescindível do Comitê Transfusional, implantado desde 2011 e constituído por 18 membros de todos os setores da maternidade, com formação multidisciplinar. Durante o ano de 2015, foram realizadas nove reuniões e atualmente elas acontecem bimestralmente.

### Entre as ações implementadas em 2015, destacam-se:

- **O Protocolo de doador único**, implantado em fevereiro de 2015, com 57 recém-nascidos cadastrados até o momento. Tem por objetivo reduzir a exposição dos bebês com peso inferior a 1.200g a múltiplos doadores, diminuindo, assim, os riscos de reações transfusionais. A utilização do protocolo de doador único para transfusão de hemácias permitiu a redução em **39,2%** da exposição dos recém-nascidos a doadores distintos.

- **O Protocolo do sangue do cordão**, implantado em abril. Conta com a colaboração do Centro Obstétrico e do Centro Cirúrgico, onde são realizadas as coletas de sangue do cordão de

todos os prematuros com menos de 1.500g e/ou 32 semanas e recém-nascidos com indicação de UTI neonatal.

Tem por objetivo reduzir a espoliação sanguínea do bebê, ao permitir a coleta de apenas uma amostra do bebê para testes pré-transfusionais até os quatro meses de vida. Os RN que não se encaixam no protocolo, se necessitam de transfusão, também se beneficiam da redução do número de coletas para apenas duas durante a internação.

- **A realização de fenotipagem eritrocitária** de todas as mulheres com menos de 45 anos, com a realização de 344 exames no ano de 2015. O procedimento permite a transfusão com o risco reduzido de formação de anticorpos que podem estar implicados no desenvolvimento de doença hemolítica perinatal e reações transfusionais futuras.

- **O Protocolo de Extrema Urgência**, implantado em abril e amplamente divulgado entre os residentes e plantonistas.

- **O Protocolo de Reserva Cirúrgica**, instituído em junho, baseado no histórico de transfusões da MEAC, que obteve cerca de 80% de redução do número de hemocomponentes cruzados.



- **O uso de aparelho rádio comunicador *talkbout walktalk*** pelos técnicos da AT. Foi implantado em julho, com o objetivo de localizar com mais facilidade os técnicos nos diversos setores da maternidade em caso de urgência.

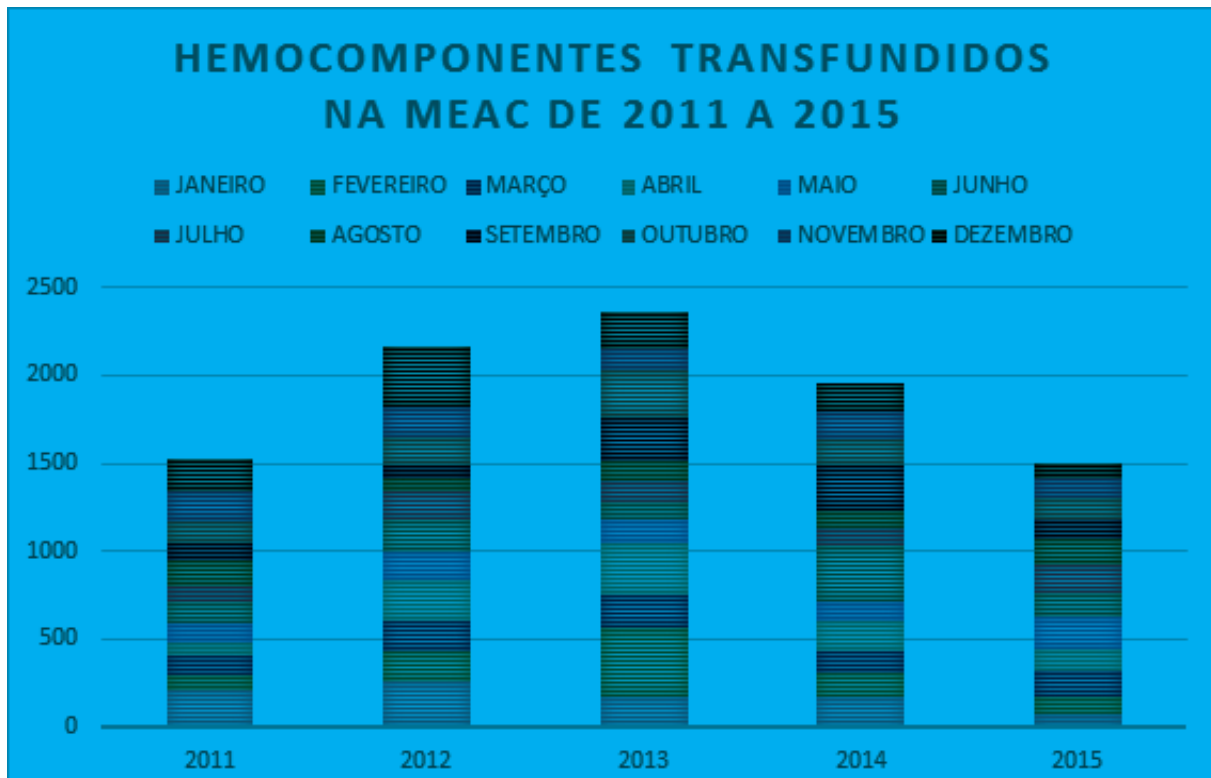
- **A implantação do sistema SBS-WEB** para informatização da Agência Transfusional. O SBS-WEB está associado a um aumento considerável da segurança transfusional, ao permitir que a AT tenha conhecimento das transfusões, fenotipagens, anticorpos irregulares e reações transfusionais dos pacientes

se, em algum momento, o mesmo foi paciente ou doador do HEMOCE. Além disso, permite controle em tempo real do estoque e maior segurança na liberação dos componentes.

- **A Identificação com pulseiras** de todas as mulheres com solicitação de transfusão e/ou reserva. Visando ao aumento da segurança do paciente, o acessório traz o nome, a data de nascimento e o número do prontuário. Além disso, banners para diagnóstico e conduta em casos suspeitos de reações transfusionais foram colocados em lo-

cais estratégicos da MEAC.

Observamos que houve uma redução de 23% no uso de hemocomponentes em 2015, em comparação com o ano anterior. A diminuição foi mais acentuada na Ginecologia e Obstetrícia (33%). Essa diminuição vem ocorrendo nos últimos três anos e indica o esforço conjunto da agência e dos médicos para a concretização do uso racional do sangue, com a realização de treinamentos com *staffs*, residentes, internos e enfermeiros durante os anos e intensificados em 2015.





Banco de Cordão Umbilical

*“Guardando uma esperança de vida”*


**Antes de decidir como o seu bebê irá se chamar...  
Decida como irá proteger a saúde dele.**




**As células-tronco do seu filho,  
criopreservadas, podem ser decisivas  
para o tratamento de inúmeras patologias.**



**Coleta de células-tronco de sangue do cordão umbilical.**


 Banco de Cordão Umbilical Fortaleza

 bcu\_fortaleza

 (85) 3077.4240 / 3077.3589

 [www.bcubrasil.com.br](http://www.bcubrasil.com.br)

 [ce.fortaleza@bcubrasil.com.br](mailto:ce.fortaleza@bcubrasil.com.br)

 (85) 99652.8425

Av. Santos Dumont, 5753 - sala 1608 - Papicu Torre Saúde - Hospital São Mateus - CEP: 60175-047

## Gravidez na adolescência: Um alerta para todos

**A** adolescência é uma fase de transformações físicas, biológicas, sociais e emocionais. Muitas vezes difíceis de superar. Os adolescentes estão em busca do seu lugar em um mundo competitivo e, geralmente, padronizado. Aceitar o diferente ou o marginalizado não é comum na nossa sociedade. Somando a essa fase de turbulências, imagine o que acontece quando uma adolescente engravida. O que para muitos é visto como um momento de felicidade, na adolescente pode ser um momento decisivo. Altera muitas possibilidades e oportunidades de futuro dessas meninas, seus filhos e suas famílias, podendo perpetuar o ciclo da pobreza, considerando que a maior parte dos casos são em famílias de baixa renda. Em alguns casos, nota-se também a presença da violência sexual.

Segundo dados do Ministério da Saúde (Datasus), em 2011, no Brasil, o percentual de mães adolescentes na faixa etária entre 15 e 19 anos foi de 18% e entre 10 e 14 anos foi de 0,9%, chegando na região Nordeste a taxas mais alarmantes, respectivamente 21% e 1,3%. A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública e considerada de alto risco. A mortalidade infantil duplica para os filhos de adolescentes abaixo dos 15 anos, quando comparada com a de adultas jovens (entre 25 e 29 anos). Existe, ainda, um aumento de prematuridade e a incidência de baixo peso no recém-nascido filho da mãe adolescente é duas vezes maior. Deve-se ressaltar ainda a associação da gravidez na adolescência com a violência sexual, principalmente em menores de 14 anos. Nesses casos,

**Dra. Maria Tereza Pinto  
Medeiros Dias**

Ginecologista do Ambulatório  
de Adolescente da MEAC



no Brasil, o abuso sexual é legalmente presumido como ato criminoso, independentemente de ter havido ou não violência, quando o parceiro for maior de 18 anos.

Por tudo já exposto, é de suma importância darmos apoio às adolescentes grávidas em todos os âmbitos: social, emocional, nutricional e físico. Elas precisam de condições para lidar com sua própria imaturidade psíquico-social e a complexidade de uma gestação. Uma alta proporção de gravidez em adolescentes não é desejada e, junto com o despreparo para ser mãe, conflitos e desorganização familiar são gerados. Os impactos negativos muitas vezes afetarão a mãe, o pai e o bebê, bem como toda a estrutura familiar.

Na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), oferecemos um serviço de atendimento ao pré-natal da mãe adolescente gratuito e de excelência. Trata-se de uma equipe multidisciplinar que trabalha de forma integrada e atualizada. Contamos com a equipe de enfermagem que promove grupos e atendimentos individuais, envolvendo diferentes temáticas, desde as mudanças na gravidez, orientações

sobre o momento do parto, cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno e planejamento familiar, já preocupando-se com uma outra gravidez. Temos o apoio de psicólogas e assistentes sociais, sempre atuando de forma positiva para cuidar dessa criança recém descoberta mãe e criar um ambiente saudável para a chegada do futuro recém-nascido. Outro ponto importante nesse cuidado com as mães adolescentes é a presença de uma profissional nutróloga que pode agir indiretamente na prevenção de recém-nascidos com baixo peso e prematuros. Existem dois corpos crescendo num mesmo momento e competindo pelo mesmo nutriente (mãe adolescente e feto) e torna-se essencial evitar a má nutrição na gestante. Apresentamos ainda um corpo médico atualizado com as problemáticas dessa faixa etária e sempre buscando um atendimento com uma linguagem simples que consiga chegar até as adolescentes. O atendimento ocorre em um ambiente físico separado e só delas, onde elas podem se sentir em casa para tirar dúvidas e cuidar de sua saúde emocional, social e física.

Responsável Técnico: Dra. Maria do Carmo Mota Seabra CRM: 4092

US Axila  
US Pélvica  
US Mamária  
US Abdominal  
US Transfontonelar  
US Aparelho Urinário

Ecocardiograma Fetal  
US Obstétrica Gemelar  
US Perfil Biofísico Fetal  
US Obstétrica com ou sem Doppler  
US da Tireoide com ou sem Doppler  
US Transvaginal com ou sem Doppler



**CENTRUS**  
Ultrassonografia  
Medicina Fetal

Rua. Barbosa de Freitas, 2013 - Aldeota - Fortaleza/CE - Fone: (85) 3224-4999



## Cirurgias neonatais na MEAC

**Dra. Antônia Maria de Carvalho** – Médica Anestesiologista e Coordenadora do Serviço de Anestesiologia da MEAC-UFC-EBSERH. Chefe da Unidade de Clínica Médica e Cirurgia Geral.



**A** MEAC vem mais uma vez inovar nos serviços prestados à sociedade cearense no tocante ao atendimento neonatal.

Atendendo à portaria Nº 930 de 10 de maio de 2012 que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave e que garante o acesso no próprio estabelecimento hospitalar à terapêuticas especializadas, a MEAC implantou a realização de cirurgias neonatais em bebês que nascem com malformações ou com alguma alteração decorrente da prematuridade e que necessitam de intervenção cirúrgica.

Cirurgias de variados graus de complexidade são realizadas como correções de atresias do trato digestivo (responsáveis pela maioria das patologias cirúrgicas neonatais) e de hérnias diafragmáticas congênitas e tratamento cirúrgico de persistência de canal arterial.

As primeiras cirurgias foram realizadas em 2013, sendo então a equipe cirúrgica composta pelos médicos João Henrique e Francisco Caetano (cirurgiões pediátricos), Valdester Ca-

valcante Júnior (cirurgião cardíaco-vascular) e Cláudia Regina Fernandes (médica anestesiologista). Em setembro de 2014, a equipe cirúrgica foi ampliada com a entrada de novos médicos anestesiologistas e cirurgiões pediátricos, proporcionando uma intervenção cirúrgica precoce quando necessária. Um total de 27 cirurgias neonatais foi realizado nesse mesmo ano.

