

ANO 3 | Nº 5 | SETEMBRO 2016



MEAC

MATERNIDADE - ESCOLA

ASSIS CHATEAUBRIAND

52 anos de crescimento



Hospitais
Universitários
Universidade Federal do Ceará

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



**Maternidade Escola:
referência no
Método Canguru**

**Controle de qualidade
no Laboratório de
Citologia da MEAC**

**Minha experiência
como filha e como
mãe na MEAC**

(Maraelyse Araripe, mãe da Maria Alice, nascida na MEAC em novembro de 2015)

Chegaram as TORRADAS FORTALEZA



LEVINHA E CROCANTE.

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.



14 Dias Branco



MEAC: Um mundo de experiências!

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC lhes oferece o quinto número de sua revista. Dentre tantos artigos, chamou-me a atenção o relato da experiência vivida na instituição pela Sra. Maraelyse Araripe, quando do nascimento de sua filha Maria Alice. Para um gestor seu relato é um alento, especialmente quando vivenciamos tempos tão difíceis.

Nossa instituição, com mais de cinquenta anos, tem inúmeros problemas de infraestrutura, com um prédio desgastado pelo tempo, e falta de insumos, mas uma coisa que realmente sobra na maternidade é o carinho e a atenção que têm nossos colaboradores para aqueles que nos buscam. Como diz a Rute, uma de nossas enfermeiras obstétricas, a MEAC está cheia de “nadas”! E ao questioná-la sobre o que significava, ela prontamente me respondeu: são todas as coisas que aqui fazemos que não nos custam nada, mas que fazem toda a diferença para quem os recebe. Um sorriso, um toque, uma palavra de conforto, de incentivo, uma maquiagem no rosto após um parto exaustivo para uma foto com seu filho recém-nascido, tudo isso custa muito pouco ou “nada”, mas para quem recebe é de um significado muito especial.

Encanta-me trabalhar na MEAC e perceber que essa humanização faz parte do DNA dela. Não sei se tem a ver com suas origens, com os preceitos ditados pelo nosso primeiro Diretor, Prof. Galba de Araújo. Não sei se é decorrente do fato de lidarmos com vida, muito mais do que com doença ou, principalmente, morte, afinal ao fazermos um parto “sorrisimos ao ver, a cada nascer, um novo ser chorar”. Sei, no entanto, que o relato é verdadeiro e reflete fielmente o que aqui ocorre.

Poderiam dizer que me baseio em um único relato. Não é verdade. Baseio-me em dezenas, centenas de manifestações de elogio que são feitas em nossa ouvidoria. Baseio-me nas pesquisas de satisfação realizadas na instituição que nos mostram que quase 100% de nossas pacientes voltariam para nossa MEAC ou a indicariam a um familiar. Baseio-me, ainda, naquilo que vejo ocorrer no nosso hospital, em que funcionários antigos, já impregnados do que é ser MEAC, “transmitem” aos que chegam os sentimentos e a cultura que aqui existem.

Lógico que tudo isso só é possível com o compromisso de todos, com o envolvimento de todos, com a participação de todos. Ao decidir que iríamos publicar o relato da Sra. Maraelyse, com sua autorização, o fizemos para agradecer a TODOS que compõe a MEAC pelo carinho e amor que têm pela instituição e, especialmente, ao próximo.

EXPEDIENTE

**Revista da MEAC****Editores:**

Danielle Campos A. Rogés (MTB 1420)

Luciano de Paiva (MTB 073)

Coordenação e Supervisão:

Vinícius Roberto Benevides

Diretor Comercial:

Marcelo Paiva

Fones (85) 9 8847.6151 / 9 9625.0809

Publicidade:

revistadameac@gmail.com

Projeto Gráfico:

Neuma Designer: (85) 9 8749.1371

Fotografias:

Sarah Serafim e Marina Caminha

Google

Capa:

Maraelyse Ribeiro, fotografada por

Kelven Duarte

Tiragem:

5000 exemplares

Superintendente dos Hospitais Universitários da UFC

José Luciano Bezerra Moreira

Gerente de Atenção à Saúde

Carlos Augusto Alencar Júnior

Gerente Administrativo

Pedro Theophilo Ramos Neto

Gerente de Ensino e Pesquisa

Renan Magalhães Montenegro Júnior

Divisão de Gestão do Cuidado

Francisco Edson de Lucena Feitosa

Divisão Médica

Zenilda Vieira Bruno

Divisão de Enfermagem

Simone Maria Pinheiro Meireles

Setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Maria Liduina Freitas Pinto

Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

Eugenie Desireé Rabelo Neri Viana

Setor de Regulação e Avaliação em Saúde

Maria do Socorro Veras Vilanova

Setor de Urgência e Emergência

Clarisse Uchoa de Albuquerque

Unidade de Pronto Socorro/Pronto Atendimento

Oswaldo José Queiroz Dias

Unidade de Farmácia Hospitalar

Tatiana Amancio Campos

Unidade de Atenção à Saúde da Mulher

Muse Santiago de Oliveira

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

Sílvia Bomfim Hyppólito

Setor de Gestão de Ensino

Francisco Herlânio Costa Carvalho

Unidade de Comunicação Social

Danielle Campos A. Rogés

A Revista de 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 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.

06 A Engenharia Clínica
e sua importância
no ambiente hospitalar

08 A experiência do banho
do recém-nascido

12 Implantação do Núcleo
Interno de Regulação nos
Indicadores Hospitalares

16 Controle de qualidade
no Laboratório de Citologia

18 Maternidade Escola
referência no Método Canguru

21 Ouvidoria
Porque garantir direitos?

22 Minha experiência
como filha e como mãe

26 Relato de Experiência:
O Apoio Institucional

30 Pré-Eclampsia
Novo fluxograma orienta
gestantes

32 Genética Médica
O Papel do Médico Geneticista

34 Sexologia
Atenção multidisciplinar e
estudos

37 Incontinência Urinária
Afeta a qualidade de vida

38 Microcefalia
Gestantes e Puérperas

41 Protocolo
Para Testemunhas de Jeová

42 Mastologia
Estratégia Tecnológica

46 Teste do Pezinho
Complementa ações

48 Comunicação em Saúde
Sua contribuição na assistência



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



A Engenharia Clínica e sua importância no ambiente hospitalar



Eduardo Frota Oliveira

Chefe da Unidade de Engenharia Clínica da MEAC.

A Engenharia Clínica é a área da engenharia direcionada à gestão de equipamentos médicos em um estabelecimento assistencial de saúde. Os profissionais dessa área atuam em hospitais, clínicas, empresas que comercializam equipamentos, empresas prestadoras de serviços de assistência técnica, fabricantes de produtos para a saúde e em órgãos e agências do Governo (Ministério da Saúde, Anvisa, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde...).

No ambiente hospitalar, a atuação do serviço de Engenharia Clínica na gestão de equipamentos inicia pelo processo de planejamento para aquisição, elaboração da especificação técnica, processo de compra e instalação do produto, onde se inclui a realização de estudos técnicos visando à eficiência na utilização dos recursos e à identi-

ficação de tecnologias adequadas ao uso pretendido pela área assistencial.

Além disso, a Engenharia Clínica é responsável por gerenciar as manutenções corretivas, preventivas e calibrações, com o objetivo de otimizar a disponibilização dos equipamentos às áreas assistenciais e garantir que esses estejam aptos para o uso. Outra responsabilidade desse serviço é a avaliação quanto à obsolescência do equipamento, quando este não apresenta mais condições de uso.

Em hospitais, geralmente o serviço está estruturado com uma equipe formada por Engenheiros Clínicos e profissionais da área técnica com experiência em manutenção de equipamentos médicos. Essa estrutura, quando dimensionada adequadamente, possibilita a realização de manutenções de baixa e

média complexidade pela equipe local e o gerenciamento das manutenções de alta complexidade realizada por terceiros. Além disso, o serviço deve contar com uma área física para a realização de intervenções técnicas e para desenvolver as atividades gerenciais relacionadas ao parque de equipamentos.

Dentre outras atividades que fazem parte do escopo da Engenharia Clínica, estão a gestão de custos com manutenção, a gestão de contratos de serviços, ações relacionadas à tecnovigilância envolvendo equipamentos médicos e o planejamento de treinamentos operacionais, com o objetivo de capacitar a equipe assistencial quanto ao uso adequado das tecnologias disponíveis.

Portanto, considera-se que esse serviço tem como objetivo



principal a disponibilização de equipamentos médicos em boas condições de uso às áreas assistenciais para garantir a segurança dos profissionais de saúde e dos pacientes.

Vale ressaltar que, apesar de ser uma área técnica, o serviço de Engenharia Clínica necessita estar bastante alinhado com a equipe de enfermagem, a equipe médica e a gerência de riscos da instituição para que as ações desempenhadas estejam de acordo com as necessidades das áreas assistenciais.

O serviço de Engenharia Clínica tem como sua atribuição de maior visibilidade no hospital a gestão da manutenção corretiva, preventiva e calibração dos equipamentos médicos, pois essas atividades têm impacto direto na disponibilidade do equipamento para uso. Para que se possa desempenhar as atividades de gestão da manutenção com qualidade, o serviço realiza o controle de inventário do parque de equipamentos, elabora procedimentos técnicos, define criticidade dos equipamentos para priorização dos atendimentos e elabora procedimentos operacionais e fluxos de serviço, além de cronogramas de manutenções preventivas, calibrações e testes de qualidade.

Ainda quanto à gestão da manutenção, é necessário que o

serviço de Engenharia Clínica controle as solicitações de serviço e monitore sua execução, pois é importante que as áreas assistências tenham ciência sobre o andamento das suas demandas. Para isso a Engenharia Clínica geralmente utiliza software de gestão que possibilita aos usuários o acompanhamento das solicitações de serviços. Sua utilização também permite gerenciar custos e acompanhar o desempenho dos serviços prestados por meio de indicadores e metas.

Além disso, a Engenharia Clínica atua para que a instituição atenda à legislação vigente aplicada à área. Como exemplo, temos a RDC nº 02/2010 da Anvisa, que “dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde”.

Ela apresenta-se como uma área estratégica para suprir a Administração do hospital de informações técnicas para o planejamento da aquisição de equipamentos, incorporação de novas tecnologias e necessidade de renovação do parque tecnológico.

Portanto, a Engenharia Clínica tem um papel fundamental para garantir a gestão adequada do parque de equipamentos médicos do hospital, atender à legislação

vigente, prover informações para subsidiar decisões estratégicas e prestar o suporte às áreas assistenciais quanto à capacitação e na execução de serviços técnicos nos equipamentos.

A Engenharia Clínica na MEAC

Na MEAC, o serviço de Engenharia Clínica iniciou sua implantação em junho de 2016, a partir da contratação de uma empresa com terceirização de mão de obra técnica. Espera-se que após a conclusão da fase de implantação dos serviços da contratada (planejada para 3 meses) a Maternidade conte com um serviço estruturado e adequado às suas necessidades, sendo possível verificar na prática os benefícios que as boas práticas de gestão de equipamentos médicos possibilitam à instituição.

Além disso, espera-se que o trabalho do Setor/Unidade de Engenharia Clínica, em conjunto com a Gerência Administrativa e Gerência de Atenção à Saúde, possibilite a execução de ações estratégicas quanto à utilização de equipamentos direcionadas à segurança dos pacientes atendidos na MEAC.

CUIDADO COM O RN

A experiência do banho do recém-nascido nos Alojamentos Conjuntos da MEAC: Favorecendo a autonomia dos pais



O Alojamento Conjunto (AC) é definido, segundo o Ministério da Saúde, como um sistema hospitalar em que o bebê sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia no mesmo ambiente, até a alta hospitalar de ambos, permitindo aos pais receberem orientações que os tornem aptos a prestar cuidados ao filho.

Desde a década de 1970, tem sido incentivado e valorizado, tendo em vista os benefícios que proporciona para os recém-nascidos, puérperas, famílias e para a própria instituição de saúde. Dentre as vantagens, destaca-se o maior envolvimento dos pais e/ou de outras pessoas no cuidado com a criança!

Durante a estadia do recém-nascido (RN) no AC, a educação

para a saúde tem que ser um dos focos de ação da equipe, para obtenção de conhecimentos e habilidades na realização do cuidado com o bebê, diminuindo a ansiedade no desempenho do papel de mãe, uma vez que a mulher, na fase de puerpério-maternidade, sente necessidade de ser apoiada em seus medos e inseguranças.

No âmbito dos cuidados ao



RN, o banho é uma atividade que visa à limpeza e à proteção do revestimento externo do corpo, estimulando a circulação geral da pele, proporcionando sensação de conforto e bem-estar(2). Além da higiene corporal, o banho também configura-se em um momento que favorece a observação geral das condições físicas e motoras da criança e sua socialização com os pais e familiares. Porém, essa atividade é uma das maiores dificuldades que mães e pais enfrentam nos primeiros dias de vida do recém-nascido.

Nesse sentido, foi percebida uma lacuna no processo educativo durante o banho do RN que era desenvolvido no AC da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC); uma vez que esse procedimento era realizado em um ambiente desfavorável, no interior da sala de procedimentos do AC, de forma muito mecânica e sempre conduzido pelos profissionais. Viu-se que a puérpera apresentava dificuldades

e sentimentos de medo relacionados ao primeiro banho dado por ela em seu filho. Ademais, os pais não participavam ativamente desse momento.

Considerando que o banho do RN constitui-se em um momento que oportuniza o elo entre a equipe de enfermagem e os pais, e de modo a atender à Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, do Ministério da Saúde, em que a humanização do atendimento ao binômio mãe-bebê é preconizada como marco primordial para uma melhor qualidade na assistência; tornou-se necessário propor a implementação de um banho humanizado, com participação efetiva da mãe, pai e família, como protagonistas nessa prática; empoderando-os e propiciando, dessa maneira, maior segurança relacionada aos cuidados com o neonato.

A MEAC, então, de modo pioneiro no âmbito das maternidades públicas do Ceará, implementou a rotina da realização do banho dos

bebês do AC dentro das enfermarias, sendo esta prática operacionalizada nos próprios berços dos recém-nascidos, dando a oportunidade para as mães, em especial as primigestas, aprenderem noções básicas dos cuidados com seus bebês.