Segundo o Dr. Sérgio Oceliano, cirurgião pediátrico integrante da equipe cirúrgica, a aquisição de material cirúrgico neonatal adequado e de sala cirúrgica adequada para as necessidades do recém-nascido é essencial para o bom resultado cirúrgico final que evidenciamos em nossos pequenos pacientes.

“Com a implantação das cirurgias neonatais na nossa maternidade houve uma melhora na assistência aos recém-nascidos assistidos na MEAC” afirma Dra. Eveline Campos, chefe do

Serviço de Neonatologia da MEAC e cita como vantagens desta implantação uma maior precocidade na resolução das patologias cirúrgicas e uma maior rotatividade nos leitos da UTI neonatal. A realização de cirurgias ainda quando o recém-nascido está internado na maternidade traz um maior conforto para as mães, pois ao levarem para casa seus filhos, estes já têm suas patologias corrigidas.

Do ponto de vista educacional, a realização de anestesia para cirurgia neonatal torna-se um diferencial para os médicos residentes de anestesiologia de vários Centros de Ensino e Treinamento que por aqui passam, pois são procedimentos anestésicos bem peculiares pelas próprias características do recém-nascido.

Desta forma, a MEAC contribui e encaminha-se para humanização e atenção integral à saúde do binômio mãe-filho.



**Aldeota**  
Avenida Rui Barbosa, 1451 - Fone 3224-8903

[www.fort-imagem.com.br](http://www.fort-imagem.com.br)

**FORTIMAGEM**  
*Diagnóstico por imagem com qualidade*

Diretor Técnico: Dr. Danilo Ferreira Lima CRM: 2987

### Exames:

Ultrassonografia Geral e Obstétrica 4D  
Biópsia Dirigida  
Doppler Colorido  
Mamografia Digital  
Radiologia Digital  
Densitometria Óssea

**Centro**  
Rua. Major Facundo, 1137 - Fone 3252-1817

## Maternidade Escola garante o acesso à Informação ao cidadão

**Edilene M<sup>a</sup> Vasconcelos Ribeiro**  
Ouvidora/MEAC



**A** Maternidade Escola Assis Chateaubriand/MEAC integra, juntamente com o Hospital Universitário Walter Cantídio, o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC). Configura-se como uma instituição da administração pública federal que tem por objetivo primordial oferecer serviços de qualidade e atender a população de acordo com os princípios estabelecidos em lei, tais como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito às pessoas assistidas à informação sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, dentre outros (Lei. 8.080/90).

Tendo o compromisso de promover visibilidade, clareza e transparência das ações, com o fim de oferecer um atendimento de qualidade, ético e resolutivo junto à sociedade sobre seus serviços de saúde, a MEAC publicou, em 30 de junho de 2015, a sua Carta de Serviços ao Cidadão (disponível no site [www.meac.ufc.br](http://www.meac.ufc.br)).

Tida como prerrogativa do Decreto Federal nº 6.932, de 11 de agosto de 2009, a Carta de Serviços ao

Cidadão é um instrumento de acesso e comunicação com os cidadãos sobre todos os serviços oferecidos em seu âmbito institucional. A referida carta possibilita ao usuário e acompanhante conhecer, além dos serviços prestados pela instituição, as suas formas de acesso e dos respectivos compromissos e padrões de qualidade de atendimento ao público.

A Constituição Federal em seu Art. 5º, inciso XXXIII remete que todos *têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado*. Para tanto, a Maternidade Escola assume seu compromisso de responsabilidade perante a sociedade de zelar e garantir o acesso à informação para a população que utiliza, direta ou indiretamente, seus serviços.

Importantes organismos da comunidade internacional, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização dos Estados Americanos (OEA), reconhecem o acesso à informação como um direito fundamental. Atualmente, a Maternidade Escola possui publicado em seu portal web, o termo de classificação das informações classificadas ou desclassificadas nos graus de sigilo, conforme determi-

na o art. 24 da Lei 12.527/2011.

Ressalte-se, ainda, que em seu site, a MEAC disponibiliza informações sobre a história institucional, organogramas, relatórios de gestão, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, indicadores, dentre outros. Essa iniciativa possibilita que o cidadão tenha conhecimento das ações e serviços oferecidos pela entidade e possa participar na gestão pública por meio da fiscalização, monitoramento e efetivação das políticas públicas garantidas em lei, em especial as políticas de saúde.

Qualquer interessado, poderá efetivar seu pedido de acesso à informação junto ao Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC) do Governo Federal, pelo canal <http://www.acesoainformacao.gov.br/> ou por meio da Ouvidoria, atual gestora do e-SIC e autoridade de monitoramento, pelo telefone (85) 3366-8572, e-mail: [ouvidoria.meac@ebserh.gov.br](mailto:ouvidoria.meac@ebserh.gov.br) ou de forma presencial.

Desse modo, no intuito de atender todas as prerrogativas legais, a Maternidade Escola, como ente da administração pública federal, vem trabalhando para viabilizar e garantir o direito de todos de ter acesso ao serviço público, como também às informações necessárias de interesse público para garantia do exercício da cidadania e participação social.



## Morbidade Materna Grave: MEAC cria protocolo único de conduta e participa de rede internacional de assistência

**Dra. Jordana Parente Paiva**  
Médica Ginecologista e Obstetra da Meac.

**A**nualmente, ocorrem mais de meio milhão de mortes maternas evitáveis em todo o mundo. A mortalidade materna é maior nos países menos desenvolvidos, sendo um evento muito pouco frequente nos países desenvolvidos. Nos últimos anos, as mulheres que sobrevivem a complicações graves da gestação, *near miss*, têm despertado o interesse de pesquisadores e administradores de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o termo *near miss* materno em referência a uma mulher que quase morreu durante a gestação, o parto e nos primeiros 42 dias após o parto. Supõe-se que a maioria das mortes maternas esteja em estreita relação com uma ou mais condições de *near miss* materno, que, por sua vez, podem ser precedidas por uma ou mais condições ameaçadoras da vida, posto que vários autores perceberam que as mulheres classificadas posteriormente ao evento como *near miss* materno tiveram percursos semelhantes às mulheres que morreram.

Estudos recentes demonstram que a identificação dos casos de *near miss* e a intervenção em tempo hábil reduzem consideravelmente a


morbimortalidade materna. As variáveis definidas pela OMS que caracterizam um *near miss* materno são divididas em critérios clínicos, laboratoriais e de manejo.

São critérios clínicos: cianose aguda, “*gasping*”, acidente vascular cerebral, choque, frequência respiratória maior que 40, paralisia total, oligúria não responsiva a fluidos ou diuréticos e perda de consciência por mais de 12 horas. Os laboratoriais são: saturação de oxigênio <90% por mais de 60 minutos, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> menor que 200mmHg, creatinina maior ou igual a 3,5 mg/dl, bilirrubina maior que 6,0 mg/dl, pH menor que 7.1, lactato maior que 5, trombocitopenia menor que 50.000, perda de consciência e presença de glicose e cetoacidose na urina. Já os critérios de manejo são: uso contínuo de drogas vasoativas, histerectomia puerperal por infecção ou hemorragia, transfusão de 5 ou mais unidades de concentrado de hemácias, diálise por insuficiência renal aguda, intubação e ventilação por mais de 60 minutos não relacionada à anestesia e reanimação cardiopulmonar (RCP).

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) vem intensifi-

cando a vigilância sobre as pacientes *near miss* e sobre aquelas com alguma condição potencialmente ameaçadora de vida. Para isso, realizou ao longo desse ano, capacitação de seus plantonistas e residentes quanto à conduta diante de uma paciente com pré-eclâmpsia grave e hemorragia materna, criando um protocolo único a ser seguido por todos, que foi apresentado em sessões clínicas e com a fixação de banners nos principais setores do hospital que dão assistência a esse tipo de pacientes.

Com o objetivo de desenvolver e/ou fortalecer um sistema de vigilância contínua sobre os eventos de morbidade materna grave e mortalidade, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) criou a RED CLAP (Centro Latino Americano e do Caribe), na qual a MEAC está inserida, que se caracteriza por uma rede de instituições selecionadas por terem uma alta probabilidade de assistir casos de morbidade materna graves. Assim, os dados fornecidos por essas instituições permitirão realizar um monitoramento dessas condições, bem como observar mudanças nesses indicadores.



## Pensando em ampliar ou comprar equipamentos para o seu consultório?

A Unicred oferece IOF reduzido nas operações de crédito e taxas competitivas que atendem perfeitamente o seu planejamento financeiro.

### E você pode contar:

Financiamento de Veículo

Financiamento de 13º Salário

Reforma de Imóveis Comerciais

Financiamento de Cursos & Viagens

Acesse sua Conta onde e quando quiser:



[www.unicredceara.com.br](http://www.unicredceara.com.br)

**UNICRED**   
soluções inteligentes

# Enfermagem da MEAC inova com tecnologia educativa na alta de puérperas



*Elaine Meireles Castro<sup>1</sup>  
Karla de Abreu Peixoto Moreira<sup>2</sup>  
Livia de Paulo Pereira<sup>3</sup>  
Simone Maria Pereira Meireles<sup>4</sup>*

**A** alta hospitalar responsável preconizada pelo Ministério da Saúde é uma transição específica que prevê a continuidade dos cuidados em domicílio. No hospital, o médico é o responsável legal pela alta da paciente, mas o enfermeiro é considerado o coordenador do seu planejamento, por atuar de forma integral com a paciente.

Na prática clínica, na maioria das vezes, observa-se que a orientação da alta hospitalar é dada no momento da saída da paciente do hospital e realizada de forma mecânica e apressada, não considerando as condições e as necessidades de cada uma. Nessa ocasião, são oferecidas muitas orientações ao mesmo tempo, muitas vezes não realizadas por escrito, dificultando a compreensão da paciente e propiciando a ocorrência de erros. Isto contradiz a literatura, que preconiza o início do planejamento da alta hospitalar a partir do momento em que a paciente é admitida na instituição

e desenvolvida durante todo o período de internação.

Neste sentido, destaca-se que o planejamento da alta é de fundamental importância. Ele reduz as expectativas no cuidado quando a paciente retornar ao domicílio, exigindo uma atenção rigorosa do enfermeiro, por ser um profissional que está em contato direto com a paciente e seus familiares e, portanto, indispensável na promoção de orientações para o autocuidado após a alta hospitalar.

Em se tratando de orientações para a alta de puérperas, a abordagem do enfermeiro torna-se ainda mais relevante. É necessário que o profissional compreenda as especificidades desta fase da vida da mulher, sendo as ações direcionadas às puérperas voltadas para o cuidado com as mamas, higiene íntima, aconselhamento ao planejamento reprodutivo, aleitamento materno, alimentação e hidratação, entre outros.

É importante que esse plano de alta possa estar relacionado aos diagnósticos de enfermagem individualizados e na abordagem precisa-se levar em consideração o nível de entendimento e conhecimento tanto da puérpera como dos familiares. Além disso, o profissional deve ter condições de atender ou mesmo minimizar as necessidades físicas, sociais e emocionais, sendo muitas vezes consideradas causadoras de tensão e estresse pela falta de conhecimento dos cuidados a serem implementados nessas situações.

Neste contexto, para assegurar uma ação eficaz do plano de alta hospitalar a fim de garantir a continuidade do cuidado após a hospitalização, foi elaborado um formulário para alta hospitalar de puérperas. Este documento contém informações sobre os dados de identificação (nome completo, idade, data da admissão, data do parto, tipo de parto e data da alta), resultados de exames laboratoriais (resultados de tipagem sanguínea e VDRL) e conduta terapêutica e encaminhamentos necessários, como retirada de pontos cirúrgicos, realização de curativos e data de revisão de pós-parto.

As orientações e recomendações são relacionadas à dieta (ingesta hídrica e alimentação adequada), cuidados com as mamas e amamentação, involução uterina, higiene corporal e íntima e direitos trabalhistas. Esse formulário de enfermagem possui orientações para a alta hospitalar acerca do que as pacientes necessitam saber e compreender no período puerperal, um período específico e adaptativo, com alterações regressivas no organismo da mulher sob o aspecto físico e emocional e que perduram até seis semanas.

Dessa forma, os enfermeiros assistenciais das clínicas obstétrica e cirúrgica da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) buscam atingir a

primazia do cuidado ao repassar, de forma individualizada, as orientações que conduzirão melhores formas de enfrentamento para a paciente, auxiliando-as na resolução de mudanças decorrentes de seu estado de saúde.

Para reforçar a continuidade do cuidado em domicílio e fortalecer o empoderamento da paciente, os enfermeiros da clínica obstétrica utilizam ainda o recurso de educação permanente semanal. Trata-se da formação de grupos de educação em saúde direcionada às puérperas que apresentam características ou necessidades semelhantes e têm oportunidade de aprenderem e partilharem conhecimentos, além da possibilidade de trocarem idéias acerca de suas experiências de vida.

O trabalho com grupos está diretamente ligado à dinâmica do trabalho em enfermagem, sendo reconhecido como estratégia de promoção da saúde, cuja prática vem sendo, cada vez mais, valorizada e discutida. Tem papel de instrumento terapêutico ou de capacitação/desenvolvimento de pessoas, sendo fácil aprofundar discussões, ampliar os conhecimentos sobre a saúde e conduzir o processo de educação em saúde. O desenvolvimento contínuo de processos de educação permanente dos profissionais de saúde é ainda uma das diretrizes da linha de cuidado da gestante e puérperas da Rede Cegonha.

Acredita-se que incorporar a sistematização da orientação de alta no planejamento da assistência é essencial para um cuidado de enfermagem efetivo, assim como o comprometimento do enfermeiro com esta atividade, o aprofundamento do vínculo e da comunicação interativa entre as puérperas e os enfermeiros.

Assim, a busca pelo empoderamento com vistas ao alcance de maior autonomia da puérpera no processo de cuidado é o objetivo a ser vislumbrado pelo ato educativo.

Os jogos educativos são importantes tecnologias didáticas e atuam como ferramentas lúdicas, que tornam o



educando um agente ativo no processo ensino aprendizagem. As sensações e o fator divertimento asseguram a motivação e funcionam como reforço de aprendizagem.

Dessa forma, as informações sobre a alta hospitalar estão sendo repassadas através de um jogo educativo de tabuleiro, no qual as puérperas são convidadas a participar no dia em que recebem a alta hospitalar. É conduzido da seguinte forma: as puérperas são divididas em quatro grupos em igual número e cada grupo é representado por uma cor no tabuleiro de pano. O jogo é iniciado pela ordem de maior valor ao se jogar para o alto o dado gigante, especialmente criado para essa finalidade. O grupo começa respondendo a perguntas sobre as temáticas presentes no formulário de alta hospitalar e, dessa forma, as dúvidas são sanadas e discutidas com todas as puérperas até que cheguem a um consenso sobre o assunto. Caso não consigam responder às perguntas, são utilizadas interpretações práticas sobre o assunto. O grupo que acertar ganha os pontos (anda as casas) e se errar perde (volta as casas).

A dinâmica foi planejada para ocorrer em um tempo de uma hora e com um total de 16 perguntas que destacam os temas: definição de período puerperal e sua duração, período adequado para a consulta de revisão de parto, alimentos que devem ser ingeridos no

período puerperal e importantes para a manutenção da amamentação e redução de cólicas no recém-nascido, amamentação exclusiva e esclarecimento de mitos, uso de chupetas e mamadeiras, cuidados com as mamas, pega correta, ordenha e acondicionamento do leite materno, loquiação e cólicas abdominais, cuidados com os pontos em região perineal e ferida operatória, higiene perineal, retorno à atividade sexual, intervalo interpartal e direitos trabalhistas.

Os resultados demonstram que os jogos educativos concedem ao profissional um maior êxito nos resultados, pois oferece aproximação dele para com o público alvo, uma vez que, sendo esse recurso feito de forma bem elaborada, com um poder motivador, pode proporcionar um aprendizado significativo. Para tal resultado, o profissional deve ter em mente quais objetivos deseja alcançar e certificar-se de que esse recurso realmente o cumprirá satisfatoriamente.

Foi constatado que os jogos educativos proporcionam às puérperas mais liberdade para sanar suas dúvidas e anseios. Foi possível a participação de todas as puérperas do grupo através do jogo educativo utilizado pela nossa equipe, enfatizando, assim, a importância de sua utilização como forma de realizar educação em saúde. O uso mais frequente desse recurso deve ser estimulado, uma vez que os resultados são bastante satisfatórios.

1. Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem Clínica. Chefe de Enfermagem da Clínica Obstétrica.  
E-mail: meirelescastro@yahoo.com.br
2. Enfermeira Assistencial da Clínica Obstétrica. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Doutora em Enfermagem.  
E-mail: karladeabreupm@hotmail.com
3. Enfermeira Assistencial da Clínica Obstétrica. Especialista em Nefrologia. Mestre em Ciências Fisiológicas. Doutoranda em Biotecnologia.  
E-mail: liviadepaulap@gmail.com
4. Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Gerente de Enfermagem da MEAC.  
E-mail: simonepmeireles@hotmail.com

## Uma esperança para a prevenção do Câncer de Mama?



**Dr. José Roosevelt Cavalcante**  
Médico Ginecologista - MEAC/UFC

“Assim, há mais de 3 mil anos, a doença é conhecida da profissão médica. E por mais de 3 mil anos a humanidade bate à porta da profissão médica pedindo uma cura”<sup>1</sup>. Estas desesperadas frases foram escritas há quase 80 anos. Quanto tempo mais a humanidade tem que esperar? Onde estará o caminho para combater este flagelo? Porque um tão grande mal tem tantos poderes? Ainda são poucas as respostas. O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres e também a maior causa de morte por câncer nas mulheres em todo o mundo<sup>2</sup>.

Apesar de toda a incessante mobilização científica mundial à procura de soluções e tratamentos eficazes, nós, profissionais de saúde, permanecemos impotentes e ainda temos que nos curvar e assistir a inexorável marcha da doença. É o “Câncer Invicto” como disse John Bailar em seu artigo<sup>3</sup> de 1997. De fato, muito pouco sucesso se obteve com relação

a tratamentos eficazes para a cura. Alguns melhoraram apenas a expectativa de tempo de sobrevivência. Diante de tão pouco avanço nas pesquisas que visam o tratamento da doença já instalada, começamos a olhar para outro ângulo desta enfermidade; as causas. Conhecendo-as, talvez possamos evitá-las. Robert Burton, em 1893, já dizia que “as curas podem ser imperfeitas e não servir para nada enquanto as causas não tiverem sido pesquisadas”. São reconhecidos vários fatores, ditos, de risco e, ultimamente, uma possível origem viral para o câncer de mama tem sido aventada.

E porque não? O Linfoma de Burkitt está associado ao vírus Epstein-Barr (EBV). Em outro exemplo, uma das causas do câncer hepático é o vírus da hepatite C. E, na nossa área de ginecologia, não há mais dúvidas, o câncer de colo uterino tem no papilomavirus humano (HPV) o seu maior fator de risco. Trabalhando na Maternidade Escola Assis Chateaubriand

(MEAC) conheço de perto o colo uterino e sua relação com o HPV desde 1985.

Sempre me deixou intrigado o papel deste vírus, e, uma pergunta nunca calava: porque só no colo uterino? Até que, há aproximadamente cinco anos, li um artigo<sup>5</sup> de uma cientista italiana que procurou (e encontrou) o DNA do HPV em 29,4% das amostras de câncer mamário pesquisadas. Verifiquei que, após ela, alguns pesquisadores confirmaram tais achados - e outros não. Ciente das controvérsias, decidi tentar dar uma contribuição direta partindo do seio da Universidade Federal do Ceará (UFC) que não tinha dado, ainda, sua palavra sobre o assunto.

Realmente nenhum trabalho desta natureza foi antes realizado por aqui. Este projeto tornou-se principal linha de pesquisa de minha tese de Doutorado e que só foi possível concretizar após total anuência do Prof. Dr. Luiz Gonzaga Porto Pinheiro (orien-

tador) na parte clínica e da Profa. Dra. Cristiane Cunha Frota (co-orientadora) na área de biologia molecular e que disponibilizou seu laboratório para os experimentos. Os casos foram selecionados a partir da clientela do Ambulatório de Mastologia da MEAC graças ao apoio do Prof. Dr. Carlos Augusto Alencar Júnior. Para acesso às lâminas e aos blocos parafinados correspondentes foi de inestimável importância a adesão do Departamento de Patologia e Medicina Legal (DPML) da Faculdade de Medicina da UFC. Por outro lado, para os casos de mamas normais que serão utilizadas como controles, tivemos, além do DPML, a parceria do Laboratório Biopse, também de Fortaleza - CE. Os trabalhos laboratoriais foram iniciados em fins de 2014. Estamos concluindo uma primeira fase - de duas. Resultados preliminares já podem ser visualizados.

Concluída a primeira etapa para os exemplares de câncer, 111 casos acabam de ser analisados. O DNA

do HPV foi detectado, por PCR (Polymerase Chain Reaction), em 39,63% destas amostras. Resta muito a fazer e a próxima fase é extremamente delicada. Todas as amostras (e não somente as positivas) passarão pela nova etapa que é mais específica e possibilitará a identificação do tipo de HPV encontrado. É inclusive possível chegarmos a resultados diferentes, visto que a próxima fase do PCR visará alvos (E6 e E7 - trechos do genoma do HPV) que se mantêm no tecido canceroso. Na etapa anterior o alvo visado (L1 - que é outro trecho do genoma do HPV) geralmente desaparece durante a evolução da doença podendo, desta forma, não ser detectado em estágios mais avançados. O que é exatamente o caso do material ora em exame. Então, quais tipos do papilomavírus humanos vão ser revelados? Esta ainda é a pergunta de todos nós, principalmente por não haver estudos anteriores locais.

Saberemos dentro em breve.

E se novas pesquisas desta natureza acontecerem e fortalecerem cada vez mais os presentes achados, surge a esperança de que vacinas já em uso, contra o HPV e câncer de colo uterino possam, também, prevenir o câncer de mama - ou pelo menos uma parte deles - e que num futuro não muito distante o número de vidas dizimadas por esta moléstia diminua drasticamente.

1 Fortune Magazine, maio de 1937.

2 INCA, Estimativa 2014 - Incidência de Câncer no Brasil. 3 BAILAR, J.C.; GORNIK, H. L. Cancer Undeclared. New England Journal of Medicine, v. 336, p. 1569-1574, 1997. 4 BURTON, R.; ARMSTRONG, C. The Anatomy of Melancholy. Armstrong and Son, p. 235, 1893. 5 Di LONARDO, A.; VENUTI, A.; MARCANTE, M.L. Human papillomavirus in breast cancer. Breast Cancer Research and Treatment, v. 21, p. 95-100, 1992.



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  
DIAGNÓSTICO GENÉTICO EMBRIONÁRIO**

[www.medicinareprodutiva.com.br](http://www.medicinareprodutiva.com.br)

[medicareprodutiva@gmail.com](mailto:medicareprodutiva@gmail.com)

**Novo Endereço:**

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



## A importância do Ecocardiograma Fetal na rotina pré-natal

**Dr. José Eloy Costa Filho**

Médico Cardiologista e Ecocardiografista da MEAC.

O estudo do desenvolvimento do feto pela ultrassonografia há vários anos vem sendo feito extensivamente e tem sido de considerável ajuda na avaliação dos padrões de crescimento do feto e no diagnóstico de malformações congênitas. As cardiopatias congênitas, por sua vez, constituem a causa mais comum das malformações, cujas formas, que variam de moderada a grave, afetam cerca de 0,8 a 0,9% dos nascidos vivos. Seu diagnóstico pré-natal tornou-se bem estabelecido ao longo dos últimos 30 anos, através da ecocardiografia fetal, com alto grau de precisão.

Atualmente, este exame está disponível em centros terciários de saúde que lidam com o diagnóstico e tratamento das anomalias congênitas, como a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), da Universidade Federal do Ceará (UFC). O ecocardiograma fetal, por suas diversas modalidades - Modo M, bidimensional, as técnicas do *Doppler* (especialmente o mapeamento de fluxo em cores) e, mais recentemente, o ecocardiograma tridimensional - proporciona o estudo detalhado do coração fetal. Este permite, por meio de uma análise segmentar sequencial, a descrição acurada da anatomia cardíaca e, conseqüentemente, o reconheci-

mento de malformações, disfunções cardíacas e distúrbios do ritmo cardíaco no período pré-natal.

### **Triagem para detecção pré-natal de cardiopatia congênita**

O exame do coração fetal deve ser realizado com um sistema de triagem em dois níveis distintos, a saber:

- **Nível 1:** Responsabilidade do ultrassonografista obstétrico, através do rastreamento de anomalias cardíacas. Deve estar inserida no ultrassom morfológico por meio de três cortes básicos, nos quais se reconhecem as câmaras cardíacas (corte de 4 câmaras), vias de saída dos ventrículos e a identificação das grandes artérias (**tabela 1**).

- **Nível 2:** realizada pelo cardiologista especializado em ecocardiografia fetal, cardiopatias congênitas e distúrbios do ritmo cardíaco (arritmias), estabelecendo o diagnóstico e auxiliando no planejamento da conduta pré e pós-natal. O cardiologista e ecocardiografista fetal, além de diagnosticar as anomalias congênitas e as arritmias, pode manter o seguimento do feto juntamente com o obstetra e demais membros da equipe, viabilizando também a interação da gestante com o geneticista, o psicólogo, o neonatologista e o cardiologista pediátrico.