O banho humanizado é hoje realizado em todas as enfermarias. Vale mencionar que, normalmente, pelo menos 50 neonatos são beneficiados com o banho, um grande desafio nesse projeto, requerendo uma adequada logística na sua execução.

Como material necessário, foram providenciados e adequados três carrinhos que transportam o material necessário (garrafas térmicas com água quente, sabonete neutro, cotonetes, álcool a 70%, pomada preventiva de assaduras, toalhas, dentre outros). Está em processo uma adequação estrutural nas enfermarias para a provisão e dispensação de água para o banho, o que constitui uma etapa

importante nessa melhoria da logística. A equipe de enfermagem diariamente percorre pela manhã as enfermarias com esses carrinhos para realização dos banhos.

Outro ponto de extrema importância foi a sensibilização, treinamento e preparo dos profissionais para proporcionar a mãe/pai/família, nesse momento, uma experiência prazerosa e sem pressões, diminuindo o sentimento de medo vivenciado, dada a fragilidade do bebê.

No processo de sensibilização da equipe que lida com a clientela do AC, foi enfatizada a importância e o significado do toque, o qual é um processo crescente de interação mãe-filho e deve ser proporcionado de maneira delicada e segura. Além de também ter sido abordado que os trabalhadores da enfermagem devem contribuir de maneira positiva com esse momento; favorecendo um ambiente seguro e sem conflitos, para que puérpera e filho consigam estabelecer uma interação de maneira efetiva.

No momento do banho do RN na MEAC, outros pontos importantes relacionados a essa prática são abordados, como a organização dos itens necessários antes do banho; prevenção do risco de quedas e acidentes; sequência correta da limpeza da genitália feminina; temperatura ideal da água, trabalhando o risco de queimaduras em domicílio; importância do controle

ambiental, para a prevenção de hipotermia neonatal; além da técnica correta do banho, como des-

crita a seguir, guiando-se pelas seguintes etapas (Quadro I):

Quadro I. Etapas do banho do recém-nascido nos alojamentos conjuntos.

1	Verifique a temperatura do recém-nascido. Situações de hipotermia são contraindicações para o banho.
2	Mantenha o ambiente com temperatura constante, sem correntes de ar.
3	Lave bem as mãos antes de banhar o bebê.
4	Organize e tenha à mão todo o material que vai precisar: Sabonete neutro, cotonete, pomada para prevenção de assaduras, algodão, luvas de procedimento, álcool a 70%, entre outros.
5	Coloque água com temperatura em torno de 37°C.
6	Envolva o recém-nascido em uma toalha de modo que apenas a cabeça fique exposta. Em seguida, proteja os ouvidos dele com seus dedos polegar e anelar, para fazer a higiene da região externa dos olhos, do rosto e do couro cabeludo. Em seguida, seque essas partes e limpe as orelhas e narinas com uma toalha fina e macia.
7	Agora, com o bebê totalmente nu, imerso na água morna, siga com a limpeza das outras partes do corpo, nesta ordem: pescoço, tórax, braços, barriga, coto umbilical, genitália, pernas, costas e nádegas.
8	Seque o recém-nascido coloque-o sobre uma superfície seca, envolvido com toalhas secas.
9	Limpe o umbiguinho com álcool a 70%.
10	Por último, aplique a pomada de prevenção de assaduras, coloque a fralda e envolva o bebê num pano seco.

Além do envolvimento familiar e do aprendizado materno, pode-se citar outras vantagens da implementação dessa prática no AC: garantia da lavagem diária dos berços; uso individual do berço para o banho; prevenção do risco de infecção hospitalar cruzada; similaridade do berço a uma banheira habitual; a não separação da mãe do seu bebê nesse momento, promovendo segurança para a criança; e fortalecimento do vínculo através do

toque materno, paterno e familiar.

Importante ressaltar que as equipes de enfermagem dos alojamentos conjuntos da MEAC continuam na busca incessante de um cuidado mais humanizado, menos mecanizado, com envolvimento da família e apoio na competência da mulher mãe, exercendo o cuidar em sentido amplo, tornando-se parceiras na prestação de um cuidado integral ao recém-nascido.



Elisângela Guerra de Souza

Enfermeira. Chefe do Alojamento Conjunto do 1º Andar

Gracyelle Alves Remigio Moreira

Enfermeira do Alojamento Conjunto do 1º Andar



Inteligência financeira é ter uma Conta Corrente com uma das menores tarifas do mercado e ainda ganhar com isso!

A Unicred oferece IOF reduzido nas operações de crédito, taxas competitivas que atendem perfeitamente o seu planejamento financeiro, e você ainda participa dos resultados da Cooperativa.

Coopere-se, abra sua Conta Corrente na Unicred Ceará.

E você pode contar também com:

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

ano
23

Unicred Ceará Centro Norte, há 23 anos, transformando sonhos em resultados.

Cooperado Unicred conta com toda Rede do Banco 24h sem pagar nada por isso.

Fale com seu Gerente de Relacionamento e confira seu Pacote de Serviços

Banco24Horas

UNICRED 
soluções inteligentes

Impacto da Implantação do Núcleo Interno de Regulação nos Indicadores Hospitalares da MEAC.



Andreia Paula de Oliveira Aguiar

Enfermeira do Núcleo Interno de Regulação

Mestranda do Curso de Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Em agosto de 2008, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 1.559, que discorre sobre a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, visando ao aprimoramento e à integração dos processos de trabalho.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS, o gerenciamento dos leitos deve observar a integração da prática clínica no processo de internação e de alta, por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR), com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

Regulação no setor saúde é uma ação complexa, compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias que envolve diversos atores e práticas com o objetivo final de viabilizar condições para uma assistência equânime e integral dos usuários. As diversas dificuldades do setor saúde, na tentativa de alinhar os incentivos econômicos aos sanitários, exigem cada vez mais, que os gestores assumam o compromisso de uma articulação mais integrada e solidária com a rede assistencial, facilitando o acesso do cidadão

aos serviços públicos.

A rede de atenção à saúde da mulher ainda apresenta-se desarticulada e com baixa resolubilidade em todos os níveis de atenção, pelas lacunas assistenciais e restrições observadas pelas demandas geradas pelo sistema de saúde.

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) foi, então, idealizado na perspectiva de constituir a interface com as Centrais de Regulação do Município de Fortaleza e do Estado do Ceará. O objetivo era delinear o perfil de complexidade da assistência que essa instituição representa no âmbito do Sistema Único de Saúde e disponibilizar leitos de internação inter e intra hospitalar, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento

Implantado em janeiro de 2015, o Núcleo Interno de Regulação propôs o fortalecimento de parcerias entre a assistência e a gestão, no que se refere ao gerenciamento de leitos hospitalares e na articulação intersetorial entre as unidades assistenciais da maternidade com foco na interalidade da saúde da mulher, despontando como produto final a organização da rede de referência e a construção de pactos solidários entre as unidades. O intuito era coordenar os fluxos assistenciais para garantir o acesso integral, humanizado e



articulado na melhoria dos indicadores quantitativos e qualitativos da assistência prestada ao binômio mãe e filho.

O processo de implantação do serviço obedeceu cinco etapas, objetivando organizar o processo de planejamento de trabalho seguindo a ordem: I. Diagnóstico situacional; II. Redimensionamento e treinamento dos recursos humanos do NIR; III. Planejamento do processo de trabalho, com ênfase no diagnóstico previamente identificado; IV. Sensibilização de gestores, gerentes e profissionais de saúde sobre a proposta de trabalho da equipe; V. Intervenção do NIR em ações específicas diagnosticadas e definidas como prioritárias, relacionadas à reorganização do fluxo de acesso de pacientes.

Dentre as principais funções desempenhadas pelo NIR, pode-se citar: Apoiar e acompanhar o fluxo do paciente nas unidades de internação, realizar a regulação interna dos leitos das unidades assistenciais, gerenciar a superlotação hospitalar dos serviços de emergência e neonatologia, monitorar o tempo médio de permanência (TMP) e gerenciar a agenda cirúrgica.

A primeira etapa da implantação do NIR deu-se através de um diagnóstico situacional e elaboração de um plano de trabalho. Estas ações permitiram identificar as principais dificuldades e potencialidades relacionadas à regulação do acesso de pacientes, subsidiando o planejamento do NIR, consolidando um elo de articulação e comunicação entre a assistência e a gestão.

A partir dos resultados obtidos, traçou-se o

planejamento dos processos de trabalho do NIR, centrado na otimização do fluxo de acesso de pacientes, atuação diante das causas de superlotação da maternidade e gerenciamento da oferta de leitos e agenda cirúrgica.

A segunda etapa de estruturação do NIR constituiu-se no redimensionamento da equipe de trabalho, inicialmente composta por uma enfermeira e nove assistentes administrativos, para duas enfermeiras e treze assistentes administrativos no decorrer do ano de 2015, com uma cobertura de 24 horas diárias do setor de regulação.

Posteriormente, foi realizada a construção coletiva do planejamento de trabalho do NIR, objetivando a aproximação da equipe por meio da identificação de afinidades e potencialidades profissionais relacionadas às ações de trabalho. A seguir, a equipe foi treinada nos sistemas de informação necessários.

Essa etapa foi primordial, pois foi observado o envolvimento da equipe no processo, o clima organizacional estava coerente e ativo. É possível atribuir a melhoria dos processos de trabalho e dos indicadores hospitalares referentes a regulação assistencial ao empenho, dedicação, motivação e pró-atividade da equipe.

Na quarta etapa, ocorreu a definição do plano de trabalho constituído a partir dos anseios e perspectivas dos enfermeiros do NIR, que priorizaram ações intervencionistas, dentre elas:

1) No Gerenciamento da agenda cirúrgica: Padronização do fluxo ambulatorial de cadastramento de

pacientes cirúrgicos; criação de banco de pacientes cirúrgicos por tipo de cirurgia, tempo de espera e caráter de urgência; redução do tempo de espera entre a indicação de terapia cirúrgica; organização e atualização de informações de pacientes cirúrgicos e agilidade no tempo de espera por cirurgia dos pacientes com caráter de urgência e fortalecimento da parceria NIR/Residência Médica;

2) No Gerenciamento de Leitos: Projeto piloto de gerenciamento de leitos por meio do modelo Kanban, na perspectiva de reduzir tempo de permanência; organização do fluxo interno de pacientes através do gerenciamento, controle e distribuição de leitos hospitalares utilizando o Mapa Diário de leitos; articulação com as unidades assistenciais no gerenciamento interno de leitos.

3) No Gerenciamento da Superlotação da Maternidade:

- Articulação com o complexo regulador do estado e município.
- Identificação do perfil de usuários, das principais demandas de serviços e os vazios assistenciais da unidade hospitalar.
- Identificação dos pontos de estrangulamento da assistência à saúde para orientar o planejamento dos processos regulatórios.
- Identificação das áreas de desproporção entre a oferta e demanda geradas na maternidade.
- Definição do fluxo de informações entre as unidades solicitantes e unidades executantes.
- Incorporação de protocolos de acesso e fluxos de referência e contra-referência para a tomada de decisão.
- Definição da alocação de vaga e dos recursos necessários para o atendimento da demanda.
- Fortalecimento de parcerias entre as unidades hospitalares do município que executam os mesmos serviços.
- Realização de visitas técnicas aos serviços de

regulação das Secretarias de Saúde do Estado e do Município e sua rede hospitalar para a construção de um serviço excelência.

- Planejamento de ações diárias orientadas pelo mapa de leitos das unidades.

Implantação e treinamento dos profissionais de saúde nos sistemas de informação específicos dos hospitais universitários.

A etapa seguinte ao planejamento a intervenção do NIR deu-se mais efetivamente a partir de ações específicas, previamente diagnosticadas e definidas como prioritárias, relacionadas à reorganização do fluxo de acesso de pacientes na maternidade.

De acordo com a análise dos relatórios gerenciais apresentados pelo setor de regulação e avaliação em saúde da MEAC e sistemas de informações, no período de um ano, observaram-se significativas mudanças nos indicadores hospitalares relacionados à regulação do acesso, admissão, altas e transferências de pacientes.

Em 2015, foram solicitadas 168 vagas para transferências interhospitalares de RNs e todas foram atendidas pelo NIR. Por motivos relevantes e inerentes ao processo de regulação, 31,54% dos neonatos tiveram seus pedidos de transferências cancelados pelo serviço de Neonatologia e suas vagas devolvidas para central de regulação do município.

As principais justificativas para as desistências de oferta de vagas foram: O não atendimento do perfil clínico do neonato para os hospitais destinos com vagas ofertadas, a não aceitação dos pais no processo de transferência por sentirem-se seguros com a assistência prestada pela MEAC e a mudança da gravidade do quadro do RN, impossibilitando-o à transferência. Desta forma, 62,26% destas foram vagas de médio risco e 37,74% de UTI neonatal, evidenciando que a MEAC transfere mais RNs para UTI neonatal, posta a necessidade da regulação interna de leitos de UTI para neonatos.

Tabela 1. Comparativo entre o número de solicitações de vagas de UTI-Unidade de terapia intensiva e Unidade de médio risco neonatal e o número de vagas ofertadas pelo Núcleo Interno de Regulação em 2015

Número de vagas solicitadas pela Neonatologia	Número de vagas disponibilizadas pelo NIR ao serviço de Neonatologia	Número de RNS regulados para outros hospitais da rede		Número de vagas não reguladas, devolvidas a Central de Regulação do município	
168	168	Médio Risco	UTI Neonatal	Médio Risco	UTI Neonatal
		38	77	33	20

Ao compararmos o número de transferências neonatais ocorridas antes e após a implantação do NIR, esse indicador representou um aumento de 238,24% de neonatos regulados para outros hospitais da rede, conforme demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 2. Comparativo entre o número de neonatos regulados para outros hospitais da rede municipal de Fortaleza nos anos 2014 e 2015.