Gestações com maior risco

para cardiopatia congênita fetal são geralmente encaminhadas aos centros terciários de saúde para realização da ecocardiografia fetal detalhada, embora se saiba que, mesmo nesses casos, a incidência esperada de anomalia cardíaca é relativamente baixa. Na maioria das vezes, o feto chega ao ecocardiografista fetal porque foram identificados, durante rotina pré-natal, fatores de risco para a presença de alguma anormalidade cardíaca. Entretanto, é fundamental lembrar que mais de 90% das malformações cardíacas ocorrem em fetos sem qualquer fator de risco. Dessa forma, seria bastante razoável que o ecocardiograma fetal, procedimento não-invasivo, fosse incorporado à rotina da avaliação obstétrica, levando-se em consideração que a prevalência das cardiopatias fetais oscila entre 0,9 a 1,4%, e, em outras situações menos frequentes, indicam-se procedimentos invasivos (por exemplo, amniocentese) para estudo citogenético fetal.

As gestações com risco aumentado para cardiopatia fetal e, conseqüentemente, indicações para realização da ecocardiografia fetal detalhada são:

Fatores maternos e familiares identificados na primeira consulta:

1- História familiar de cardiopatia

congenita:

- Irmãos
- Uma criança acometida – risco de recorrência de 2 a 3%.
- Duas crianças acometidas – risco de recorrência de 10%.
- Três crianças acometidas – risco de recorrência de 50%.
- Progenitor.
- Um dos dois progenitores acometido – risco entre 2 a 6%.
- 2- História familiar de anomalias ou síndromes genéticas com cardiopatias congênitas ou miocardiopatias.
- 3- Distúrbios metabólicos, especialmente no início da gravidez:
  - Diabetes – risco 2 a 3%.
  - Fenilcetonúria – risco 8 a 10%.
- 4- Exposição a teratógenos no início da gravidez (como lítio, fenitoína ou esteróides): - risco de 2%.
- 5- Infecções virais maternas: rubéola, CMV, *coxsackievirus*, parvovírus, toxoplasmose:
- 6- Colagenoses maternas com anticorpos anti-Ro e/ou anti-La. - risco de 2 a 3% de bloqueio atrioventricular.
- 7- Uso materno de fármacos anti-

inflamatórios não esteroides.

Fatores fetais de alto risco:

- 1 - Suspeita de malformação ou doença cardíaca durante um exame de anomalia obstétrica (esta é a forma mais importante e eficaz para detecção de anomalias cardíacas fetais).
- 2 - Arritmias fetais:
  - Bradicardia contínua – frequência cardíaca < 120 bpm.
  - Taquicardia – frequência cardíaca > 180 bpm.
- 3 - Aumento da translucência nucal (TN) no primeiro trimestre.
- 4 - Anomalias fetais extracardíacas estruturais presentes no ultrassom (ex: onfalocele, hérnia diafragmática, atresia duodenal, fístula traqueo-esofágica, higroma cístico).
- 5 - Anomalias cromossômicas.
- 6 - Síndromes genéticas.
- 7 - Derrame pericárdico.
- 8 - Derrame pleural.
- 9 - Hidropisia fetal não imune (causada por uma doença cardíaca estrutural ou arritmia).

10 - Gêmeos monocoriônicos - risco de 7-8%.

11 - Outras situações com risco para insuficiência cardíaca fetal:

- Tumores com grande suprimento vascular.
- Fístulas arteriovenosas.
- Ausência de ducto venoso.
- Gêmeo acárdico.
- Síndrome de transfusão feto-fetal.
- Anemia fetal.

### Serviço de Ecocardiografia na MEAC

O Serviço teve início em outubro de 2014. No período de 15 de dezembro de 2014 a 15 de dezembro de 2015 foram realizados 1.981 (hum mil, novecentos e oitenta e um) ecocardiogramas, sendo 1.551 (hum mil, quinhentos e cinquenta e um – 78%) em recém-nascidos (UTIs neonatais, médio risco e alojamentos), 120 (cento e vinte - 6%) ecocardiogramas em adultos (gestantes com suspeita de cardiopatia provenientes do ambulatório, alojamentos e UTI) e 310 (trezentos e dez – 15,6%)

**Teste do Pezinho**

O teste do pezinho é o primeiro passo para a qualidade de vida do bebê.

Saiba os diferenciais de fazer o teste do pezinho no LabPasteur:

- Apoio técnico de qualidade, com médicos geneticistas disponíveis para auxiliar na interpretação de laudos e orientar sobre protocolos de investigação.
- Um dos mais avançados parques tecnológicos do país.
- Possibilidade de personalizar o perfil do teste, com análise de mais de 18 doenças.\*

O LabPasteur realiza coleta domiciliar gratuita com hora marcada para o teste do pezinho.

**LabPasteur**  
Medicina Diagnóstica

O laboratório da família cearense.

Atendimento ao Cliente: (85) 3003.6063 | [www.labpasteur.med.br](http://www.labpasteur.med.br)

\*Em caso de pedidos para convênio, é necessário discriminar os testes e não o perfil.  
Responsável Técnico: Dra. Maria Helene Costa Gurgel - CRM 9061

ecocardiogramas fetais (ambulatorio e alojamentos). Com relação aos ecocardiogramas fetais, foram encontradas anormalidades em 22 exames (7%) descritas abaixo:

- Arritmias: 7.
- Comunicação interventricular: 5.
- Comunicação interatrial: 4.
- Defeito do septo atrioventricular: 3.
- Tetralogia de Fallot: 2.
- Dupla via de saída do ventrículo direito: 1.

Embora não esteja relacionado ao título deste artigo, é importante ressaltar que os ecocardiogramas anormais realizados em neonatos somaram 567 (36,6%), sendo as principais alterações encontradas:

- *Persistência do canal arterial*: 250.
- *Comunicação interatrial*: 119.
- *Comunicação interventricular*: 80.
- *Hipertensão pulmonar*: 26.
- *Cardiomiopatia hipertrófica*: 9.
- *Endocardite*: 5.
- *Tetralogia de Fallot*: 4.
- *Coarctação da aorta*: 4.
- *Defeito do septo atrioventricular, forma total*: 3.
- *Defeito do septo atrioventricular, forma parcial*: 1.
- *Estenose pulmonar valvar*: 2.
- *Atresia pulmonar com CIV*: 2.
- *Atresia pulmonar com septo interventricular íntegro*: 2.
- *Dupla via de saída do ventrículo direito*: 1.
- *Coração univentricular*: 1.
- *Doença de Ebstein*: 1.
- *Estenose aórtica*: 1.
- *Outras*: 56.

Igualmente relevante é mostrar a importância do ecocardiograma realizado em prematuros extremos, os quais apresentam frequentemente persistência do canal arterial. Dos pre-

turos que apresentaram canal arterial pérvio, 15 foram submetidos à cirurgia de ligadura do canal arterial realizada na própria UTI neonatal, contribuindo de modo significativo para uma boa evolução dos bebês.

### Conclusão

A maior parte das cardiopatias congênitas é detectada nos exames ultrassonográficos obstétricos de rotina. Muito embora saibamos que a ecocardiografia fetal seja muito mais sensível na detecção dessas malformações, até pouco tempo sua indicação era restrita ao grupo de gestantes com alto-risco para cardiopatias congênitas. Porém, como discutimos anteriormente, a frequência esperada de anomalias cardíacas é relativamente baixa, mesmo nesse grupo. Dessa forma, o objetivo do artigo está em ressaltar que a ecocardiografia fetal deva ser incluída como exame pré-natal de rotina, melhorando sobremaneira o diagnóstico precoce das cardiopatias congênitas, principalmente no segundo trimestre da gestação, cujo período ideal para sua realização situa-se entre a 22ª a 26ª semanas. A ecocardiografia fetal, assim, torna-se essencial para o manuseio destes fetos, ainda in-  
tra-útero ou logo após o nascimento e, evidentemente, para o aconselhamento dos pais em relação a futuras gestações. Portanto, a ecocardiografia fetal é uma técnica diagnóstica não-invasiva que pode viabilizar condutas salvadoras para o conceito cardiopata.

**Tabela 1** - Análise segmentar básica que, se incorporada a todos os exames obstétricos morfológicos, ajuda a melhorar as taxas de detecção pré-natal de cardiopatia congênita.

- 1- Estômago e coração no lado esquerdo do feto. Aorta à esquerda da coluna vertebral.
- 2- Frequência cardíaca normal de 120 a 180 batimentos por minuto.

- 3- Imagem de quatro câmaras:
  - Tamanho: cerca de 33% do tórax.
  - Posição: septo em um ângulo + ou - de 45º da linha média.
  - Estrutura:
    - Dois átrios de tamanho aproximadamente igual.
    - Dois ventrículos de tamanho e espessura de suas paredes aproximadamente igual.
    - Duas valvas atrioventriculares com abertura igual.
    - Septo interventricular íntegro do ápice à cruz.
    - Função normal em ambos os ventrículos.
- 4- Exame das grandes artérias:
  - Aorta origina-se do ventrículo esquerdo (VE), com a parede anterior da aorta sendo contínua com o septo interventricular.
  - Artéria pulmonar origina-se do ventrículo direito (VD).
  - Artéria pulmonar igual ou levemente maior que aorta em sua origem.
  - Cruzamento das grandes artérias em sua origem.
- 5- Imagem dos três vasos e traquéia: Aorta e artéria pulmonar com dimensão aproximadamente igual.

### Referências bibliográficas

1. Allan LD. A review of fetal echocardiography. *Echocardiography*.1985; 2:351-76
2. Allan LD, Shirland GK, Wilburn A et al. Prospective diagnosis of 1006 consecutive cases of congenital heart disease in the fetus. *J M Coll Cardiol*.1994; 145-8
- 3- Lopes LM, Cha SC, Zugaib M. Impacto da cardiologia fetal na conduta obstétrica e neonatal. Importância da ecocardiografia fetal. *RevBrasCardiol* 1994; 19:7-12
- 4- Fonseca ALA. Ecocardiografia Fetal como rotina pré-natal no rastreamento de cardiopatias congênitas.
5. Mattos S. O Coração Fetal. *Revinter*, 1996.
6. Drose JA. *Fetal Echocardiography*. W.B. Saunders Company, 1987
7. Eiden BW, Cetta F, O'Leary PW. *Ecocardiografia nas Cardiopatias Congênitas das Crianças e Adultos*, DiLivros, 2010

## Diabetes na gravidez: velho desafio, novos conceitos

**D**iabetes é uma condição caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue. Na gravidez, se não controlado, pode levar a uma série de complicações como abortamento, malformações, natimorto, prematuridade, necessidade de cesariana e elevação da pressão arterial, além de outros problemas para o bebê como peso excessivo ao nascer, hipoglicemia e desconforto respiratório.

É chamado de diabetes gestacional quando se inicia na gravidez, em decorrência de hormônios produzidos pela placenta que dificultam a ação da insulina. Por outro lado, a mulher pode já ter diabetes antes mesmo de engravidar, chamado diabetes pré-gestacional. A crescente prevalência de obesidade nas mulheres em idade fértil tem levado a um aumento no número de casos de diabetes dos dois subtipos.

Idealmente, todas as mulheres deveriam realizar uma avaliação médica antes de tentar engravidar, com o objetivo, dentre outros, de rastrear e tratar um possível diabetes pré-gestacional. Entretanto, até metade das gravidezes não são planejadas. Nestes casos, o rastreamento deve ser realiza-

do na primeira consulta de pré-natal. A presença de diabetes logo no início da gravidez indica que provavelmente a paciente já tinha diabetes prévio e não sabia.

Mesmo nas gestantes com rastreamento inicial negativo, até 14% delas desenvolverão o diabetes gestacional, que costuma surgir depois da segunda metade da gravidez e cujo diagnóstico é feito através de curva glicêmica após ingestão de 75g de glicose.

Recentemente, estudos clínicos mostraram que níveis de glicose antes considerados normais já são suficientes para desencadear as complicações do diabetes. Desta forma, uma glicemia de jejum a partir de 92 mg/dL em qualquer momento da gestação já é suficiente para classificar a paciente como diabética.

Uma vez realizado o diagnóstico, a paciente deve ser acompanhada por uma equipe multiprofissional. Durante toda a gravidez, é recomendável a realização de glicemias capilares periodicamente para avaliar o controle do diabetes. A grande maioria das pacientes alcançará as metas apenas



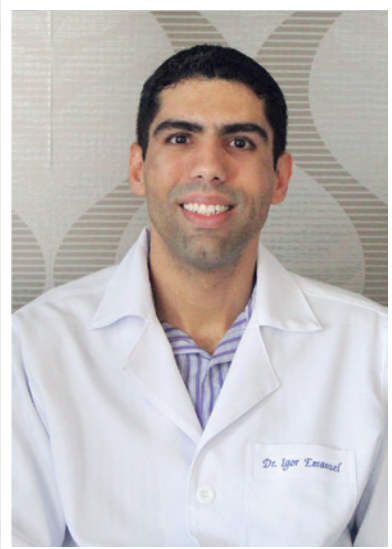
**Dr. Paulo Cruz de Queiroz**  
Médico Endocrinologista da MEAC.

com a prática de dieta saudável e atividade física. No entanto, algumas precisarão de tratamento farmacológico. A insulina é o medicamento de escolha. Porém, diversas publicações médicas importantes já colocam alguns remédios orais como alternativas ao uso da insulina. Neste caso, a paciente deverá conversar com o médico para esclarecer todos os benefícios e possíveis riscos de cada escolha.

Após o parto, as mulheres com diabetes gestacional deverão realizar um novo exame de curva glicêmica, para assegurar a normalização da glicose, o que ocorre na maior parte dos casos. Mesmo assim, devem manter um estilo de vida saudável, pois têm um risco aumentado de desenvolver diabetes anos depois.

Sabe-se que a qualidade do pré-natal é de suma importância para o bom andamento da gravidez e para que a mãe tenha um bebê saudável. No Serviço de Medicina Materno Fetal da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), a Linha de Cuidados em Diabetes conta com obstetras, endocrinologista, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicóloga e ultrassonografistas. Além de uma completa assistência à população usuária do SUS, o serviço também contribui para a excelência da Universidade Federal do Ceará na formação e capacitação de profissionais das diversas áreas de saúde.





## PSICOMATER: Gestantes e mulheres no período perinatal têm assistência psicossocial multidisciplinar na MEAC

**Dr. Igor Emanuel Vasconcelos e Martins Gomes**  
Médico Psiquiatra da MEAC/Coordenador do Psicomater.

O Psicomater foi concebido inicialmente como ambulatório de grávidas com transtornos psiquiátricos e psicológicos e iniciou as atividades no ano de 2012, por iniciativa do Professor de Psiquiatria da Universidade Federal do Ceará (UFC) Dr. Fábio Gomes de Matos. Inicialmente funcionou nas dependências do Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). Posteriormente, os serviços foram oferecidos no âmbito da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), onde também foram coordenados pela Dra. Antônia Ionésia Araújo do Amaral, que é obstetra e psiquiatra. Atualmente, o serviço funciona no Ambulatório de Adolescentes da MEAC.

O Psicomater constitui-se em serviço de atendimento psicossocial, tendo como foco gestantes e mulheres até um ano após o parto, o chamado período perinatal. É sabido que essa fase é de risco aumentado para o desenvolvimento de transtornos mentais, notadamente os do humor (depressão maior e transtorno afetivo bipolar, por exemplo) e de ansiedade (como transtorno do pânico e transtorno de ansiedade generalizada, dentre outros). A depressão maior

na gestação tem prevalência na maioria dos estudos entre 10% a 15%, sendo que nas pesquisas realizadas no nosso país a taxa fica em torno de 20%. Já no período do pós-parto, a depressão costuma acometer em torno de 15% das pacientes nos primeiros meses (PEREIRA; LOVISI, 2008).

Apesar da compreensão universal de que algum grau de ansiedade trata-se de um fenômeno normal no período gravídico e pós-natal, os estudos nacionais indicam prevalência de ansiedade patológica entre 20% a 30% das mulheres no período gestacional (DE ALMEIDA et al., 2012; AZS; OSEB, 2002). Os estudos do pós-parto indicam alta prevalência de ansiedade em níveis disfuncionais, atingindo de 30% a 45% das mulheres estudadas (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006). Nesse escopo, dada a alta prevalência de transtornos mentais e conseqüente sofrimento emocional de monta, entende-se que é necessária intervenção integrada multidisciplinar em período tão frágil da vida da mulher, sendo esta a missão do serviço, o qual vem desenvolvendo estratégias de prevenção e tratamento dos transtornos psiquiátricos perinatais.

Face ao exposto, o Psicomater hoje conta com atendimento psiquiátrico, além do atendimento psicológico individual e em grupo. É composto de dois grupos de intervenção terapêutica. Um deles é conduzido por terapeuta ocupacional e tem a finalidade de trabalhar o vínculo mãe-bebê, não somente ampliando a compreensão desses processos, mas também promovendo uma melhor interação entre os dois entes dessa relação. O outro grupo é guiado por psicóloga, com o objetivo de trabalhar as demandas psicológicas gerais das gestantes e puérperas, prevenindo e minimizando o sofrimento emocional que, de forma tão nefasta, pode impactar negativamente na vida dessas mulheres. As estratégias de cuidados citadas são destinadas de forma simultânea tanto a mulheres no período perinatal com transtorno mental já instalado, como também àquelas sem patologia ativa, mas com demandas psicológicas que possam suscitar fatores de risco para tal.

Concomitante ao Psicomater, atua também o programa REMDA (Rede de cuidados a gestantes e puérperas em uso de álcool, tabaco e outras substâncias), programa criado em julho de 2012.

Seu foco é trabalhar junto às famílias, a fim de promover a continuidade de tratamento pós-alta hospitalar, orientando o atendimento na rede pública de saúde mental e aliando aos valores da perspectiva da Assistência Humanizada de acordo com o Método Canguru e do Programa Rede Cegonha em desenvolvimento na Instituição. São também focos de atuação do REMDA: o fortalecimento do vínculo mãe/bebê, evitando o abandono e abrigamento dos recém-nascidos; promover capacitação profissional junto à equipe, de modo a permitir a identificação de mães usuárias, bem como de bebês expostos ao uso de substâncias psicoativas no período intrauterino; fomentar a educação continuada por meio de parcerias institucionais com a Prefeitura Municipal de Fortaleza e o Governo do Estado do Ceará.

A identificação das mulheres com transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas ocorre por meio de entrevista clínica e utiliza-se também de amplo e reconhecido instrumento de triagem, o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST). A partir da identificação dessas pacientes, é feita intervenção baseada no modelo de entrevista motivacional, idealizada por Miller e Rollnick em 1991, em sua modalidade de atuação breve. A técnica tem o objetivo, de uma forma geral, de mobilizar a paciente à mudança, tanto promovendo percepção aumentada do risco do uso de substâncias psicoativas, como também, a partir daí, amplificar o desejo de cessar ou diminuir o consumo.

O acrônimo em inglês *FRAMES* é capaz de resumir de forma ilustrativa o modo de atuação do profissional na entrevista motivacional (*Feedback* – dar uma devolutiva à paciente do grau de comprometimento psicossocial que a substância psicoativa vem causando na vida dela; *Responsability* – ênfase da responsabilidade da paciente quanto à tomada de decisão, sem pressionar para que a mudança ocorra; *Advice* – aconselhamento sobre o problema, educando as pacientes sobre as características dele, bem como formas de lidar com as circunstâncias adversas; *Menu* – ofere-

cer o cardápio de opções de serviços e modalidades de tratamento disponíveis; *Empathy* – escuta empática e sem julgamento sobre o problema apresentado; *Self-efficacy* – instilar nas pacientes a esperança, aumentando a auto-eficácia, ou seja, a percepção de que são capazes de enfrentar o problema com sucesso).

Ademais, o Psicomater propõe-se a ser centro formador de ensino, recebendo regularmente residentes em Psiquiatria, tanto do HUWC, como do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (antigo Hospital de Saúde Mental de Messejana). Os residentes atuam em nível de atendimentos ambulatoriais, os quais ocorrem nas quartas à tarde e sextas pela manhã, e também promovem celeridade à resolução das demandas de interconsulta, ou seja, identificam e tratam as necessidades psicopatológicas das pacientes atendidas na MEAC, quer a nível de internação, quer nos ambulatorios gineco-obstétricos da instituição. O serviço também é aberto para estudantes de graduação e pós-graduação, sendo a integração contínua com ligas acadêmicas e residência multiprofissional uma meta almejada. Já ocorrem hoje capacitações sistemáticas no âmbito da residência multiprofissional.

As demandas de interconsulta são identificadas pelos diversos profissionais da instituição. A equipe de Psicologia tem atuação precípua na função de acolhimento das necessidades emocionais dessas pacientes, momento inicial este a partir do qual são encaminhadas à avaliação psiquiátrica, uma vez identificada a possibilidade da prevalência de um transtorno mental. Também é atribuição do psiquiatra interconsultor a resolução de conflitos na equipe quando estes são gerados a partir de problemáticas provenientes da condução de indivíduos com transtorno mental, os quais pela própria natureza da nosologia, podem gerar dificuldade de resolução por parte dos agentes envolvidos. A interconsulta fundamenta-se como a estratégia primária de captação dos pacientes para atendimento ambulatorial no Psicomater, mas também há vagas disponíveis para pacientes da rede assistencial extra-hospitalar.

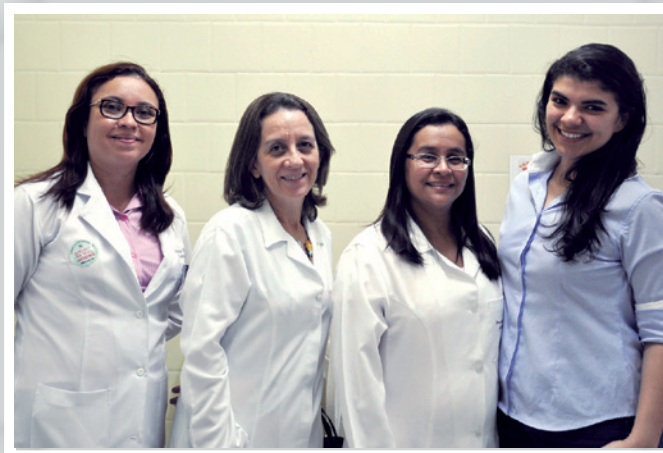
Em setembro de 2015, iniciou-se o Grupo de Estudos em Saúde Mental da Mulher (GESMM), vertente institucional de fomento acadêmico ligada ao Psicomater. O grupo tem a intenção de ser promotor de educação continuada dos estudantes e profissionais inseridos no serviço. A proposta inicial é a de encontros quinzenais em turnos alternados, nos quais serão estimulados os debates sobre artigos científicos, casos clínicos, produção de pesquisa científica, todos no âmbito da saúde mental da mulher. O foco é prover os profissionais envolvidos de ferramentas necessárias ao consumo e à produção de conhecimento de caráter científico, o que resulta, em última instância, na melhoria dos processos assistenciais da MEAC.

A visão de futuro do Psicomater é tornar-se serviço de referência regional em saúde mental perinatal nos quesitos ligados à assistência, ensino, pesquisa e extensão. A promoção de pesquisas clínicas na área trata-se de eixo temático da maior relevância, o qual deve ser estimulado prontamente pelos agentes formadores de opinião envolvidos no processo de desenvolvimento do programa. O envolvimento de equipe interdisciplinar, mais que uma ideologia, mas um verdadeiro processo de integração entre profissionais transformadores do espaço institucional, deve de ser intensificado, para que tal visão possa ser alcançada, agregando inestimável valor ao serviço da MEAC.

#### Referências bibliográficas:

- AZS, G.; OSEB, N. J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Rev Assoc Med Bras**, v. 48, n.3, p. 245-9, 2002.
- DE ALMEIDA, M. S. et al. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, v. 28., n. 2, p. 385-393, 2012
- FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28. n. 3, p. 171-8, 2006.
- PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Rev Psiquiatr Clín**, v. 35, n. 4, p. 144-53, 2008.

## Vigilância epidemiológica: Luz para planejar o caminho no enfrentamento da sífilis congênita



**Eugenie Desirèe Rabelo Néri Viana** - Chefe SVIGE\*  
**Rosaete Landim de Castro Coutinho** - Coordenadora SVIGE\*\*  
**Maria Claudete Costa** - Enfermeira SVIGE\*\*  
**Rizete Marques Paiva** - Técnica de Enfermagem SVIGE\*\*  
**Jacqueline Lúcia de Queiroz** - Técnica de Enfermagem SVIGE\*\*  
**Adriana Rocha de Almeida** – Enfermeira SVIGE\*\*

Investigar, reunir dados e gerar informações epidemiológicas que aportem luz para os problemas de saúde é papel do Serviço de Vigilância Epidemiológica na Maternidade Escola Assis Chateaubriand-MEAC. Dentre suas ações, a identificação de casos de sífilis congênita é uma missão e a mobilização institucional para o tratamento das mulheres e seus parceiros, uma meta.

A Vigilância Epidemiológica é uma atividade realizada na MEAC, instituída pela Portaria Nº 05/2004 (MEAC) em atendimento à Portaria Nº 2.529/GM, de 23 de novembro de 2004 (Ministério da Saúde), que institui os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia e compõe o Serviço de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente - SVIG/MEAC.