Comparativo entre o número de transferências realizadas entre os anos de 2014 e 2015	
Comparativo entre o número de transferências realizadas entre os anos de 2014 e 2015	Total de pacientes regulados para outros hospitais em 2015
34	115

O ano de 2015 foi desafiador, porém a integração entre gestores e profissionais de saúde permitiu a ampliação do número de transferências neonatais, impactando positivamente nos diversos serviços assistenciais e gerenciais da maternidade. A regulação da oferta de vagas de gestantes para outros hospitais também cresceu consideravelmente ao compararmos os números de solicitações e o número de vagas ofertados pelo NIR ao serviço de Emergência, entre os anos de 2014 e 2015.

Tabela 3. Comparativo entre o número de solicitações de vagas de Obstetrícia e o número de vagas ofertadas pelo Núcleo Interno de Regulação em 2014 e 2015

ANO 2015		ANO 2014
Número de vagas solicitadas pela Emergência	Número de vagas disponibilizadas pelo NIR ao serviço de emergência	Número de vagas ofertadas pela internação ao serviço de emergência
1025	452	227

Das solicitações por vagas para transferências de gestantes pelo serviço de emergência ao NIR, 44,09% foram atendidas, um incremento de 99,12% de gestantes reguladas para outros hospitais comparado ao ano anterior. A proposta é estender as ações implementadas aos demais setores do hospital, com ênfase na regulação interna de leitos.

Essa expressiva melhoria dos indicadores levou ao reconhecimento sobre a importância de se ter um serviço interno que gerencie e facilite o fluxo de pacientes, tornando-o um excelente parceiro para a gestão e assistência.

Os resultados apontam para a importância de um serviço de apoio à gestão regulatória implantado nos hospitais, viabilizando a intercomunicação gerencial na oferta de leitos hospitalares, assim como o fortalecimento de parcerias entre os diversos setores e serviços de saúde entre os entes federados, estimulando a corresponsabilidade mútua na execução e consolidação desse projeto.

A implantação do NIR facilitou a organização dos processos de trabalho local, mediando a comunicação entre as equipes envolvidas no processo com a definição de papéis e responsáveis, sensibilizando-os continuamente na prática de ações que viabilizassem o gerenciamento da oferta e demanda de usuários que buscam atendimento na maternidade, com foco no acesso materno-infantil adequado e oportuno.

Perceberam-se as mudanças nas concepções de gestores e profissionais de saúde após a instalação do

Núcleo de Regulação, sinalizado pela melhoria dos indicadores e ampliação da oferta, além da quebra de paradigmas sobre a ineficiência do processo regulatório local.

Essa experiência possibilitou compreender que, apesar dos inúmeros percalços e dificuldades que a organização do acesso da rede materno-infantil impõe, faz-se necessário um setor que se comunique e se articule com os diversos serviços assistenciais do hospital, facilitando a integralidade da assistência, a adequação do perfil clínico hospitalar dos usuários, a rapidez na oferta de vagas, a rotatividade de leitos hospitalares e os consequentes avanços dos indicadores de saúde.

O NIR da MEAC passou a ganhar notoriedade pelos desafios assumidos junto com a equipe, diante de todas essas mudanças observadas após a sua implantação. Mas a necessidade de melhorias na construção dos processos de trabalho é uma constante, uma vez que há uma fragilidade no que se refere ao acesso. No entanto, os profissionais da equipe do NIR assumem o compromisso com a transformação dessa realidade, reconstruindo passo a passo a cadeia regulatória interna que seja capaz de viabilizar o acesso integral, ágil, humanizado e articulado de gestantes e neonatos.

Com isso, reforça-se o compromisso hierárquico entre a rede terciária, secundária e primária, evitando prejuízos a assistência de seus usuários, respeitando eticamente os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

Controle de qualidade no Laboratório de Citologia da Meac



Luiz Gustavo Ferreira Cortes
Médico Citopatologista da MEAC e
Maria do Carmo Soares de Azevedo
Farmacêutica Bioquímica da MEAC.

O câncer do colo do útero é o terceiro mais incidente na população feminina brasileira, sendo seu controle considerado prioridade na Política Nacional de Atenção Oncológica e no Pacto pela Saúde; e reafirmado por meio do Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero, que contempla, entre outras coisas, a garantia de qualidade do exame citopatológico.

O teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) é o método mais amplamente utilizado para o rastreamento do câncer cervical uterino, ga-

rantindo diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados e reduzindo, assim, a incidência de tal enfermidade. Este teste baseia-se na história natural da doença e no reconhecimento de que ela evolui a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau – HSIL e adenocarcinoma in situ – AIS). No entanto, existem dificuldades não apenas de cunho interpretativo, mas também relativas às condições para realização dos exames, que envolvem profissionais com diferentes qualificações, experiências e grau de responsabilidade. O monitoramento de qualidade entra nessa relação a fim de produzir exames os mais confiáveis possíveis,

mantendo as boas condições do material (coleta, processamento, análise, liberação dos laudos e arquivamento) e seguimento das mulheres.

A qualidade dos exames citopatológicos baseia-se em um conjunto de medidas destinadas a detectar, corrigir e reduzir deficiências do processo de produção dentro do laboratório, proporcionando o aperfeiçoamento dos procedimentos laboratoriais e minimizando a ocorrência de equívocos diagnósticos, servindo também como orientação para a melhoria da coleta do material e ferramenta educacional.

Em estudo realizado em



2012, constatou-se uma baixa positividade nos programas de rastreio do câncer do colo do útero no Brasil se comparado aos países que mais obtiveram sucessos nesses. E isso podendo ser um indicativo de que muitas amostras positivas não foram identificadas, apontando a ocorrência de casos falsos negativos.

O Laboratório de Citopatologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand recebe em média, por mês, 500 amostras cérvico-vaginais para análise. Essas amostras são colhidas de pacientes atendidas nos ambulatórios da Maternidade e também no Centro de Desenvolvimento da Família (CEDEFAM), unidade de saúde que faz parte dos projetos de extensão da Universidade Federal do Ceará.

No intuito de aprimorar a confiabilidade do Laboratório de Citopatologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, e, consequentemente, na qualidade dos serviços prestados à população feminina aqui atendida, foi instalado um protocolo de Monitoramento Interno e Externo de Qualidade. O objetivo é aumentar o desempenho em detectar anormalidades escamosas e glandulares e, consequentemente, reduzir as taxas de resul-

tados falso-negativos.

Vale ressaltar que, no primeiro mês após a implantação do controle de qualidade interno, o índice de positividade saltou de 3% para 9,35%, evidenciando um acréscimo do percentual de casos alterados nesse período. Ainda assim, em serviços de referência este índice pode ultrapassar os 10%.

Para isso, algumas medidas foram estabelecidas no laboratório, entre as quais podemos destacar:

- Criação de um fluxograma para recebimento do material, análise das lâminas e liberação dos laudos;
- Revisão dos casos positivos (alterados), com critérios clínicos de risco ou insatisfatórios, já analisados pelo cito-escrutinador;
- Revisão rápida de 100% dos casos negativos (sem anormalidades), também analisados anteriormente pelo cito-escrutinador;
- Registro e documentação das revisões;
- Análise estatística dos resultados liberados e comparação com os últimos dados e com os dados existen-

tes em outros laboratórios de referência;

- Acompanhamento dos casos em correlação cito-histológica.

Todas essas medidas e ferramentas podem, inicialmente, parecer burocráticas, porém o uso delas na prática torna-se estimulante por permitir a evolução e o acompanhamento dos processos gerados no laboratório. O aprimoramento reforça o importante papel que o rastreamento tem na prevenção do câncer do colo uterino, e todos os esforços no sentido de reduzir a probabilidade de resultados errados deverão ser estimulados, contribuindo, assim, para a melhoria das condições de saúde.

Diante de tudo isso, a equipe do laboratório de citologia está empenhada e desafiada a buscar a melhoria dos processos e a assertividade nos laudos com a máxima fidedignidade. Para tanto, contamos com o apoio de todos aqueles envolvidos diretamente e indiretamente com o atendimento de todas as pacientes da MEAC.

Referências Bibliográficas:

- Bortolon PC, Silva MAF, Corrêa FM, Dias MBK, KnuppVMAO, Assis M et al. Avaliação da Qualidade dos Laboratórios de Citopatologia do Colo do Útero no Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2012;58(3):435-44.
- Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). Manual de Gestão da Qualidade para Laboratórios de Citopatologia – 2. ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro, 2016, 160p. ISBN 978-85-7318-282-8.



Elaine Cristina Soares
Terapeuta Ocupacional

Sandra Mary Silva Barbosa
Fisioterapeuta

Maternidade Escola: Referência no Método Canguru

No ano de 2014, o Ministério da Saúde (MS) realizou em Fortaleza o II Curso de Capacitação para Tutores no Método Canguru. Foram formados 40 colaboradores do Método no estado do Ceará. Neste curso, 12 profissionais da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) participaram e continuam atuando incansavelmente na otimização das boas práticas dentro da instituição.

Atualmente, a instituição tem 8 tutores ativos: Edilene Ribeiro, Elaine Soares, Izélia Gomes, Sandra Mary, Danila Paula, Caroline Diniz, Roberta Rodrigues, Zilma Macêdo e outros apoiadores para a realização

das capacitações e demais atividades voltadas para a humanização. A MEAC já promoveu 3 cursos de capacitação no Método Canguru, formando 79 multiplicadores conforme podemos observar na tabela.

Durante a execução dos cursos realizamos algumas parcerias com outras instituições. Na segunda turma contamos com um profissional de enfermagem do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), na terceira turma, em junho de 2016, capacitamos quatro profissionais (um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um fisioterapeuta do HIAS) e um fisioterapeuta do Hospital da Mulher. É nossa

intenção intensificar a oferta de turmas multiplicando as ações.

O Método Canguru é uma Política Pública que está sendo ampliada e fortalecida no Brasil. Foi incorporado às ações do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e está centrada sobre a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru, instituída na Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007. A norma foi mais tarde implementada pela Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, e concentra-se no atendimento do casal grávido, mãe e pai de recém-nascidos de baixo peso e sua



família, reunindo aspectos biológicos e psicológicos com suas peculiaridades, de modo a oferecer uma assistência individualizada.

A Norma consiste em três etapas. Na primeira, a atuação deve começar num momento prévio ao nascimento de um bebê prematuro e/ou baixo peso, com identificação das gestantes de risco, acompanhamento e orientação específica à grávida e à sua família. Nesta fase, após o nascimento do recém-nascido (RN) e seu internamento em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), ou em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCINCo), é estimulada a entrada dos pais, estabelecendo contato pele a pele com o bebê, de forma gradual e crescente, de maneira segura e agradável para ambos. Trabalha-se ainda a lactação e a participação dos pais nos cuidados com o bebê. A posição canguru é proposta sempre que possível e desejada.

Na MEAC, as ações antecedentes ao parto são realizadas pelo

Serviço Social, com uma média de 15 a 20 gestantes/mês que visitam nossa instituição e nossas Unidades Neonatais (UTIN e UCINCo). Após o nascimento do recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso, a equipe multidisciplinar é responsável pelo estímulo à participação dos pais nos cuidados, à lactação, ao contato pele a pele e à posição canguru, até mesmo com RN intubados.

Na segunda fase, o RN é transferido para a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa), com acompanhamento materno. Esta etapa exige estabilidade clínica do RN, ganho de peso regular, segurança, interesse e disponibilidade materna. A posição canguru é realizada o maior tempo possível que ambos considerem seguro e agradável.

Atualmente a estrutura física da UCINCa foi ampliada para duas enfermarias: uma para o dormitório de cinco leitos das mães com seus bebês e outra para as refeições e atividades em grupo com profissionais. A equipe expandiu-se

com: uma médica na cobertura dos sete dias da semana, uma enfermeira nas 24 horas por dia, exclusiva da unidade, dois técnicos de enfermagem por turno, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e assistente social.

Fomos habilitados, na Portaria nº 3158 de 18 de dezembro de 2013, como leitos da UCINCa junto ao MS, de acordo com os preceitos da Portaria Nº 930 do MS. A assistência é multidisciplinar e muitas das ações são realizadas conjuntas e direcionadas ao investimento afetivo na tríade bebê-família-equipe. As atividades propostas em grupo são:

- Grupo “Maternarte”, de atividades artísticas que estimulam o trabalho e a cooperação grupal, na confecção de brinquedos com materiais recicláveis que auxiliam na estimulação essencial em domicílio.
- Roda de Conversa Psicossocial, através da qual ocorre o gerenciamento de conflitos e vivências

pelas mães e equipe.

- Sessão de Cinema, com filmes especialmente selecionados para o investimento afetivo.
- Contação de Estórias, que é um momento no qual, a família é estimulada a contar estórias infantis utilizando a linguagem do “manhês”.
- Grupo de Cuidados para a Alta, que, através de discussões em grupo, esclarece dúvidas das mães acerca dos cuidados com os bebês em casa.
- Confecção de DVDs com fotos e vídeos, que são entregues à mãe como forma de eternizar os momentos vivenciados na Unidade.
- Educação Permanente, que promove constante aperfeiçoamento no serviço com foco no cuidador.

Atualmente estamos na implementação da Visita no leito semanal e multidisciplinar, contando com: médica, enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social, fonoaudióloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga e nutricionista.

A terceira fase inicia-se com a alta hospitalar e exige acompanhamento ambulatorial criterioso do bebê e de sua família pela equipe que assistiu o RN até completar 2.500g. Na MEAC, esta fase é



realizada na UCINCa, com a médica neonatologista Rosalina Ramos, que assiste o RN egresso até chegar ao peso de 2.500g. Após a alta desta etapa, o bebê é encaminhado para o ambulatório de acompanhamento com as seguintes definições: bebês de alto risco (segundo critérios da Instituição) são encaminhados para a Dra. Renata Keidh e aqueles que não possuem este perfil vão para o ambulatório de Pediatria da UFC. Os provenientes de outras unidades neonatais da MEAC são atendidos pela Dra. Caroline Diniz.

O Método Canguru não se resume a uma posição ou mesmo a técnicas assistenciais humaniza-

das. É uma filosofia de assistência que deve permear toda a trajetória da família atendida na MEAC. Envolve mudança de postura na assistência, individualizando cada paciente dentro do seu contexto biológico e psicossocial. Além disso, o método não se restringe ao cuidado com o paciente, mas busca também cuidar dos cuidadores, entendendo que as pessoas envolvidas na assistência são seres com necessidades específicas e que para desempenharem um bom trabalho necessitam, além de capacitação, reconhecimento e forte envolvimento no processo.