As informações de natureza epidemiológica representam ferramentas essenciais para o planejamento, a execução e a avaliação das ações de saúde e tem

suas bases em dados de notificação de casos suspeitos ou confirmados de doenças e agravos de notificação compulsória como: sífilis em gestante, sífilis congênita, tuberculose, gestante HIV+, hepatites virais, entre outras. Na MEAC a equipe do Serviço de Vigilância Epidemiológica detecta agravos ou doenças de notificação compulsória a partir da busca ativa e notificação espontânea em locais estratégicos do hospital e mantém atualizado o Sistema de Informação dos Nascidos Vivos (SINASC) com dados referentes à gestante e ao recém-nascido e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) com informações de todos os óbitos ocorridos na instituição.

Nos últimos cinco anos 126 casos de sífilis em gestante e 946 casos de sífilis congênita foram notificados na MEAC, e destes, 226 foram identificados no ano de 2015.

O enfrentamento da sífilis con-

gênita é um desafio assumido pela MEAC na promoção de uma assistência segura e de excelência ao binômio mãe-bebê e reflete seu compromisso com as ações da Rede Cegonha.

A sífilis, em mulheres não tratadas, possui transmissão que varia de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença, e a sífilis congênita apresenta elevada mortalidade, podendo chegar a 40% das crianças infectadas. O teste não treponêmico VDRL e o teste rápido treponêmico devem ser realizados na 1ª consulta do pré-natal, no início do 3º trimestre da gestação e no momento do parto (independentemente de exames anteriores negativos). É papel de todos os profissionais de saúde que realizam assistência ao parto, se certificarem de que o teste está sendo executado no momento certo e que seus registros estejam sendo realizados adequadamente no cartão de pré-natal e prontuário, para todas as ges-

tantes. Desta forma, todos são fundamentais na luta da MEAC contra a mortalidade e a geração de sequelas, em bebês, decorrentes da sífilis congênita.

A identificação, notificação e tratamento de todas as mulheres e parceiros une a comunidade da MEAC na campanha: "Sífilis: proteja seu bebê" que objetiva esclarecer a comunidade externa (clientes) e interna sobre os riscos da doença, os momentos da realização dos testes e a meta de assegurar tratamento para todas as mulheres e seus parceiros diagnosticados na MEAC com sífilis, contribuindo, assim, para a redução do impacto negativo da sífilis sobre a vida de muitas pessoas.

Desta forma, a vigilância epidemiológica lança luz sobre um importante problema epidemiológico e ajuda a planejar o caminho no enfrentamento da sífilis congênita.

**Fontes consultadas:**

BRASIL. Transmissão vertical do HIV e Sífilis:

Estratégias para redução e eliminação. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder\\_transmissao\\_vertical\\_hiv\\_sifilis\\_web\\_pd\\_60085.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder_transmissao_vertical_hiv_sifilis_web_pd_60085.pdf)>. Acesso em 11 mai. 2015.

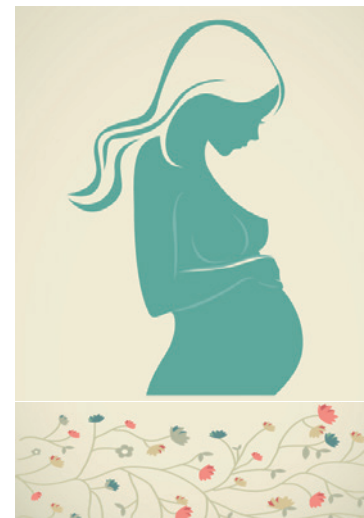
BRASIL. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis>>. Acesso em 11 mai. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Brasília, 2015.

PORTAL BRASIL. Notificações de sífilis congênita aumentam em 34% entre 2010 e 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/autor/Portal%20Brasil>>. Acesso em: 18 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido. 2. ed. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília, 2014.



**DIAGNOSTICAR, NOTIFICAR E TRATAR**  
**Juntos na luta**  
**CONTRA A SÍFILIS**  
**EM GESTANTE E CONGÊNITA**



**MISSÃO**  
serviços

**SOLUÇÕES EM TERCEIRIZAÇÃO PARA MELHOR SERVIR**

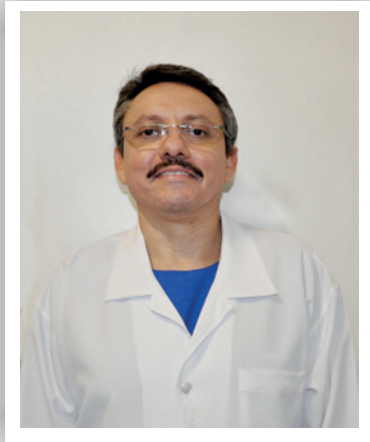
**SEGMENTOS DE ATUAÇÃO:**

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

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

**Construtora Borges Carneiro Ltda.**

Fone/Fax: (85) 3033.9300 / 3033.9301



**Dr. Homero Carvalho**  
Médico Obstetra da MEAC.

A hemorragia pós-parto (HPP) incide em 3% a 5% dos partos e é responsável por 25% das mortes maternas em todo o mundo, sendo a principal causa destas mortes nos países desenvolvidos e a segunda causa nos países em desenvolvimento, seguindo a pré-eclâmpsia. A maioria das hemorragias ocorre na primeira hora pós-parto (período de Greenberg) e é definida como perda sanguínea acima de 500 ml no parto vaginal e acima de 1000 ml na cesariana. A hemorragia é também classificada como branda se a perda sanguínea for menor que 1500 ml, grave se for maior que 1500 ml e maciça se for superior a 2500 ml. A hemorragia grave é potencialmente fatal e está associada a uma ou mais das seguintes causas: atonia uterina (80%); lacerações cérvico vaginais – perineais; retenção placentária ou de seus fragmentos e coagulação intravascular disseminada/outras coagulopatias.

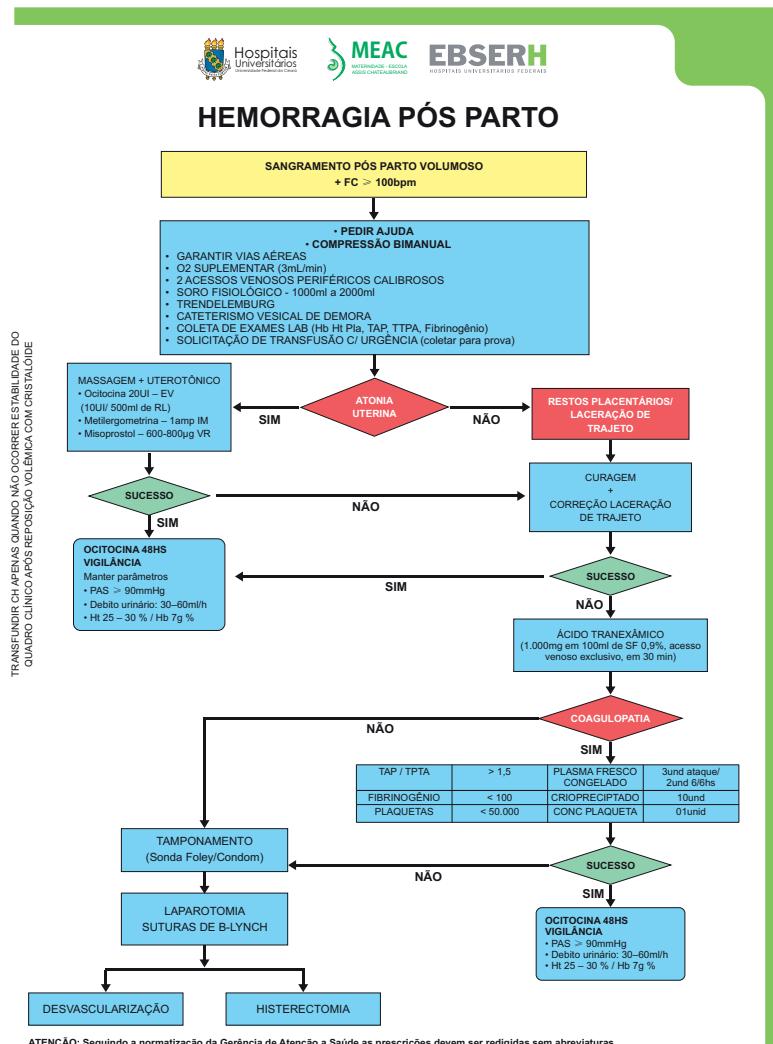
É de fundamental importância que a equipe assistencial do parto esteja atenta aos fatores de risco para monitorar com mais cuidado o pós-parto destas puérperas. São eles: história prévia de hemorragia pós-parto; sobredistensão uterina (gestação múltipla, macrossomia fetal, polidramnia, hidrocefalia acentuada, tumores fetais); fadiga muscular uterina (uso prolongado de

## Hemorragia Pós Parto

uterotônicos, idade materna superior a 40 anos, multiparidade, trabalho de parto prolongado, cesariana durante trabalho de parto); medicações uterolíticas (sulfato de magnésio, nifedipina, betamiméticos, anestesia geral); obesidade; corioamnionite e detecção ultrassonográfica de placenta de implantação baixa, acretismo ou cotilédone acessório. Devemos nos atentar ao sangramento transvaginal persistente e aumentado após o delivramento fetal e placentário, principalmente se associado à palidez cutânea mucosa, taquicardia materna com pulso filiforme, sudorese fria, diminuição sensorial e baixa diurese, pois são sinais de hipovolemia e devem ser prontamente identificados. Nessas situações deveremos repor de imediato a volemia com cristalóides e procuraremos identificar e tratar

as possíveis causas do sangramento. Transfundiremos concentrado de hemácias apenas quando não ocorrer estabilidade do quadro clínico após reposição volêmica com cristalóide.

Uma equipe assistencial bem treinada e integrada é de fundamental importância quando ficamos frente a estas situações. Deveremos pedir ajuda logo após a identificação do evento, avaliarmos a perda sanguínea e o estado hemodinâmico, providenciarmos dois acessos venosos calibrosos e monitorarmos continuamente a paciente (sinais vitais, débito urinário, nível de consciência e perda sanguínea). Objetividade e rapidez deverão ser as palavras de ordem. O fluxograma abaixo, desenvolvido pelo corpo clínico de nossa Maternidade nos ajuda a abordar a HPP com a merecida eficácia.



Cooperativa dos  
Pediatras do Ceará  
Doando Amor para  
construir o futuro!  
Todos os dias!



www.coopedce.com.br



## Protocolo de Atendimento do AVC Agudo no Hospital São Carlos, Fortaleza-CE

Neves, L.O.<sup>1</sup>; Tavares, I.M.<sup>1</sup>; Vanderlei, M.E.O.<sup>1</sup>;  
Bandeira, D.A.<sup>2</sup>; Mont'Alverne, F.J.A.<sup>2</sup>; Souza,  
J.R.F.<sup>2</sup>; Mattos, J.P.V.<sup>3</sup>; Amanda Barbosa Rodrigues<sup>4</sup>;  
Conceição Almeida Carvalho<sup>4</sup>

1- Neurologista do HSC; 2-Neurointervencionista do HSC; 3- Neurocirurgião do HSC; 4- Enfermeira do Escritório da Qualidade do HSC

As doenças cerebrovasculares são a segunda causa de óbito no mundo, perdendo a posição apenas para as doenças cardiovasculares. As pesquisas indicam que esta posição tende a se manter até o ano de 2030<sup>1</sup>. Mais frequentemente incapacitante que fatal, o AVC é a principal causa de incapacidade neurológica grave e acarreta custos enormes, medidos tanto em dólares para cuidado da saúde como em produtividade perdida<sup>2</sup>. Do ponto de vista fisiopatológico o AVC é dividido em isquêmico e hemorrágico<sup>3</sup>.

O Hospital São Carlos, serviço privado com 105 leitos, implantou e implementou com o **Grupo Neuro Stroke**, o Protocolo de Atendimento ao AVC Agudo em 1º de julho de 2015 após revisão na literatura médica e treinamento de todos os colaboradores do hospital que atuam diretamente com atendimento do paciente acometido por AVC.

O cerne do protocolo está na identificação dos sinais e sintomas sugestivos de AVC e na determinação do início dos mesmos (menor ou maior que 6 horas), considerando a possibilidade do resgate para terapia endovascular. Caso início < 6 horas, o paciente é avaliado e monitorizado pela enfermagem que também aplica o Checklist de atendimento ao AVC com informações referentes ao paciente e ao atendimento prestado. O emergencista solicita tomografia de crânio sem contraste junto com exames laboratoriais e contata o neurologista.

Este avalia o paciente e dá seguimento ao fluxograma:

avaliação da neuroimagem, contato com neurointervencionista e decisão terapêutica.