PROFISSIONAIS CAPACITADOS PELA MEAC NO MÉTODO CANGURU

TURMA	03/2015	09/2015	09/2016	TOTAL
Enfermagem	4	7	7	18
Farmácia	0	1	0	1
Fisioterapia	5	4	7	16
Fonoaudiologia	0	1	1	2
Neonatologia	4	1	2	7
Nutrição	2	3	0	5
Psicologia	2	1	2	5
Serviço Social	1	5	2	8
Técnico de Enfermagem	2	5	6	13
Terapia Ocupacional	0	2	2	4
TOTAL	20	30	29	79

Por que garantir direitos?

Edilene M^a Vasconcelos Ribeiro

Ouvidora MEAC/UFC

Especialista em Saúde da Mulher e da Criança/UFC
Mestranda no Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas/UFC



Há muito tem-se falado sobre direitos sociais, políticas públicas, sistema de garantia de direitos, sistema de proteção social, etc. Mas o que isso tudo representa? Como uma política pública, tratada aqui, em especial, a política pública de saúde, pode garantir verdadeiramente a efetivação de um direito?

Diversas são as discussões sobre esse campo temático, mas para que possamos compreendê-lo é necessário aproximar-nos, inicialmente, da principal base legal que a legitima: a Constituição Federal de 1988. O texto constitucional afirma em seu art. 1º que a República Federativa do Brasil, constitui-se em um Estado Democrático de Direitos e possui como dois de seus fundamentos a cidadania e a dignidade da pessoa humana. Destarte, também traz em seu Capítulo II sobre os Direitos Sociais que se coadunam em direitos relativos à saúde, à alimentação, à educação, à moradia, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância e à assistência aos desamparados (CF, 1988).

Todo e qualquer usuário da política pública de saúde deve, constitucionalmente, ter seus direi-

tos assegurados pelo Estado e garantidos mediante políticas sociais e econômicas. No entanto, não podemos perder de vista, enquanto profissionais de saúde, que o direito à saúde não está compreendido apenas por um atendimento emergencial ou consultas de rotina.

Embora se tenha a clareza que o acesso aos serviços de saúde é bastante relevante, como direito universal e fundamental, o direito à saúde implica também perceber o sujeito em seu contexto social e cultural, possibilitando, assim, garantir diversos aspectos da sua vida como um completo bem-estar físico, mental e social.

Não nos esqueçamos que garantir o direito à saúde é garantir a liberdade em sua mais ampla acepção. É dialogar com aquele que em sua individualidade pode trazer-nos aspectos fundamentais da sua condição de vida. É perceber que aquele sujeito ainda traz inúmeras representações sociais sobre a sua saúde. É nesse enfoque que chamo atenção, pois garantir saúde não se trata apenas de emitir receituários ou fazer uma investigação minuciosa através de exames radiográficos, sanguíneos ou morfológicos, mas sim, é acima de tudo, deter-se nas

particularidades de cada sujeito e no contexto biopsicossocial que ele se insere.

Garantir direitos é também dar oportunidade de escolha àqueles que podem e têm a liberdade de decidir sobre o melhor tratamento ou alternativa mais adequada para a sua saúde. Antecipadamente à decisão do sujeito, este, deve sim, estar devidamente esclarecido e orientado pelo profissional de saúde sobre os riscos ou consequências que podem surgir conforme for a sua decisão. O mais importante é saber conduzir todas essas premissas com ética, respeito e responsabilidade.

Diante de toda essa reflexão, fica evidente que, ao trabalharmos cotidianamente com a política de saúde, estamos na verdade trabalhando para efetivar a garantia de direitos de todos os usuários, sejam eles atendidos pelo SUS ou não. Não obstante, não podemos perder de vista os elementos discutidos acima e nunca, em hipótese alguma, podemos perder a nossa sensibilidade de ver o outro como um ser autônomo, único em suas particularidades e como sujeito de direitos.

RELATO

Minha experiência como **filha** e como **mãe** na MEAC

Maraelyse Araripe

Jornalista, mãe da Maria Alice.



Quando uma mulher descobre que está grávida, quando essa gravidez não é planejada, a primeira reação é o susto, muitas vezes vem o choro em seguida, alguns questionamentos, depois a aceitação. Durante os nove meses, ou 36 semanas, como foi o meu caso, tudo o que a mulher quer é se sentir especial, amada, cuidada e essa sensação eu pude sentir no dia do meu parto, graças aos profissionais da MEAC.

Há quem acredite que antes mesmo de nascermos temos nossas vidas todas planejadas por um ser superior. Se realmente assim for, minha história com a Maternidade Escola Assis Chateaubriand já estava predestinada muito antes da descoberta da chegada da Maria Alice, a verdadeira protagonista dessa história linda que vou tentar resumir nessas linhas.

Minha história com a Maternidade, na verdade, começou no dia dois de abril de mil novecentos e noventa e um, data do meu nascimento. Vim ao mundo no terceiro andar da MEAC, quase nasço no dia da mentira. Minha mãe conta que um relógio, posicionado em frente a cama que ela se encontrava, marcava meia noite e quinze minutos quando vim ao mundo. Parto normal e amamentada exclusivamente até os seis meses.

No meu íntimo, sempre tive o sonho de ser mãe, nunca entrou no meu discurso a frase: “jamais serei mãe”. Quando criança, também preferia as bonecas grandes, brincar de casinha, nada de barbies. Também admirava a ideia de ter parto normal e amamentar meus filhos.

E no dia vinte e oito de março minha história e a da Maria começaram a se cruzar com a da Maternidade. Descobri que estava grávida. Uma gestação não planejada, nem desejada no momento, um susto para mim e



para o pai da criança. Mesmo assim, aceitei a missão com firmeza e todo amor que podia oferecer a minha filha.

Não foi uma gestação fácil, tive sangramentos, muitos enjoos, chorei em alguns momentos, questionei em muitos outros, mas segui firme. Fiz todo o acompanhamento na rede particular. Consultas, exames, rotina e emergências (foram muitas). Optei pelo parto normal, mesmo diante de inúmeros questionamentos e tentativas de convencimento de que o melhor seria a cesariana. Não que o parto

faça você mais ou menos mãe, ser mãe vai muito mais além que essa escolha.

Na minha trajetória ouvi frases como: “Você não vai conseguir”; “Dói demais”; “Você não tem estrutura para isso”... Preparei meu emocional e também meu físico para o meu tão sonhado parto normal, humanizado, e, com 30 semanas de gestação, já sabia até o Hospital que minha Maria Alice nasceria ou, pelo menos, era para ter nascido, mas hoje tenho a certeza de que tudo o que aconteceu foi providência divina.

Vinte e cinco dias antes da data prevista para o nascimento da minha pequena minha bolsa resolveu estourar. Na madrugada do dia nove de novembro de dois mil e quinze. Acordei assustada com uma sensação estranha, com apenas trinta e seis semanas de gestação, jamais imaginaria que aquela cólica era o primeiro aviso que Maria estava chegando. Quando me perguntavam como eu queria meu parto, sempre respondia que ela decidia o dia, a hora e o momento certo para nascer. Menos de dois minutos depois das primeiras dores, tive a certeza que ali começava a jornada mais linda e emocionante da minha vida.

Pulei da cama, gritei, chamei minha mãe. Sim, a bolsa tinha estourado, como não sou casada com o pai da minha filha, a primeira providência foi ligar para avisá-lo que Maria já estava a caminho. Acionei também uma prima, que é enfermeira. Como brasileiro gosta de deixar tudo para a última hora, nada do enxoval estava pronto. Tinha lavado algumas roupas da Maria e, assim, com apenas algumas peças, partimos para o hospital do Plano de Saúde. Chegando lá, fui examinada e nada de dilatação aparente, fui informada que tinha apenas três horas para apresentar evolução, caso nada acontecesse, passaria por cirurgia. Oito meses me preparando para receber uma notícia assim, horas antes de conhecer minha filha, não foi nada fácil. Após a internação, acabei descobrindo que o plano não dava direito a parto cesariana e nem a UTI neonatal, pois como Maria era prematura, iria ter que ficar em uma incubadora, afirmou o médico plantonista. Meu mundo desabou pela segunda vez.

Começava, ali, nossa jornada para conseguir uma internação em um hospital público. Após algumas ligações, incluindo a Central de Leitos, ida a dois hospitais, que não apresentavam vagas, fomos à Maternidade Escola, local em que

vim ao mundo há vinte e cinco anos. Cheguei à Maternidade sete em ponto, em uma troca de plantão, as dores já estavam ficando bem intensas e as contrações já apareciam a cada dez minutos. Após mais um exame de toque, descobrimos que estava com seis centímetros de dilatação, e que poderia ter o meu tão sonhado, planejado e preparado parto normal, mais que isso, seria humanizado e com uma equipe de primeira.

No meu íntimo, sempre tive o sonho de ser mãe, nunca entrou no meu discurso a frase: “jamais serei mãe”. Quando criança, também preferia as bonecas grandes, brincar de casinha, nada de barbies. Também admirava a ideia de ter parto normal e amamentar meus filhos.

Após todo o atendimento na emergência e exames feitos, subi justamente para o terceiro andar da Unidade. Não lembro muito dos detalhes, só sei que quando cheguei na cama, uma equipe de oito pessoas estava a meu dispor. Uma médica, três doulas, enfermeira e até psicólogo. Contração a contração recebia palavras de apoio, força e dedicação. Nunca me senti tão protegida em toda a minha gravidez. O incentivo foi essencial para que eu não desistisse do meu parto. Horas depois, com dez centímetros de dilatação, oito horas e meia de trabalho de parto, Maria veio ao mundo e me senti a mulher mais forte e especial do universo. Todos comemoraram a chegada dela, pareciam até da família. Vibrações, elogios e comemorações tomaram conta daquele momento tão único na vida de uma mãe.

Durante minha gestação, li

inúmeros artigos sobre partos, normais e cesariana, li relatos de equipes médicas frias, e até sobre crimes obstétricos. Maria foi abençoada e teve a sorte de vir ao mundo por mãos de pessoas humanas, que sabem a importância desse momento para uma mulher, que entendem os gritos de dores e até mesmo a exaustão, quanto achamos que não temos mais forças para continuar e desistir de tudo.

Já no quarto, descobrimos que Maria tinha nascido com icterícia, o conhecido amarelão, meu mundo caiu pela terceira vez. Por conta do diagnóstico, ficamos no hospital por cinco dias. Tive acompanhamento pediátrico nos três turnos, nutricionista diariamente conversando comigo, psicólogos e até assistente social. Toda essa atenção fez com que encarasse, mais uma vez com força, a angústia de ver minha pequena, tão pequena, em seu primeiro tratamento hospitalar. Exames diários, atenção das enfermeiras do banco de leite (pois amamentar inicialmente também pode ser bem doloroso), amizades construídas. Hoje tenho contato com uma colega de enfermagem e as duas doulas que participaram do nascimento da Maria Alice.

Como escrevi certa vez em um depoimento, "Humanizar não é apenas estar em um quarto bonito e a mãe ser tratada de maneira amável, humanizar é acreditar na fisiologia da gestação e do parto e permitir que esta aconteça, acompanhando-a. Humanizar é perceber, refletir e respeitar os diversos aspectos culturais, individuais, psíquicos e emocionais da mulher e de sua família. Humanizar é devolver o protagonismo do parto à mulher. É garantir-lhe o direito de conhecimento e escolha." Por ter vivenciado tudo isso, deixo aqui minha eterna gratidão à equipe de Parto Humanizado da Maternidade Escola.



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



Adriana Lopes Lima Melo

Assistente social, Apoiadora Institucional de Serviços, Ministério da Saúde

Aline de Oliveira Costa

Psicóloga, Apoiadora Temática Rede Cegonha, Ministério da Saúde

Tereza Odete de Vasconcelos Corrêa Martins

Consultora de Saúde da Criança, Ministério da Saúde

Relato de Experiência: O apoio institucional na MEAC

Na perspectiva de qualificação da assistência obstétrica e neonatal, o Ministério da Saúde (MS) implantou, em 2009, o Programa de Qualificação das Maternidades (PQM). Algumas maternidades foram consideradas prioritárias para a constituição da rede de serviços e passaram a receber apoio institucional do MS.

A estratégia do apoio institucional foi ofertada diante da complexidade dos objetivos propostos e da necessidade de atuar junto aos trabalhadores, gestores e usuários, para operar mudanças nas práticas cotidianas do trabalho em saúde. Os apoiadores foram orientados a ativar coletivos, estimular o trabalho em equipe, realizar rodas de conversa e oficinas de trabalho, estimular a discussão de indicadores, além de promover ações para a articulação da rede de saúde e facilitar a comunicação entre a maternidade e o MS, desburocratizando ações.

Em 2011, o MS lançou a Rede Cegonha (RC), uma estratégia focada na organização das redes de atenção à saúde materna e infantil e na institucionalização de um novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento,

baseado nas melhores evidências científicas disponíveis.

A RC incorporou a tecnologia do apoio institucional, mantendo-o como estratégia metodológica. A escolha da tecnologia de trabalho do apoio institucional (Pasche e Passos, 2010) deu-se, sobretudo, pela aposta em espaços coletivos de decisão, mas também pelos acúmulos produzidos no Sistema Único de Saúde (SUS), na última década, através da Política Nacional de Humanização (PNH).

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) passou a receber apoio institucional do MS a partir de janeiro de 2010. Este relato tem como objetivo apresentar a experiência desse apoio, no período de janeiro de 2010 a julho de 2016, tomando como referência os avanços obtidos a partir da análise das diretrizes propostas pela RC.