Desde 1º de julho até 31 de dezembro de 2015, tivemos 15 vezes o *start* do código AVC que caracterizou os casos com suspeita de Acidente Vascular Cerebral. Destes, em 5 casos havia indicação do código AVC pelo critério decisivo do tempo de início dos sintomas (< 6h); dos quais três foram AIT e dois AVCi com trombólise endovenosa. Nos dois casos de AVCi, onde foi realizada trombólise, o resultado foi a recuperação do paciente, culminando em alta hospitalar melhorada.

Nos casos de AIT, em um foi realizada transferência inter-hospitalar e os demais resultaram em alta hospitalar melhorada.

O atendimento ágil e sistematizado do AVC determina a boa evolução do paciente, minimizando sequelas. Apesar das dificuldades operacionais em hospital privado, que depende de autorização de convênios, este trabalho mostra que é possível realizar um atendimento padronizado, de qualidade para resgate e manutenção da vida.

1-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

2-MERRITT. Tratado de Neurologia. 12ª Edição. Ed. Guanabara Koogan.

3-CAPLAN, L.R. Caplan's Stroke: A Clinical Approach. Fourth Edition. Saunders Elsevier. Philadelphia, 2009.



**Adriana Teixeira Nunes**  
Fonoaudióloga da Meac.

## A implantação do teste da linguinha na MEAC

A importância do aleitamento materno, exaustivamente estudada, gerou modelos de abordagem que consideram fatores importantes que interferem no seu sucesso. Dessa forma, a avaliação da mamada com objetivo de identificar precocemente as dificuldades na amamentação, abrange uma observação global que envolve aspectos da pega, posicionamento da mãe e do neonato, comportamento do recém-nascido e interação mãe/filho, sucção não-nutritiva e sucção nutritiva, para que, assim, situações que possam contribuir para o desmame sejam identificadas o mais precocemente possível.

A função de sugar, engolir e, posteriormente, mastigar e falar requer uma participação ativa da língua com plena mobilidade. Porém, alguns bebês nascem com o frênulo (prega de membrana mucosa que conecta a face inferior da língua ao assoalho da boca) alterado, limitando os movimentos da língua necessários para sugar o leite materno em diferentes graus, dependendo da fixação deste. Dificuldade na pega, baixo ganho de peso e desmame precoce são relatados por vários autores no caso de alteração do frênulo lingual.

Alterações do frênulo lingual podem gerar: imprecisão articulatória; distorção ou troca do fonema; abertura restrita da cavidade oral; imprecisão ou ineficácia dos movimentos da língua em

movimentos isolados; protrusão lingual com formação de coração no seu ápice, com anteriorização restrita, ou, ainda, levando seu ápice para baixo; língua com postura no assoalho da boca; dificuldades de realizar movimentos com a ponta da língua; dificuldades na sucção; mastigação ineficiente e deglutição alterada por dificuldade de acoplamento da língua no palato duro, dentre outras (MARCHESAN, 2004).

Visto que a alimentação e a comunicação podem ser prejudicadas diante de um frênulo lingual alterado, o diagnóstico precoce torna-se um importante caminho para a prevenção de problemas na amamentação, na mastigação, na deglutição e no desenvolvimento da fala, de forma a promover saúde nos bebês.

Antigamente a verificação do frênulo da língua era realizada apenas por uma rápida inspeção visual para detectar se a língua estava presa ou não. No início do século passado, as parteiras, quando identificavam língua presa, com a própria unha já faziam um pique pra soltá-la. Com a introdução da mamadeira, e a facilidade que esta proporciona, o frênulo deixou de ser avaliado e essa prática foi abolida.

Na década de 1990, com as campanhas de incentivo à amamentação, esta alteração “língua presa” voltou a ser discutida. As discussões geraram várias controvérsias e divergências

na avaliação do frênulo.

Diante desse cenário, Martinelli et al. (2012) propuseram um protocolo que faz a relação da alteração do frênulo lingual com as funções de sucção e deglutição. Nesse, inclui também uma manobra que possibilita a visualização do frênulo lingual recoberto por cortina de mucosa que, associada à avaliação das funções de sucção e deglutição, conduz a um diagnóstico conclusivo e um tratamento adequado.

Nessa busca de uma identificação mais precisa da limitação do movimento da língua causada pelo frênulo, a fonoaudióloga Roberta Lopes de Castro Martinelli, desenvolveu o protocolo de validação do frênulo da língua em bebês, totalmente validado, popularmente conhecido como Teste da Linguinha. Trata-se de uma técnica pioneira que propõe um protocolo com escores, com o objetivo de auxiliar na avaliação e diagnóstico das variações anatômicas do frênulo lingual e sua possível interferência na amamentação, norteadas por condutas eficazes de forma a promover uma prática baseada em evidências (MARTINELLI et al., 2012). Nesse contexto, em 2014, foi sancionada a Lei nº 13.002, que instituiu, obrigatoriamente, a aplicação de um protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês nascidos em todos os hospitais e maternidades do Brasil, denominado “Teste da Linguinha”, tendo como principal objeti-

vo a prevenção do desmame precoce.

O teste da linguinha contempla os aspectos anatômicos e funcionais para fazer um diagnóstico preciso, uma vez que existem graus variados de língua presa. É rápido e indolor, devendo ser realizado por um profissional da área da saúde qualificado como, por exemplo, o fonoaudiólogo. É dividido em história clínica, avaliação anatomo-funcional e avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva, porém no exame de triagem neonatal, realizado antes da alta, são aplicados somente os itens que avaliam o aspecto anatômico do bebê. Quando a soma total dos escores da avaliação anatomofuncional do protocolo for igual ou maior que 7 pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua e orientar a família sobre a necessidade do procedimento de liberação.

O teste pode ser realizado com o bebê no colo da mãe, posicionado semi-inclinado e com a cabeça apoiada no espaço entre o braço e o antebraço; solicita-se à mãe para segurar as mãos do bebê. Eleva-se a língua do bebê com os dois dedos indicadores enluvados embaixo da língua pelas margens laterais para verificar as características do frênulo (espessura e fixação na língua e no assoalho da boca); movimentação da língua durante o choro e sucção não-nutritiva no dedo do examinador e nutritiva no seio materno. Alteração na forma como o bebê suga pode causar desconforto, levando o mesmo a interromper o processo de amamentação, sem que satisfaça sua necessidade calórica, repercutindo no ganho ponderal ou tornando os intervalos entre as mamadas muito curtos e, conseqüentemente, impondo um estado de fadiga à mãe.

Uma vez identificada as alterações do frênulo lingual e consequente limitação na mobilidade da língua, o bebê é encaminhado para o médico cirurgião ou odontólogo para realização do procedimento de liberação, a frenotomia, mais conhecida como “pique na língua” e o mais indicado em bebês. Imediatamente após a realização, o bebê é amamentado e as mães relatam melhora significativa dos sintomas.

Quando o resultado do teste é duvidoso, os pais são orientados a fazer um reteste, no qual todo protocolo é aplicado (avaliação clínica e anatomofuncional), no intervalo de 15 dias no nosso serviço, apesar do ideal ser trinta dias. Optamos por um tempo menor no retorno objetivando prevenir a evasão.

Na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, a implantação do teste da linguinha iniciou-se em novembro de 2013, após um treinamento do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua com Escores para Bebês ou Teste da Linguinha, ministrado pela fonoaudióloga Roberta Martinelli, idealizadora do teste. A princípio, realizava-se somente nos bebês que apresentavam dificuldade para mamar. Somente a partir de abril de 2015, com admissão de mais fonoaudiólogas, passou-se a realizá-lo em todos os bebês com 24 horas de vida ou antes da alta.

Durante o período de abril a dezembro de 2015, foram realizados 3.855 testes da linguinha com um percentual de 9.86% de exames alterados. No quadro abaixo, demonstramos a disposição mensal dos exames realizados, alterados, duvidosos, duvidosos com reteste e duvidosos sem reteste.

Vale ressaltar o elevado índice de evasão no reteste, apesar do interva-

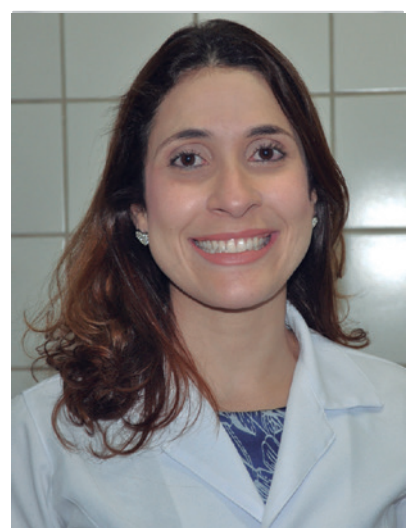
lo menor do que trinta dias no retorno, comprometendo a efetividade do serviço e o cumprimento da lei. Sugerimos a elaboração de um termo de compromisso para os pais do bebê que o exame resultar em duvidoso e se faça necessário retornar para aplicação completa do protocolo, com vistas à avaliação funcional, além de um discurso da equipe consistente quanto à importância da realização do reteste.

Outro ponto importante na realização do reteste é a quantidade de resultado normal, reforçando ainda mais a importância nos casos duvidosos, ou seja, entre 5 e 6 escores na triagem, de realizar todo protocolo no tempo determinado, única forma de prevenir indicação desnecessária do procedimento.

Constatamos também que nem em todos os casos de frênulo lingual alterado foram realizados o procedimento de frenotomia (404 total alterado/386 frenotomia). Algumas vezes, por opção da família ou a alta dada antes da realização. Sugerimos que esses casos também sejam documentados por meio de termo de compromisso. Também recomendamos a organização de um protocolo que contemple a aplicação da triagem após o procedimento, bem como o follow up dos bebês que fizeram o procedimento.

A implantação do Teste da Linguinha na Maternidade, enquanto promotora de saúde e de qualidade de vida de bebês, proporcionou a intervenção precoce junto às alterações do frênulo lingual, beneficiando o aleitamento materno, bem como desenvolvimento das funções de sucção e deglutição, permitindo cumprir com o compromisso social da instituição.

MÊS	TOTAL DE EXAMES	TOTAL ALTERADO	TOTAL DUVIDOSO	TOTAL DUVIDOSO S/ RETESTE	TOTAL DUVIDOSO C/RETESTE NORMAL	TOTAL DUVIDOSO RETESTE ALTERADO	TOTAL ALTERADO (ALTERADO+RETESTE ALTERADO)
ABRIL	362	39	10	6	2	2	38
MAIO	421	42	9	1	3	5	44
JUNHO	439	49	6	3	2	1	46
JULHO	380	42	3	x	1	2	43
AGOSTO	453	57	7	4	3	x	54
SETEMBRO	428	47	8	6	1	1	40
OUTUBRO	528	58	15	6	2	7	60
NOVEMBRO	414	25	21	5	10	6	31
DEZEMBRO	430	21	24	14	10	x	21
TOTAL	3855	380	103	46	34	24	404



## Dor Pélvica Crônica: um desafio diagnóstico e terapêutico

**Kathiane Lustosa Augusto**

Coordenadora do Setor de Endometriose e Laparoscopia da MEAC

**Manuela Cavalcante Portela Marinho**

Ginecologista do Ambulatório de Dor Pélvica Crônica da MEAC.

**Thais Fontes de Magalhães**

Bolsista do Programa de Iniciação Científica - PIBIC

**D**or pélvica crônica é definida como dor pélvica não menstrual ou não cíclica, com duração de pelo menos seis meses, intensa para interferir em atividades habituais e que necessita de tratamento clínico ou cirúrgico. A causa não está totalmente clara e, usualmente, resulta de uma complexa interação entre os sistemas gastrointestinal, urinário, ginecológico, músculo-esquelético, neurológico, psicológico e endócrino, influenciada ainda por fatores socioculturais.

A prevalência de dor pélvica crônica é em torno de 3,8% em mulheres de 15 a 73 anos (superior à enxaqueca, asma e dor nas costas), variando de 14 a 24% em mulheres na idade reprodutiva, com impacto direto na sua vida conjugal, social e profissional, transformando a dor pélvica crônica em um sério problema de saúde pública. Cerca de 60% das mulheres com a doença nunca receberam o diagnóstico específico e 20% nunca realizaram qualquer investigação para elucidar a causa da dor.

Em unidades de atenção primária nos EUA, 39% das mulheres queixam-se de dor pélvica. É responsável por 40 a 50% das laparoscopias ginecológicas, 10% das consultas ginecológicas e, aproximadamente, 12% das histerectomias. Adicionalmente, implica custo direto e indireto superior a dois bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos. Não sabemos sua real prevalência em

países em desenvolvimento, como o Brasil, mas estima-se que seja superior àquela encontrada em países desenvolvidos.

Alguns estudos têm tentado identificar fatores de risco para a doença, mas os resultados são conflitantes, o que é, em parte, explicado pela particularidade dos dados de cada localidade e pela falta de qualidade no acesso às informações dos estudos. Recentemente, um estudo concluiu que abuso de drogas ou álcool, abortos, fluxo menstrual aumentado, doença inflamatória pélvica, patologia pélvica, cesárias e alterações psicológicas estão associados à doença. Os dados disponíveis até o momento são, de certa forma, limitados, especialmente no Brasil.

Deve-se, portanto, questionar características da dor, localização, fatores de melhora e piora, duração e sua relação com o ciclo menstrual. História obstétrica, número e tipo de partos (partos traumáticos podem levar a dor pélvica crônica de origem músculo-esquelética, principalmente em músculos do assoalho pélvico), cirurgias pélvicas anteriores, história de doença inflamatória pélvica, tratamentos clínicos e cirúrgicos já realizados devem ser investigados. Informações sobre o aparelho gastrointestinal e urinário devem ser pesquisadas, assim como o padrão menstrual e a dor na relação sexual. Isto permite direcionar esforços para o diag-

nóstico da causa mais provável da dor pélvica crônica.

Assim, deve-se ter em mente que:

**a)** Cólica menstrual severa pode estar associada à endometriose; Dor na relação sexual, além da endometriose, pode estar relacionada com disfunções da musculatura da pelve, doenças da bexiga ou síndrome do intestino irritável;

**b)** Dor ao urinar e levantar de madrugada para urinar, assim como o aumento da frequência urinária e história de infecções urinárias de repetição com exames de urina normais podem ser indícios de cistite intersticial;

**c)** Distensão abdominal dolorosa e melhora do quadro com a movimentação intestinal, alternância de constipação e diarreia, início da dor coincidente com modificações nas características das fezes, eliminação de muco pelo reto e sensação de evacuação incompleta após defecação são sintomas sugestivos de síndrome do intestino irritável. O ginecologista deve ter em mente que todos esses sintomas podem piorar no período menstrual;

**d)** Dor pélvica crônica diretamente relacionada a procedimento cirúrgico de abdome e pelve pode sugerir síndrome miofascial, endometriose em cicatriz cirúrgica e, com menor frequência, aderências;

e) história psicossocial de traumas, incluindo violência doméstica e/ou sexual atual ou passada, faz parte do interrogatório. Vítimas de violência sexual têm alta incidência de condições médicas crônicas: dor pélvica crônica, ansiedade e depressão.

Dor pélvica crônica é uma doença com alta prevalência, entretanto, muitas pacientes ficam sem o diagnóstico específico e, conseqüentemente, sem um tratamento apropriado. O papel do clínico é essencial: fazer um diagnóstico preciso e precoce; evitar procedimentos cirúrgicos desnecessários, particularmente laparoscopia, ao menos antes de descartar síndrome do

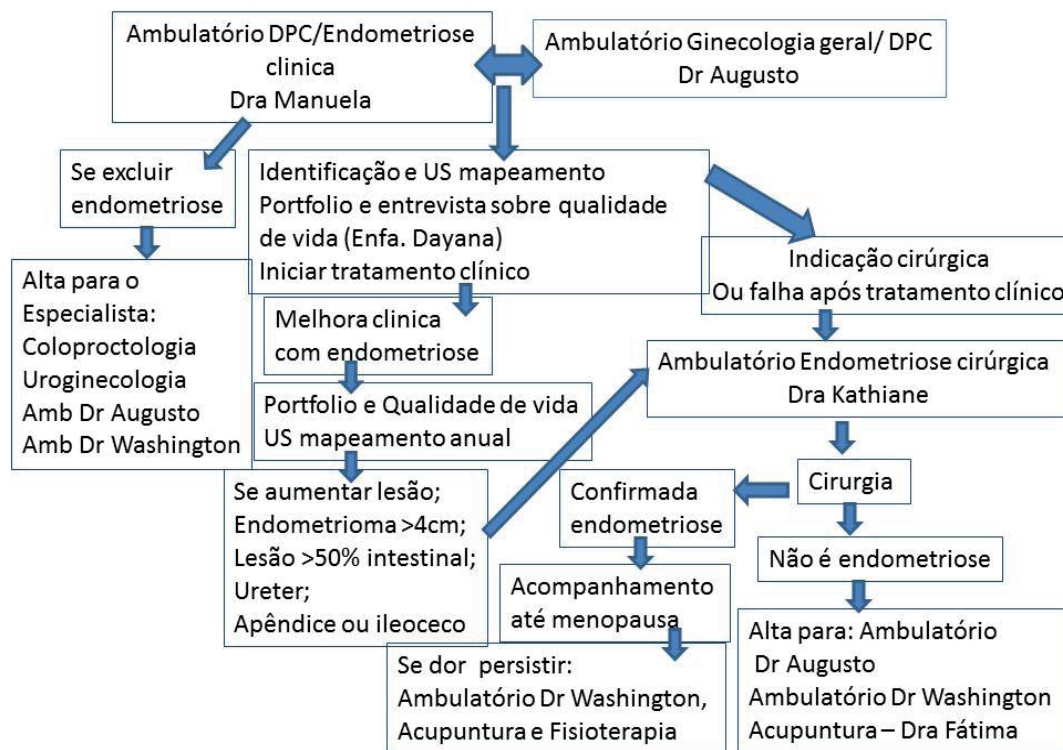
intestino irritável e síndrome miofascial; instituir tratamento adequado: quando não para a patologia primária, usar medidas para o controle da dor.

Por outro lado, o papel do pesquisador também é fundamental: identificar fatores de risco para o desenvolvimento da doença; auxiliar na elaboração de metas para sua prevenção; desvendar os mecanismos fisiopatológicos com o intuito de permitir tratamentos mais eficazes, especialmente no combate à dor; e, essencialmente, divulgar esses conhecimentos para aplicação clínica tão logo seja possível.

Na MEAC estruturamos um serviço integrado de Dor Pélvica Crô-

nica e Endometriose com abordagem multidisciplinar, envolvendo médicos ginecologistas, anesthesiologistas, coloproctologista e acupunturista, além da enfermagem e da fisioterapia, tendo assim uma abordagem holística dessa doença. Esse serviço é pioneiro no Norte e Nordeste com padrão multidisciplinar, priorizando a qualidade do atendimento e a melhora da qualidade de vida da paciente, com média de atendimento mensal de 200 mulheres, inclusive recebendo atendimento referenciado da atenção primária. Segue o fluxograma montado para encaminhamentos e setores envolvidos, além do método de acompanhamento dessas pacientes.

## Fluxograma Serviço DPC/Endometriose



Colaboradores do Setor de Dor Pélvica Crônica e Endometriose:

**Dra. Kathiane Lustosa Augusto** - Coordenadora do Setor de endometriose e Laparoscopia, responsável pelo ambulatório de Endometriose cirúrgica e pelas cirurgias.

**Dra. Manuela Cavalcante Portela Marinho** - Ginecologista responsável pelo Ambulatório de Dor pélvica crônica (entrada) e Endometriose clínica.

**Dr. Francisco Augusto Neto** - Ginecologista responsável pelo Ambulatório de Dor pélvica crônica (saída)

**Dra. Fátima Maria Soares Uchoa** - Acupunturista

**Dr. Washington Aspilicueta Pinto Filho** - Ambulatório de Dor (anesthesiologista) - HUWC

Médicos colaboradores:

**Dra. Sthela Regadas e Dr. Lusmar Veras** (coloproctologistas do HUWC e responsáveis pela cirurgia de endometriose intestinal)

**Enfa. Dayana Maia Saboia** - Coordenadora dos Ambulatórios A+B e responsável pela avaliação da qualidade de vida das pacientes

**Dra. Simony Lira do Nascimento** - Fisioterapeuta responsável pelo tratamento adjuvante de Dor pélvica crônica.

**Dr. Leonardo R.P.S. Bezerra** - Prof. Adjunto de Ginecologia e Obstetrícia da UFC

**Thais Fontes de Magalhães** - Bolsista do Programa de Iniciação Científica - PIBIC



## Neovaginoplastia: uma cirurgia necessária para permitir atividade sexual para algumas mulheres

**Zenilda Vieira Bruno.** Dra. em Ginecologia, Professora Titular do Dep. de Saúde Materno-Infantil da UFC, Chefe da Divisão Médica da MEAC.

**Milena Sayuri Saraiva Ikeda** - Estudante de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

A cirurgia de neovagina, ou seja, a construção ou reconstrução de uma vagina em pacientes do sexo feminino, pode ser indicada em casos onde há ausência absoluta ou parcial da vagina, desde o nascimento ou provocada por trauma ou infecção. Essa cirurgia é indicada para pacientes com características femininas e que pretendam iniciar ou manter vida sexual, uma vez que a finalidade do procedimento é possibilitar o coito.

A causa mais comum de agenesia (ausência) vaginal é uma malformação na vida intrauterina (quando o feto está em formação), chamada de Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (SMRKH), ou outra menos comum, a insensibilidade androgênica completa (Síndrome de Morris-SM).

Na primeira, a ausência do útero e da vagina ocorre em consequência do defeito da junção dos ductos de Müller que são responsáveis pela formação destes órgãos. A incidência é de 1 em 5000 mulheres e sua causa ainda é incerta. Os ovários, responsáveis pela formação dos hormônios, são normais, por este motivo a paciente tem mamas e desenvolvimento estatural normal. Essas pacientes procuram assistência médica com queixa de amenorreia (ausência de menstruação). Ao exame físico, a genitália externa é normal, mas há ausência de vagina. O ultrassom confirma a presença de ovários e ausência ou deformidade uterina. O diagnóstico deve ser diferenciado da insensibilidade androgênica, septo vaginal transver-

so e hímen imperfurado.

Na segunda causa, a insensibilidade androgênica completa, existe presença de testículos e não de ovários, como seria esperado. Porém, existe uma resistência ao hormônio masculino produzido, desde a vida intrauterina, e os genitais externos são femininos sem a formação da vagina e útero. O diagnóstico também é dado devido à ausência de menstruação, com desenvolvimento puberal feminino.

Até o momento não há consenso sobre o método ideal para a criação de uma vagina funcional. O tratamento envolve uma abordagem multidisciplinar com apoio psicossocial e correção da anormalidade anatômica. Os aspectos psicológicos de um diagnóstico de agenesia vaginal, de impossibilidade de gestação, podem ser decepcionantes para qualquer mulher, especialmente na adolescência. Por isso, o tratamento cirúrgico deve ser individualizado para cada paciente. Vários procedimentos têm sido aplicados, sendo que o tratamento ideal deve resultar em uma vagina que permita a relação sexual, com a menor cicatriz possível.

O primeiro ensaio para a realização da neovagina com enxerto fino de pele foi realizado por Abbé, em 1898, e popularizado por McIndoe, atualmente a mais realizada pelos ginecologistas. Esta técnica envolve a criação cirúrgica de um espaço entre o reto e a bexiga, e a colocação de um molde coberto por um enxerto de pele, retirado da coxa ou nádega por dermatomo, deixando uma cicatriz no local de onde foi retirado o enxerto. Com esta técnica, a dilatação

pós-operatória é essencial, até que a mulher tenha relações sexuais regulares evitando que a vagina feche novamente.

A técnica modificada de McIndoe-Bannister foi utilizada, na MEAC, pela Dra. Zenilda Vieira Bruno, após ter percebido que muitas mulheres sentiam-se desconfortáveis com as cicatrizes deixadas pela cirurgia acima proposta. A técnica modificada mantém os mesmos princípios da técnica de McIndoe-Bannister, porém, retira-se o enxerto da região inguinal, para evitar cicatrizes expostas.

Na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), de 2005 a 2015, foram operadas 23 pacientes com esta técnica, 60% com 17 a 19 anos de idade, todas com ausência de vagina (80% com SMRKH e 20% com SM). O resultado foi muito bom. Apenas três não retornaram para revisão e controle ambulatorial. Das pacientes que retornaram à MEAC, 85% atingiram o resultado esperado, tinham relações sexuais satisfatórias com vaginas com boa profundidade e largura. Estas pacientes dispõem de um serviço multiprofissional e são acompanhadas pela Psicologia sempre que é identificada qualquer dificuldade na aceitação do diagnóstico ou receio na atividade sexual.

A técnica traz bons resultados, baixo custo, baixo índice de complicações, além de apresentar uma cicatriz que permite à adolescente ou adulta jovem usar roupas íntimas ou de banho sem expor a cicatriz cirúrgica existente na região inguinal.



## TOTAL CARE



Manutenção Corretiva, Preventiva e Calibração

Cobertura de peças e acessórios originais

Atualizações de software e equipamentos de backup

vários problemas, uma única solução **completa**.  
**cuidado integral** aos produtos Philips/Dixtal.

contato@proelhospitalar.com.br  
(85) 3265-2231



FS 602594

0800 275 1919  
www.unimedfortaleza.com.br

ding carzian

Cuidar de  
você e de quem  
você ama.  
**#esseéoplano**



A VIDA É MELHOR  
QUANDO VOCÊ ESTÁ  
BEM ACOMPANHADO.  
E ISSO INSPIRA  
A UNIMED A ESTAR  
SEMPRE AO SEU LADO.

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

**Unimed**   
Fortaleza