CO-GESTÃO

A gestão compartilhada ou co-gestão pressupõe a construção de espaços colegiados de gestão, com a

inclusão dos profissionais na discussão do processo de trabalho e na tomada de decisões compartilhadas. A maternidade já possuía Grupo Gestor formado por membros da direção e um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). Em 2010, foram realizadas oficinas e elaborado um plano de ação para implantação das diretrizes. Em seguida, foi implantado o Colegiado Gestor da maternidade, com representatividade das diversas categorias profissionais e estimulada a formação dos colegiados por unidades de cuidado. Foram implantados seis colegiados, no período de 2011 a 2014: Neonatologia, Emergência, Centro Obstétrico, Unidades de Internação, Ambulatórios e Bloco Cirúrgico.

Algumas dificuldades iniciais foram sentidas decorrentes dos problemas financeiros e da carência de pessoal, mas os profissionais foram estimulados a serem propositivos e implantar as melhorias possíveis, ampliando o debate em torno dos processos de trabalho. O exercício da gestão compartilhada foi sendo praticado de forma efetiva e incorporado à rotina do serviço.

Atualmente os colegiados de unidades realizam reuniões sistemáticas mensais, monitoram indicadores e se encontram a cada quadrimestre na reunião do Colegiado Ampliado. Através do movimento dos colegiados foram implantadas todas as diretrizes da RC.

A MEAC também possui Ouvidoria atuante cuja participação é transversal nos diversos colegiados, possibilitando que as manifestações dos usuários sejam valorizadas na reorganização das práticas. Também, por meio da Ouvidoria, realiza pesquisa de satisfação com os usuários.

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O Acolhimento e Classificação de Risco (ACR) em obstetrícia é um dispositivo da PNH que assegura prioridade na assistência, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco (MS, 2015).

Em 2010, a maternidade realizava avaliação de risco, porém não sistematizada. Foram oferecidas oficinas para implantação do dispositivo e a MEAC colaborou com a construção de um protocolo em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Posteriormente o colegiado gestor da Emergência passou a discutir alternativas para a implantação do serviço, mesmo sem as condições físicas adequadas, e, em outubro de 2011, foi implantado o ACR, improvisando um espaço na Emergência. A implantação foi caracterizada pela experimentação, pois não havia serviço de referência no estado e poucas iniciativas no Brasil.

Em 2013, a equipe da MEAC participou da elaboração e validação do Protocolo de ACR em

Obstetrícia do MS, vindo a implantar este protocolo em junho de 2014. Atualmente colabora com a implantação do referido protocolo em maternidades do Ceará e de outros estados.

ACOLHIMENTO EM REDE E VINCULAÇÃO DA GESTANTE

A vinculação da gestante a uma maternidade de referência para o parto é assegurada por Lei Federal (Brasil, 2007). Em 2011, a Secretaria Municipal da Saúde, por meio da análise do fluxo das gestantes e da capacidade instalada das maternidades, definiu os serviços de referência para cada Unidade Básica de Saúde. Reuniões foram realizadas com a SMS, distritos de saúde, maternidades de Fortaleza e centrais de regulação, para pactuação e implantação do mapa de vinculação.

Após a implantação da vinculação da gestante, a MEAC passou a ofertar a visita antecipada à maternidade, assim como também comunica às regionais de saúde as altas das puérperas e recém-nascidos para a continuidade do cuidado na atenção básica. Em 2015, numa iniciativa da gestão do hospital, implantou-se o Núcleo Interno de Regulação (NIR), otimizando a gestão interna de leitos, fortalecendo a diretriz de “vaga sempre” para as gestantes.

Ainda persistem dificuldades, pois muitas gestantes residentes fora da área de abrangência buscam a maternidade, gerando sobrecarga e superlotação das unidades neonatais, o que ocasiona restrições momentâneas de atendimento. Objetivando o fortalecimento da rede, a maternidade também participa do Fórum Estadual da Rede Cegonha, do Fórum Regional da Rede Fortaleza/Cascavel, e do Fórum de Maternidades de Fortaleza, contribuindo com as discussões e apresentando experiências.

DIREITO A ACOMPANHANTE E VISITA ABERTA

Toda gestante tem direito a um acompanhante de livre escolha nos períodos de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei 11.108/2005). Na MEAC, o direito ao acompanhante já era assegurado desde 2007, porém não eram permitidos acompanhantes de livre escolha na Emergência, nos partos cirúrgicos e nas enfermarias. A visita só era permitida em dois horários (tarde e noite).

Foram realizadas oficinas, reuniões, pesquisas com pacientes, acompanhantes e visitantes e, em junho de 2011, a visita aberta foi implantada no horário de 14h às 20h, posteriormente ampliada para 13h às 21h. Em 2013, foi implantado o programa “Pai não é visita”, permitindo o acesso livre nas enfermarias até as 21 horas.



Atualmente, a MEAC assegura o acompanhante de livre escolha em todas as etapas do parto vaginal e cirúrgico e inclui acompanhantes no acolhimento e consultas. Nas unidades neonatais os pais têm livre acesso, foi implantada a visita aberta dos avós, em 2011, e, em maio de 2016, a visita dos irmãos. Os profissionais da maternidade também realizam atividades com os acompanhantes, como grupos educativos no pré-natal, grupos de apoio aos pais na Neonatologia (Entrelaços) e reuniões sistemáticas com acompanhantes. Estas ações proporcionaram o fortalecimento de vínculos familiares e a valorização das famílias no processo de cuidado.

BOAS PRÁTICAS NO PARTO E NASCIMENTO

As boas práticas na atenção ao parto e nascimento são um conjunto de ações recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a redução da morbimortalidade materna e neonatal. Para implantar esta diretriz foi realizado, em agosto/2011, um curso com a equipe do Hospital Sofia Feldman, de Belo Horizonte, que foi disparador de mudanças e proporcionou a revisão de protocolos, fortalecendo as práticas já existentes e implantando novas rotinas.

Investimentos foram realizados, desde 2010, pelo MS para qualificação das equipes: visitas técnicas a serviços de referência (Ribeirão Preto, Sofia Feldman, UFMA, UNIFESP), curso ALSO (2010 e 2016), curso

Aprimoramento da Relação no Encontro Clínico, formação de enfermeiros obstetras (aprimoramento, especialização e residência), participação no Projeto Near Miss do Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP), formação no Método Canguru, curso Zero Morte Materna por Hemorragias, Oficina de Gestão da Clínica (indicação de cesáreas), curso de Urgências e Emergências Obstétricas (Albert Einstein, SP).

As mudanças no modelo de atenção ao parto e nascimento são visíveis através da melhoria dos indicadores da maternidade: taxa de episiotomia (7%), partos assistidos por enfermeiras obstetras (40%), métodos não farmacológicos para alívio da dor (95%), partos em posição não supina (97%), contato imediato pele a pele (91%), incentivo à amamentação (89%), acompanhante (87%), dados de 2015. As boas práticas estão consolidadas na MEAC, que apresenta evolução gradativa dos indicadores e são difundidas em todas as unidades de cuidado. Necessário ainda concentrar esforços para redução das taxas de cesárea (atualmente 52%).

Diante dos avanços obtidos, em abril de 2013, a MEAC foi selecionada pelo MS para se tornar um Centro de Apoio ao desenvolvimento de boas práticas obstétricas e neonatais da Rede Cegonha. Desde 2011, tem desenvolvido atividades formativas para apoiar maternidades do Ceará e de outros estados, na difusão das boas práticas e na disseminação do modelo de gestão colegiada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho do apoio institucional foi focado no fortalecimento dos colegiados, estimulando a inclusão das pessoas, na construção dos pactos entre trabalhadores e gestores. Os colegiados são protagonistas, porém é preciso cuidar para que permaneçam inclusivos, democráticos, respeitando as decisões coletivas e o compartilhamento de saberes.

Destacam-se dois aspectos fundamentais para a consolidação do trabalho do apoio: O comprometimento da direção com a implantação das ações propostas, fortalecendo os colegiados na tomada de decisões estratégicas, e a construção do vínculo entre apoiadores, gestores e profissionais.

Esta modalidade de trabalho poderia ter despertado resistências, pois implica na presença de uma pessoa “estranha” no ambiente da maternidade, problematizando e participando de atividades antes restritas ao âmbito interno. Porém, o apoio institucional configurou-se como uma ação potente, de aprendizado mútuo, de compartilhamento de saberes e práticas, mas também de vínculos e afetos. Tudo o que foi proporcionado nestes seis anos de trabalho certamente foi

muito significativo. A maior recompensa é ver a maternidade reconhecida como um Centro de Referência pelos resultados obtidos e sobretudo a satisfação das mulheres e suas famílias, com a experiência do parto, vivenciada de forma respeitosa e segura.

É de fundamental importância que a maternidade permaneça investindo na qualificação do cuidado, mantendo firme e pulsante a filosofia da instituição, estimulando o protagonismo dos sujeitos (trabalhadores, gestores e usuários) na produção de saúde, no fortalecimento SUS e na defesa da vida humana.

Referências:

PASCHE, Dário Frederico & PASSOS, Eduardo. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da Política de Humanização da Saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.34, n.86, p. 423- 432, jul./set. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. Ministério da Saúde, Manual de Acolhimento e classificação de risco em obstetria. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Lei Nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde



medicinô
REPRODUTIVA
DR. FÁBIO EUGÊNIO

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



BIOS
CENTRO DE MEDICINA REPRODUTIVA

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

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

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



Clarisse Uchoa Albuquerque

Ginecologia e Obstetra - Chefe do Setor de Urgência e Emergência da MEAC

Novo fluxograma orienta conduta em gestantes com pré-eclâmpsia

As síndromes hipertensivas representam em todo o mundo uma das alterações que ocorrem com maior frequência na gravidez, incidindo entre 2% e 8% das gestações, nos países desenvolvidos podendo, no Brasil, chegar a 10% ou mais. Elas encontram-se entre as principais causas de morte materna no Brasil e a terceira no mundo, cursando com elevada taxa de morbimortalidade perinatal, oscilando entre 5% e 20%.

Os altos índices de mortalidade materna são devido a uma gama de complicações como: coagulação

intravascular disseminada/síndrome HELLP, edema pulmonar, insuficiência renal aguda, descolamento prematuro de placenta, eclâmpsia, hemorragia, insuficiência hepática, tromboembolismo, hemorragia cerebral, entre outras. Dentre as principais complicações neonatais, temos: parto prematuro, restrição de crescimento fetal e morte perinatal.

Pré-eclâmpsia é definida como hipertensão (pressão arterial sistólica – PAS $\geq$ 140mmHg e/ou pressão arterial diastólica – PAD $\geq$ 110mmHg) associada a proteinúria ($\geq$ 300mg/24h ou $\geq$ 1 (+) na fita teste em duas amostras de urina). O

diagnóstico é realizado, usualmente, após a 20ª semana de gestação, embora casos precoces possam existir na mola hidatiforme, gemelaridade ou trombofilias. Podem ocorrer na ausência de proteinúria, quando há associação com sintomas visuais e cerebrais persistentes (cefaleia, escotomas, turvação visual), dor epigástrica ou exames laboratoriais alterados (plaquetopenia e enzimas hepáticas elevadas).

A pré-eclâmpsia pode ser classificada em:

Pré-eclâmpsia grave: PAS $\geq$ 160mmHg e/ou PAD $\geq$ 110mmHg

associada a proteinúria grave ($>2,0\text{g}/24\text{h}$); hipertensão associada a comprometimento de múltiplos órgãos (edema pulmonar, oligúria); hipertensão associada a sintomas persistentes (visuais, cerebrais e dor epigástrica) ou exames laboratoriais alterados (plaquetopenia <100.000 , enzimas hepáticas elevadas).

- Pré-eclâmpsia leve: hipertensão associada a proteinúria que não preenche os critérios de pré-eclâmpsia grave.
- Pré-eclâmpsia superposta: hipertensão crônica associada ao aumento súbito dos níveis pressóricos e/ou proteinúria ou evidência de alguma disfunção orgânica, através de sintomas ou exames laboratoriais.
- Eclâmpsia: pré-eclâmpsia associada a convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.

A frequência e a gravidade da doença são maiores em pacientes com gestações múltiplas, hipertensão crônica, diabetes mellitus, trombofilias e naquelas com gestação anterior com pré-eclâmpsia. Extremos da idade materna, multiparidade, primiparidade, obesidade e inseminação artificial também são fatores de risco para pré-eclâmpsia.

A despeito do conhecimento acumulado, a pré-eclâmpsia/eclâmpsia continua sendo uma síndrome que leva a graves repercussões materno-fetais e pouco se conhece a respeito da sua etiologia. Acredita-se, portanto, existir uma heterogeneidade de fatores envolvidos na sua gênese, dentre esses destacam-se: interações imuno-genéticas, má perfusão placentária e alterações da função endotelial materna.

A cura da doença requer a interrupção da gestação, podendo não ser a melhor opção nos casos de fetos muito prematuros. Uma vez estabelecido o diagnóstico, deve-se tomar a decisão de realizar o parto

ou adotar conduta expectante em função da idade gestacional, da vitalidade fetal e da gravidade da doença, sendo a segurança materna o principal objetivo.

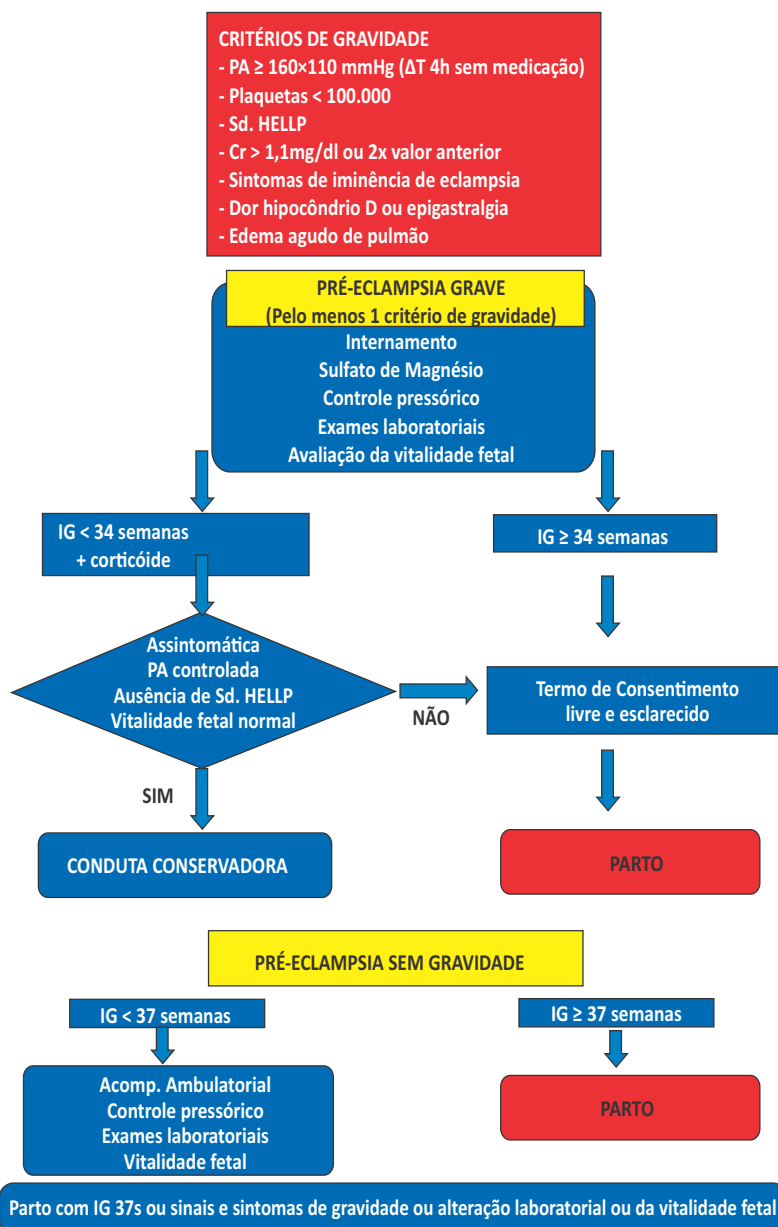
Nos casos de conduta expectante, o tratamento com anti-hipertensivo diminui a incidência de complicações cerebrovasculares. O sulfato de magnésio é utilizado em

pacientes com pré-eclâmpsia grave, objetivando reduzir o risco de convulsões.

Com o propósito de reduzir a taxa de morbimortalidade materna e perinatal, o corpo clínico da Maternidade Escola Assis Chateaubriand desenvolveu um fluxograma que orienta e objetiva a conduta em gestantes com pré-eclâmpsia.



PRÉ-ECLÂMPسيا NOVAS ORIENTAÇÕES



O Papel do Médico Geneticista na MEAC: Do correto diagnóstico ao aconselhamento e avaliação de riscos



Dra. Denise Carvalho
Médica Geneticista da MEAC

A Genética Médica como especialidade surgiu nos anos 60. Nos anos 70, houve o advento de novas técnicas para o diagnóstico pré-natal de doenças genéticas e, logo após, na década de 80, as primeiras certificações de médicos formados para atuação nesta área da Medicina. Qual papel do médico geneticista? Existem muitos mitos sobre “o que é” e “quando” procurar um médico geneticista, pois, há uma década, as doenças genéticas eram vistas como raridades.

Após os avanços na saúde (novas vacinas, saneamento básico, etc.) e na tecnologia diagnóstica (sequenciamento de genes, estudo do exoma, etc.), as mortes por doenças “não genéticas” diminuíram. As doenças genéticas tornaram-se mais diagnosticadas e responsáveis por um maior número de mortes e internações. Hoje, podemos dizer, sem nenhuma dúvida: todas as doenças têm “fundo” gené-

tico. Desde as doenças causadas por um gene apenas até as causadas por agentes infecciosos, a genética estará presente. E, chegando no tratamento das patologias, ainda nos deparamos com a Farmacogenética. Atualmente, a Medicina está totalmente “envolvida” (e não determinada) pela genética. Não saber o diagnóstico de uma doença genética ou como “lidar” com sua história natural são alguns dos grandes desafios dos clínicos, que contam agora com os Médicos Geneticistas para correto diagnóstico e tratamento, além da realização do aconselhamento genético (AG) e avaliação de risco dos familiares.

O Diagnóstico Genético (DG) precoce tem levado a decisões importantes: mudança de hábitos, reforço do acompanhamento clínico e, ainda, medidas extremas como cirurgias para retirada de órgãos na prevenção de doenças. Os exames

genéticos podem ser realizados a partir de amostras de sangue, mucosa bucal, pele, líquido amniótico ou biópsia de vilosidade coriônica. Os procedimentos se tornaram mais acessíveis nos últimos anos, ganhando espaço em clínicas, laboratórios e hospitais brasileiros.

O sequenciamento do exoma e do genoma completo são as mais recentes revoluções da Medicina. Mais de 20.000 genes são sequenciados e analisados em um único teste. Doenças multissistêmicas estão sendo diagnosticadas. Hoje, praticamente todo tipo de teste genético encontra-se disponível no país.

Em 2013, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determinou normas para garantir a cobertura de exames genéticos, através de planos de saúde, para 29 doenças genéticas, entre elas, doenças neurológicas, hematológicas e certos cânceres hereditários. É importante ressaltar que há

indicações específicas e normas éticas para realizá-los, sendo necessário o esclarecimento dos benefícios, riscos e limitações, devendo estar associados ao AG.

Neste contexto, e em um momento onde o Ministério da Saúde está instituindo a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde (SUS), qual o papel do Médico Geneticista na MEAC?

- Avaliação de natimortos;
- Investigação de abortos de repetição;
- Infertilidade;
- Investigação de presença de anor-

malidades no exame ultrassono-gráfico na gestação, como aumento da translucência núc (TN) e malformações fetais;

- Exposição a teratogênicos na gestação (radiação, infecções, drogas, medicações, álcool, etc);
- Anormalidade em exame genético realizado na gestação;
- Consanguinidade;
- Teste do pezinho alterado;
- Múltiplas malformações congênitas;
- Hipotonia congênita;
- Atraso no desenvolvimento;
- Doença neurológica;
- Doença metabólica ou sintomas que a sugira (convulsão, involução neuropsicomotora, etc.)

- Perspectiva de realização de diagnóstico genético pré-implantacional (PGD).

Enfim, a genética está “rumando” para adentrar de tal forma no âmago dos diagnósticos e tratamentos; que se tornará em breve ferramenta indispensável no acompanhamento de qualquer paciente nas diversas especialidades da Medicina.

Desde a introdução do serviço de genética médica na MEAC, em junho de 2015, realizamos o diagnóstico clínico e/ou laboratorial de cerca de 40% das doenças genéticas avaliadas até abril de 2016 (34 de 87).

Doenças genéticas diagnosticadas na MEAC entre junho de 2015 e abril de 2016:

- 50 Cromossomopatias (30% Síndrome de Down, 6% Síndrome de Patau, 4% Síndrome de Edwards e os 60% restantes incluíam casos de Hidranencefalia, Distúrbios da Diferenciação Sexual – DDS –, dentre outros);
- 10 Erros inatos do Metabolismo em investigação (com dois diagnósticos: um distúrbio de oxidação de ácidos graxos e um defeito do ciclo da ureia);
- Displasias Esqueléticas (uma Espôndilo-Epifisária),
- Osteogênese Imperfeita,
- Síndrome Cardio-Facio-Cutânea (CFC);
- Síndrome da Zika Congênita;
- Glaucoma Congênito,
- Síndrome de Alagille;
- Síndrome de Miller-Dieker;
- Atrofia Espinhal Progressiva (AEP);
- Síndromes causadas por teratogênicos,
- Síndrome de Dandy-Walker, além de síndromes muito raras tais como Chudley-McCullough e uma microdeleção do cromossomo 2.

Neste momento, está sendo estabelecido um fluxo de atendimento no Serviço de Genética Médica da MEAC. Contamos com a presença do geneticista no ambulatório Materno-Fetal, acompanhando as gestantes, no ambulatório de Genética Pediátrica, no ambulatório de Genética Clínica Adulta e nos pareceres internos genéticos, desde a gestante, passando por todos os recém-nascidos, até a idade adulta

para pacientes da Maternidade-Escola e do Hospital Universitário Walter Cantídio. Atualmente, esses pacientes chegam ao serviço encaminhados por outros especialistas do Complexo Hospitalar da UFC/ Ebserh (interconsulta) ou pelas Unidades Básicas de Saúde.

Esses diagnósticos contam com o apoio essencial dos profissionais do Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento em Medicamen-

tos (NPDM-UFC), que tem estrutura de sequenciador de última geração, plataformas modernas, serviço de cariótipo e Comparative Genomic Array (CGH). Nossa expectativa é a estruturação totalmente adequada para que esses pacientes consigam ter aqui na Universidade Federal do Ceará todo o atendimento necessário para o diagnóstico correto e perspectivas terapêuticas de doenças raras.



Serviço de Sexologia da MEAC: Atenção multidisciplinar e estudos em sexualidade

Dra. Débora Britto
Médica Sexóloga da MEAC

A estruturação do Serviço de Sexologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) é, além da ampliação dos serviços de assistência à saúde da mulher, uma demonstração da construção de novos paradigmas na atenção e cuidados oferecidos à população atendida nesta instituição. Tal conquista é vista como pioneira por vários profissionais que trabalham ligados à área, uma vez que foi a equipe gestora desta maternidade a primeira a requisitar através de concurso público pela EBSERH, o profissional médico sexólogo para seu quadro de funcionários.

A sexualidade humana, como parte integrante da personalidade de cada um, não pode ser separada dos outros aspectos da vida. Ao influenciar pensamentos, sentimentos, e a construção das relações humanas, influencia a saúde física e mental e merece ser olhada e cuidada, para que seja vivenciada de maneira segura e saudável. Infelizmente, porém, por ser encarada como tabu, foi por muitos anos negligenciada do ponto de vista de questão de saúde.

Desde a convocação para este trabalho, foram muitos os momentos de reunião, de escuta e diálogo

no sentido de entender as possibilidades e limitações que teríamos para estruturação do serviço. Foram inúmeras as indagações, questionamentos e até preocupações, mas foram ainda mais numerosas as demonstrações de apoio, sugestões e acolhimento.

Mais que um serviço de atendimento aos casos referenciados, percebi o interesse de que essa dimensão da vida pudesse ser levada em conta em vários outros setores assistenciais, visão essa que corrobora com a evolução da atenção em saúde, na construção de um modelo biopsicossocial de cuidado. Estamos cientes do desafio, quando o número de profissionais capacitados é reduzido e quando precisamos nos organizar para lidar com questões que muitas vezes também são em nós permeadas por tabus. Agregar essa visão na atenção aos pacientes significa que, mais uma vez, se põe em cheque o já ultrapassado modelo organicista, pois se valoriza ainda mais fortemente os aspectos psíquicos, sociais e culturais da população que procura a MEAC.

A Sexologia, como área do conhecimento, trata do comportamento sexual, tendo caráter multi e interdisciplinar, e recebe contri-

buição de vários outros campos do conhecimento: Ciências Médicas, Sociologia, Neurociências, Epidemiologia, Antropologia e etc. Assim também pretendemos que seja nosso serviço: Como uma rede interdisciplinar de cuidados na qual médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e outros colaboradores trabalham em conjunto, visando à construção de um exercício de sexualidade saudável ou tratando e acolhendo aquelas pacientes que enfrentam dificuldades na sua vida sexual ou foram vítimas de vivências traumáticas e/ou violentas que põem em risco sua qualidade de vida futura.

Um dos primeiros passos foi delimitar que demanda teríamos condições de receber e atender inicialmente. Ficou assim acertado que estruturaríamos, a priori, um serviço para acolhimento e orientação de mulheres com queixas sexuais, atendimento de mulheres com disfunção sexual e somaríamos com alguns serviços já existentes, como o de Infecções Sexualmente Transmissíveis e o Projeto "Superando Barreiras", de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual.

Temos todos a consciência de que são maiores, e mais diversas

que essas, as demandas que necessitam de atenção especializada em sexualidade, como nos casos da população transexual (que necessita acompanhamento para as mudanças em seus corpos), nos casos de transtornos de preferência sexual (parafilias) ou de impulso sexual excessivo; além de outros, que, de tão variados, nem caberia citá-los um a um. Porém, acreditamos que construir com responsabilidade um serviço requer percepção das limitações que se impõem e, por isso, é necessário construir alianças com

outros serviços que possam ser parceiros para referenciamento de casos que estejam fora do nosso perfil de atendimento.

O ATASH (Atendimento Ambulatorial em Sexualidade Humana) por exemplo, um de nossos parceiros, é um serviço de sexologia ligado à Residência de Psiquiatria do Hospital de Saúde Mental de Messejana. Ele oferece atendimento à população com transtornos da sexualidade, atuando com atenção multidisciplinar em casos de disfunção sexual feminina e masculina,

disforia de gênero, transtornos da preferência sexual, impulso sexual excessivo/compulsão sexual e outros.

As mulheres com queixas ou dificuldades relacionadas ao comportamento sexual poderão ser encaminhadas por solicitação de interconsulta (quando já estão em acompanhamento em algum outro setor da maternidade) ou através das unidades básicas de saúde, por referenciamento na rede SUS.

Saiba como foi a estruturação e organização da Atenção Multidisciplinar e Estudos em Sexualidade na MEAC.

1) Quanto à atuação, o Serviço de Sexologia da MEAC, apriori:

- Soma-se ao já existente Ambulatório de Infecções Sexualmente Transmissíveis para o atendimento à demanda e psicoeducação para prevenção de recidivas e novos casos;
- Soma-se ao Projeto “Superando Barreiras”, de atenção às mulheres vítimas de violência sexual, que atua 24 horas oferecendo orientação e tratamento para mulheres afetadas por essa ocorrência e acolhimento por equipe multidisciplinar, que acompanha cada caso desde a prevenção das DSTs e gravidez indesejada, até a realização de abortamentos previstos em lei;
- Atua em rede de atenção multidisciplinar às mulheres com disfunções sexuais.

2) Quanto à atenção às mulheres com queixas sexuais, são propostas de intervenção iniciais:

- Ambulatório de Triagem de Pacientes com Queixas Sexuais:

Com atendimento às terças-feiras, das 7h às 13h, no ambulatório A+B da MEAC. Tem como objetivos: Realizar orientação e esclarecimento de dúvidas relacionadas ao comportamento sexual; admitir para terapia sexual as pacientes portadoras de disfunção sexual; admitir para o grupo de psicoeducação sexual os casos em que as dificuldades possam estar relacionadas à educação sexual recebida, mitos e crenças errôneas ou disfuncionais a respeito do exercício da sexualidade; encaminhar para atendimentos especializados pacientes que estejam fora do perfil do serviço.

- Grupo de Psicoeducação Sexual:

Grupo fechado de tempo determinado (5 sessões), que se reúne às quartas-feiras, das 14h às 16h, na sala de grupo do ambulatório de adolescentes. Seus objetivos são: Trabalhar conceitos, crenças e comportamentos que podem interferir negativamente no exercício da sexualidade; oferecer um ambiente onde as pacientes possam manifestar-se e compartilhar dúvidas ou experiências com preservação da intimidade e privacidade; trabalhar estratégias para fortalecer a autoestima e autoconfiança para um exercício saudável da sexualidade.

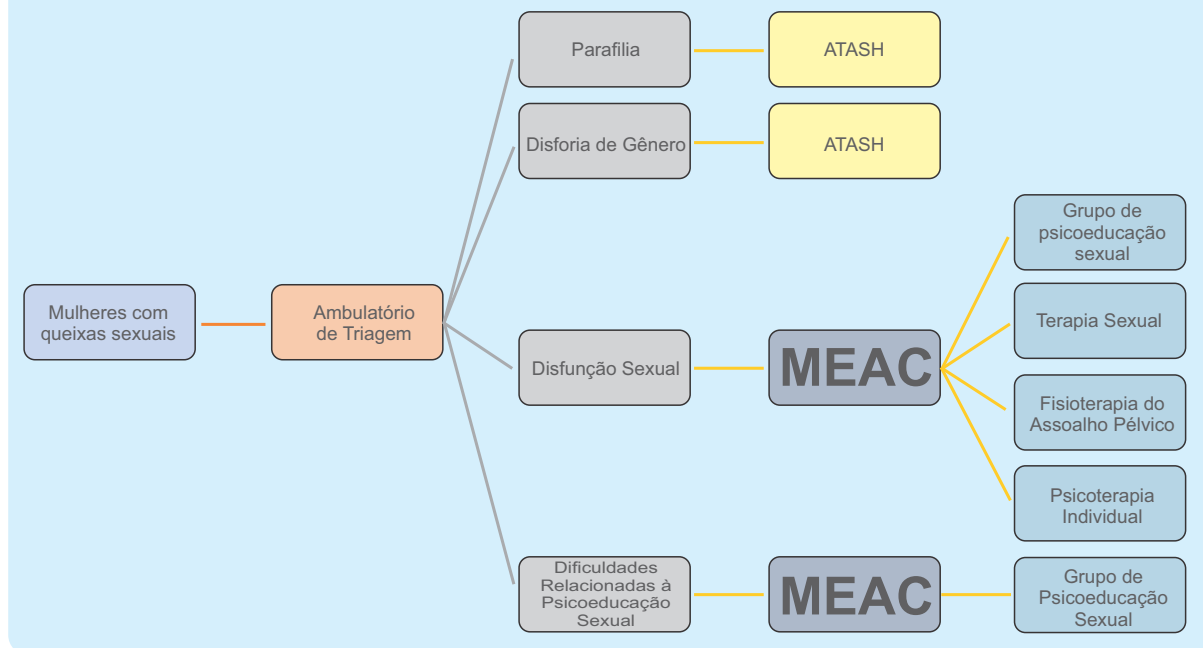
- Ambulatório de Terapia Sexual:

Com atendimento às quintas-feiras, das 7h às 13h, tem os objetivos de atender individualmente em terapia sexual os casos de disfunção sexual; avaliar para encaminhamentos internos pacientes que necessitem de atenção especializada (fisioterapia do assoalho pélvico, psicoterapia individual ou outro) e reavaliar/acompanhar os casos.

- Grupo de Estudos Em Sexualidade Humana:

É realizado às quartas-feiras, das 17h às 18h30, em ciclos de 12 a 15 semanas. O público-alvo são médicos residentes e colaboradores interessados em ampliar seus conhecimentos no campo da sexualidade humana. Objetivos: Capacitação de recursos humanos para atendimento à demanda com queixas relacionadas à sexualidade e construção de cuidados em relação à sexualidade baseados em informação e evidência científica, trabalhando mitos e tabus que permeiam a atenção à saúde sexual.

Fluxograma de atendimento do Serviço de Sexologia da MEAC:



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;

Philips Achieva 3.0 Tesla Tx

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. Médico DR. Trajano Almeida CRM 2002 - RQE 6053
Resp. Técnico DR. José Augusto Almeida CRM 3423 - RQE 6200

Incontinência urinária:

Uma condição que afeta dramaticamente a qualidade de vida

Andreisa Paiva Monteiro Bilhar

Ginecologista, coordenadora do Setor de Uroginecologia da MEAC

Letícia Matoso Freire

Bolsista do Programa de Iniciação Científica - PIBIC



A incontinência urinária (IU) é uma condição que afeta dramaticamente a qualidade de vida, comprometendo o bem-estar físico, emocional, psicológico e social. Estima-se que mais de 8 milhões de brasileiros tenham incontinência urinária, problema que pode acometer homens e mulheres de todas as idades, raças e níveis socioeconômicos. Entre as pessoas com idade superior a 60 anos, acredita-se que de 30 a 60% tenham IU. Mulheres são mais predispostas do que homens devido a fatores relacionados à anatomia, gravidez e parto.

IU é definida como perda involuntária de urina. Esta pode ser classificada em três tipos principais: Incontinência urinária de esforço (perda involuntária de urina decorrente de atividade física ou esforço como tossir ou espirrar); incontinência urinária de urgência (perda involuntária de urina associada à urgência miccional, ou desejo súbito para urinar) e incontinência urinária mista (perda involuntária de urina associada à urgência miccional e também decorrente de atividade física ou esforço).

Incontinência urinária de esforço (IUE) é o tipo mais comum em mulheres, sendo responsável por aproximadamente metade dos casos de IU, com a maioria dos estudos

reportando prevalência de 10 a 39%. Incontinência urinária mista é o segundo tipo mais comum, com prevalência estimada de 7,5 a 25%, seguida pela incontinência de urgência com 1 a 7% de prevalência.

O aspecto inicial mais importante na avaliação da IU é a história clínica. A avaliação inicial nem sempre é diagnóstica, mas oferece informações importantes que devem guiar a conduta e solicitação de exames complementares. O exame físico tem como objetivo principal reproduzir e caracterizar a incontinência, excluir distúrbios neurológicos, avaliar o suporte do assoalho pélvico e excluir outras enfermidades pélvicas.

A realização do estudo urodinâmico é recomendada nas pacientes com dúvida diagnóstica, sintomas neurológicos, falha do tratamento inicial, suspeita de dificuldade miccional associada ou que necessitarão de procedimentos invasivos.

O tratamento da IU pode ser dividido em clínico e cirúrgico. A Sociedade Internacional de Continência (ICS) recomenda o tratamento conservador como a primeira

linha terapêutica. Nestes estão incluídos o tratamento comportamental e a fisioterapia. O tratamento comportamental abrange orientações quanto à ingestão hídrica, o treinamento vesical e a educação sobre o trato urinário inferior. A fisioterapia uroginecológica utiliza os exercícios perineais e a eletroestimulação do assoalho pélvico para tratar a IU com boas taxas de cura.

No tratamento cirúrgico da IUE, as técnicas mais utilizadas são a colpopexia retropúbica e os slings. Apesar da alta taxa de sucesso da colpopexia retropúbica, o sling de uretra média é atualmente a técnica que apresenta as melhores e maiores evidências científicas no tratamento desta afecção.

O setor de Uroginecologia da MEAC conta com uma abordagem multidisciplinar no acolhimento, atendimento e tratamento dessa doença, composta por ginecologista, enfermeira e fisioterapeuta. Todos atuando em prol da melhoria na qualidade de vida da paciente. Dessa forma, disponibilizamos avaliações e tratamentos considerados padrão ouro mundial na IU.

Colaboradores do Setor de Uroginecologia:

Dra. Andreisa Paiva Monteiro Bilhar – Ginecologista Coordenadora do Setor de Uroginecologia
Enfa. Dayana Maia Saboia – Coordenadora dos Ambulatórios A+B, responsável pelo ambulatório de pessarí vaginal e avaliação da qualidade de vida das pacientes
Dra. Simony Lira do Nascimento – Prof. Assistente de Fisioterapia da UFC
Dr. Leonardo R.P.S. Bezerra – Prof. Adjunto de Ginecologia e Obstetrícia da UFC
Letícia Matoso Freire – Bolsista do Programa de Iniciação Científica - PIBIC



Gestantes e puérperas com feto suspeito de microcefalia têm atendimento psicossocial na MEAC

Angélica Barbosa
Assistente Social da MEAC

Sabrina Dêrica Arruda Rosa
Psicóloga da MEAC

O Ministério da Saúde (MS) reconheceu a relação entre o aumento da prevalência de microcefalias no Brasil com a infecção pelo vírus Zika durante a gestação em novembro de 2015, a partir de resultados de investigações realizadas em fetos com microcefalia identificados na Paraíba e no Ceará. Considerando os dados obtidos, o evento foi classificado como potencial Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (MS).

Diante das evidências, órgãos públicos e sociedade civil vêm desenvolvendo ações, em suas diversas instâncias, capazes de amenizar os impactos e repercussões que o evento apresenta.

No Ceará, de acordo com o Boletim Epidemiológico de 17/05/2016 da Secretaria de Saúde do Estado - SESA, desde outubro de 2015 já

foram notificados 203 casos, sendo 43 confirmados, 92 descartados e 95 em investigação. Frente aos casos identificados, as Secretarias de Saúde do Estado e do Município, em parceria com as Unidades de Saúde e de Assistência Social, vêm construindo uma rede de apoio a gestantes e parturientes no sentido de favorecer o acompanhamento multiprofissional dos casos existentes.

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), como referência na atenção à gravidez de alto risco, ciente da urgência que os casos de microcefalia com infecção pelo vírus Zika exigem, construiu fluxo de atendimento a esta atual demanda. Visou ao suporte clínico, emocional e social, considerando a necessidade de compreensão da dimensão biopsicossocial da paciente.

É fato que a gravidez, por si

só, já se constitui como período de mudanças biológicas, emocionais e sociais, sendo um marco bastante significativo na vida das mulheres, já que, segundo alguns autores, pode ser considerada como o ápice do desenvolvimento psicossocial feminino. Devido a tantas mudanças, podemos considerar que o período gestacional pode ser vivenciado por algumas mulheres como uma crise.

Bortoletti (2007) afirma que a gestação pode ser compreendida como uma crise normal do desenvolvimento, exigindo adaptações de todos os envolvidos, no sentido de assumir um novo lugar nas relações familiares e interpessoais. Ratificando esse pensamento, Maldonado (1985) afirma que a gravidez e o puerpério, são períodos propensos à ocorrência de crises, devido às grandes mudanças intra e

interpessoais que ocorrem nas gestantes.

Levando-se em consideração todas as transformações que ocorrem durante o período da gestação e puerpério, o apoio psicológico e social é de grande importância nesse momento, sendo ainda mais imprescindível quando existe algum tipo de alteração nesse processo, como, por exemplo, nos casos de malformação fetal.

Com relação ao suporte da Psicologia, uma das principais ferramentas utilizadas pelo psicólogo dentro do hospital refere-se à Psicoterapia Breve-Focal, que consiste numa técnica específica, com características próprias (planejamento, atividade e foco). Holanda (2012), ao tratar da atuação do psicólogo dentro do contexto hospitalar, afirma que a Psicoterapia Breve-Focal é uma técnica apropriada para ser utilizada nesse contexto, devido a sua objetividade e pontualidade. Esta técnica é bastante utilizada e

eficaz nas situações de crise, principalmente, devido à postura proativa do terapeuta e do curto prazo necessário para o restabelecimento do equilíbrio homeostático do paciente. Desta forma, o acompanhamento psicológico ambulatorial que é realizado dentro da Maternidade Escola Assis Chateaubriand segue o referencial da PB (Psicoterapia Breve-Focal).

Considerando ainda os diversos aspectos que estão relacionados às gestantes e puérperas, torna-se fundamental identificar as condições socioeconômicas destas mulheres, bem como realizar uma análise da realidade na qual se inserem, observando aspectos que possibilitem uma leitura do seu quadro de vulnerabilidade social. Quando o foco é saúde, é fundamental destacar que não se trata apenas da patologia, mas é necessário perceber as várias dimensões que a envolvem, pois saúde vai além da ausência da doença.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1987) é possível definir saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

O Serviço Social, nessa perspectiva, busca atuar nas múltiplas expressões da questão social, desenvolvendo ações de enfrentamento às novas demandas que se apresentam. Vale lembrar que a questão social está presente em todos os âmbitos e expressa-se de modos diversos, exigindo da equipe multiprofissional um redimensionamento do trabalho a ser construído. Portanto, faz-se necessário o trabalho do assistente social, que ocupa, assim, um lugar estratégico e diferenciado nessas equipes (Leme, 2013). Pensar o fazer profissional diante do cotidiano de gestantes com o diagnóstico de micro-



cefalia é estar atento às diversas repercussões que a questão apresenta, articulando com as demais áreas da equipe e favorecendo a sua ampla acessibilidade.

Visando oferecer a essas mulheres e suas famílias todo o apoio necessário para o enfrentamento da situação do possível diagnóstico da microcefalia, está sendo desenvolvido na MEAC um acompanhamento psicossocial, que se inicia nas consultas pré-natais, segue durante o período de internação da paciente e do recém-nascido e se encerra com os encaminhamentos devidos, quando da alta do neonato.

O acompanhamento psicossocial tem fluxo estruturado, que segue os seguintes passos: tem início no ambulatório do Serviço de Medicina Materno-Fetal (SMMF), quando essa mulher, ao receber o possível diagnóstico da microcefalia, é encaminhada para a equipe psicossocial, composta por uma assistente social e uma psicóloga. No primeiro atendimento, é feita uma acolhida à paciente e seu acompanhante, havendo um espaço para que eles possam colocar suas dúvidas, angústias, ansiedades, enfim, um espaço onde todos os sentimentos surgidos mediante o diagnóstico possam ser expressos e acolhidos.

Em outro momento, é realizada uma avaliação psicossocial na qual serão levantadas as demandas emocionais e sociais. Em seguida é feito um planejamento, no qual serão considerados os aspectos mais importantes a serem trabalhados com o casal: sentimentos de tristeza e desespero; frustração pelo bebê malformado; culpa pela situação do bebê; sentimentos de negação; dúvidas acerca da real situação do bebê; situação socioeconômica e encaminhamento para acesso a benefícios previdenciários e socioassistenciais, e outros. O casal segue acompanhado em atendimentos semanais ou quinzenais, nos quais haverá toda uma

preparação para a chegada desse bebê.

No Ceará, de acordo o Boletim Epidemiológico de 17/05/2016 da Secretaria de Saúde do Estado - SESA, desde outubro de 2015 já foram notificados 203 casos, sendo 43 confirmados, 92 descartados e 95 em investigação. Frente aos casos identificados, as Secretarias de Saúde do Estado e do Município, em parceria com as Unidades de Saúde e de Assistência Social.

Além do suporte emocional e social, o casal também recebe orientações acerca do acompanhamento que será oferecido ao recém-nascido no NUTEP (Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce), quando da alta hospitalar. Vale ressaltar que as gestantes que não fizeram o pré-natal no ambulatório do Serviço de Medicina Materno-

Fetal, mas tiveram seus bebês na Maternidade Escola, também são acompanhadas pela equipe psicossocial durante o período de internação.

Desde a implantação do fluxo de atendimento psicossocial, em dezembro de 2015, já foram atendidas 13 pacientes, sendo oito procedentes do SMMF: duas do centro de parto humanizado, uma da emergência e duas das enfermarias. A partir da experiência do acompanhamento psicossocial em todos os momentos do processo (pré-natal; emergência; centro de parto humanizado; enfermarias), percebe-se o quão importante é o início desse acompanhamento ainda no pré-natal, pois é possível trabalhar as questões referentes ao bebê esperado (idealizado) e o bebê real, o que minimiza bastante os níveis de ansiedade, estresse e angústia quando da chegada desse bebê.

O atendimento psicossocial desde o seu início tem contribuído para que gestantes e parturientes com fetos diagnosticados com microcefalia sejam acolhidas e acompanhadas regularmente durante a gravidez, parto e pós-parto, favorecendo significativamente para que as mulheres afetadas possam viver e compreender o processo de modo menos impactante, bem como possam lidar com as repercussões próprias da patologia.

Referências bibliográficas

- BORTOLETTI, Fátima F. et al. Psicologia na Prática Obstétrica: abordagem interdisciplinar. Barueri, SP: Manole, 2007.
- BRASIL. Anais da 8^ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- HOLANDA, Teresa Cristina Monteiro. Temas em Psicologia II: Psicoterapia Breve Focal - Teoria, Técnica e Casos Clínicos. Fortaleza: Unifor, 2012.
- LEME, Carla Cristina Cavalcanti Paes. A prática do assistente social na saúde mental. Rio de Janeiro: Ed. da UFRJ, 2013.
- MALDONADO, Maria Teresa Pereira. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. Petrópolis: Vozes, 1985.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação epidemiológica de ocorrência de microcefalias no Brasil, 2015.

Complexo Hospitalar da UFC elabora Protocolo de Condutas no atendimento de pacientes Testemunhas de Jeová



No começo deste ano, a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand e o Hospital Universitário Walter Cantídio estabeleceram o “Protocolo de Condutas no Atendimento de Pacientes Testemunhas de Jeová”. Esse documento foi desenvolvido com o intuito de padronizar as condutas no Complexo Hospitalar da UFC/Ebserh, respeitando as crenças religiosas de pacientes Testemunhas de Jeová e aumentando a segurança dos profissionais envolvidos no atendimento desses indivíduos.

De acordo com esse Protocolo, o chefe da Divisão de Gestão do Cuidado, o hemoterapeuta e a Comissão de Ética Médica devem ser acionados e participar da decisão nos possíveis cenários envolvendo Testemunhas de Jeová. A primeira situação é quando a transfusão é útil, mas não há perigo iminente de morte; a segunda, quando a transfusão é útil e há risco iminente de morte; e a terceira, em caso de cirurgia eletiva. Além disso, o Protocolo segrega os pacientes em adultos capazes e menores ou incapazes, já que a conduta é diferenciada de acordo com a população envolvida.

O Protocolo de Condutas no Atendimento de Pacientes Testemunhas de Jeová inicialmente orienta que é preciso sempre explicar ao paciente e/ou aos seus responsáveis que a Resolução do Conselho Federal de Medicina 1.021/1980 obriga o profissional de saúde a transfundir em situações críticas, com perigo de morte. No caso de incapaz ou relativamente incapaz, a Resolução determina que bastará apenas um risco relevante à saúde para que a transfusão seja executada. São consideradas incapazes: crianças, adolescentes, pessoas inconscientes (que não podem expressar sua vontade, inclusive aqueles pacientes sedados em UTI) ou com capacidade reduzida para exercer sua autonomia (doentes mentais, ébrios, pessoas submetidas a constrangimento para receber transfusões, etc).

O Protocolo padroniza, por exemplo, para pacientes adultos e capazes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos, além da orientação sobre a obrigação da transfusão em caso de risco de morte, se o desejo de não transfundir for mantido, que o paciente ou responsável providencie autoriza-

ção judicial para realizar o procedimento com respeito à objeção de transfusões na presença do perigo iminente de morte. A autorização judicial pode ser solicitada por advogado particular ou Defensor Público, naqueles casos especificados na lei.

A solicitação deve ser à Justiça Federal, constando relatório do médico assistente do paciente, assinado conjuntamente com a chefe da Divisão de Gestão do Cuidado e o Hemoterapeuta. Adicionalmente, deve-se utilizar a técnica cirúrgica menos invasiva disponível, boa reserva de ferro pré-operatória, redução de perdas, hemodiluição normovolêmica e recuperação sanguínea intra-operatória. Essas medidas, já importantes para todos os pacientes que serão abordados cirurgicamente, são essenciais no atendimento a Testemunhas de Jeová.

Acreditamos que a utilização de um protocolo institucional facilita o cuidado dos pacientes Testemunhas de Jeová e permite maior segurança para todos os profissionais envolvidos. O protocolo encontra-se disponível na íntegra na intranet da MEAC.



Regina Cláudia Melo Dodt

Enfermeira da Educação Permanente da MEAC/UFC
Doutora em Enfermagem-UFC

Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos

Enfermeira do Ambulatório de Mastologia MEAC/UFC
Mestranda do Mestrado Profissional Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará

Consulta de Enfermagem no ambulatório de Mastologia: Estratégia tecnológica para a segurança do paciente

As estatísticas nacionais e mundiais indicam que o câncer de mama é o tipo mais presente entre o público feminino, estando atrás apenas do câncer de pele não melanoma. Estimativas brasileiras para o biênio 2016-2017, preveem que entre os 600 mil novos casos de câncer, 180 mil serão de câncer de pele não melanoma e outros 420 mil serão de os outros tipos, podendo o de mama corresponder a 28,1% deste total entre as mulheres (INCA, 2015).

O aparecimento de nódulos nas mamas apavora as mulheres pela possibilidade do diagnóstico de câncer de mama. Compreendendo que a detecção precoce aumenta as chances de tratamento e cura, além do entendimento do impacto na qualidade de vida frente ao diagnóstico de câncer, o Ministério da Saúde (MS) vem investindo em diretrizes no enfrentamento desta realidade.

Um exemplo destes programas é o Viva Mulher, criado em 1998. Ele objetiva reduzir a mortalidade e

as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer de colo de útero e de mama, promovendo a reabilitação e reduzindo a exposição de fatores de risco a partir da melhora da qualidade de vida da mulher com vistas à eficácia, à efetividade e à segurança das práticas e diretrizes, garantindo a otimização dessa assistência (BRASIL, 2014).

Neste sentido, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), do Complexo Hospitalar da UFC/Ebserh, faz-se presente

com o Ambulatório de Mastologia. Funcionando de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, exceto nos feriados, este ambulatório conta com uma equipe multidisciplinar, formada por médicos mastologistas, enfermeiras, técnicos de enfermagem, psicóloga, assistente social e fisioterapeutas, que atendem pacientes provenientes da capital e do interior, referenciadas de serviços primários ou secundários, ou mesmo da própria instituição para atendimento especializado.

Além do atendimento ambulatorial, com realização de pequenos procedimentos como core biopsy guiada ou não por ultrassonografia, citologia de mama, punção aspirativa por agulha fina (PAAF), procedimentos cirúrgicos simples e complexos também compõem o leque de atividades disponibilizadas no serviço, entre os quais destacamos: mastectomias, quadrantectomias, setorectomia, exérese de ductos terminais, exérese de nevus e oncoplastias.

Quanto às atividades de Enfermagem, uma estratégia utilizada pelas enfermeiras para a detecção precoce dos desvios de saúde da cliente, resolução dos potenciais agravos e acompanhamento de medidas instituídas está descrita no artigo 11 da Lei 7.498/1986 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), complementada pela Resolução nº 159/1993, e define a Consulta de Enfermagem como uma atividade onde são utilizados componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 1986; 1993)

Sendo esta uma prática habitual nos ambulatórios da MEAC, especificamente na Mastologia, as Consultas de Enfermagem objetiv-

am a aplicação do histórico de enfermagem, com anamnese e exame físico das pacientes, que é a primeira etapa do Processo de Enfermagem, conforme propõe Wanda Horta (1979), além de esclarecer dúvidas e fornecer orientações acerca do procedimento cirúrgico e anestésico, tempo de permanência estimado no bloco cirúrgico, normas hospitalares, cuidados com feridas operatórias, manuseio de drenos no domicílio, assim como o registro do volume drenado, retorno no serviço para retirada de pontos e acompanhamento do resultado das biópsias.

Outra atividade diária é o acolhimento inserido na Política Nacional de Humanização (PNH), que afirma: “é preciso que a equipe de saúde se reúna para discutir como está sendo feito o atendimento no serviço, qual o “caminho” do usuário desde que chega ao serviço de saúde, por onde entra, quem o recebe, como o recebe, quem o orienta, quem o atende, para onde

nativas de ações inovadoras visando a melhoria na qualidade do serviço prestado, um diferencial na instituição são as reuniões de colegiado. Nelas, a equipe multidisciplinar é ferramenta de gestão, com vistas a facilitar e equacionar problemas e dificuldades de implementação de mudanças onde as decisões são compartilhadas.

Em 2015, foram iniciadas as visitas pré e pós-operatórias no leito, um marco para a Enfermagem da MEAC, alavancando a importância de enfermeiros nas equipes dos ambulatórios para garantir mais uma etapa em busca da segurança do paciente.

Enfim, dentre tantas atribuições da enfermeira assistencial na mastologia, elencam-se a seguir algumas:

*Realização acolhimento/sala de espera.

*Orientações individuais e coletivas sobre o atendimento no ambulatório e realização de exames.



ele vai depois do atendimento, enfim, todas as etapas que percorre e como é atendido em cada uma dessas etapas” (BRASIL, 2013). Com base nessas diretrizes, iniciamos este trabalho de acolhimento e sala de espera no serviço para consolidar o PNH, esclarecer as dúvidas e orientar sobre rotinas de atendimento.

Ainda no que se refere a alter-

*Coordenação, participação e organização de grupos para educação em saúde.

*Planejamento, coordenação, gerenciamento e avaliação da equipe de enfermagem.

*Realização de consultas de enfermagem.

*Realização de escala mensal de enfermagem.

- *Realização de consolidado de atendimento mensal.
- *Participação de treinamentos e atuação como multiplicador.
- *Promoção de treinamentos para a equipe de enfermagem.
- *Elaboração de material educativo.
- *Desenvolvimento, programação e priorização de ações de enfermagem em cada turno de trabalho.
- *Planejamento, zelo e controle de aquisições de materiais de consumo e permanente.
- *Elaboração de relatórios semestrais e anuais.
- *Promoção de atividades educativas (palestras, campanhas...).
- *Execução de ações de assistência integral à mulher no ambulatório de mastologia.
- *Execução de assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

- *Realização de procedimentos técnicos como curativos de feridas limpas e infectadas, com ou sem uso de curativo biológico, retirada de drenos, retirada de pontos cirúrgicos.
- *Encaminhamento de materiais contaminados ao centro de material e esterilização (CME).
- *Encaminhamento de materiais biológicos à Patologia, para realização de citologias e histopatologias.

- *Realização de visitas pré e pós-operatórias no leito durante internação das pacientes da mastologia.

Para tanto, a equipe vem recebendo incentivos da Diretoria de Enfermagem e da Educação Permanente da MEAC, na intenção de capacitar seus funcionários e colaboradores e garantir a segurança dos pacientes.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - Incidência de câncer no Brasil. 2014.

BRASIL. Instituto de Oncologia-Tratamento Quimioterápico do Câncer de Mama. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização (PNH). 1ª ed. Brasília. 2013.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Estimativa 2016. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

BRASIL. Lei COFEN nº 7.498/83 de 25/06/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.

BRASIL. Resolução COFEN nº 159/1993. Dispõe sobre consulta de enfermagem.

HORTA, W. A de. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.



Cuidamos hoje, com **amor** e **carinho**,
para construir um futuro de
paz e **esperança!**



www.coopedce.com.br
3246.2524

Gastronomia

Na Unichristus

- Graduação em 2 anos
- Laboratório gastronômico em espaço independente
- Grade curricular com 50% de aulas práticas
- 3 laboratórios e biblioteca com acervo atualizado semestralmente
- Programa de monitoria



GASTRONOMIA
UNICHRISTUS

unichristus.edu.br/graduacao/gastronomia



Vamos renovar! Que tal uma mesa nova?

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

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

**ULTRASSOM E TRANSDUTORES
NOVOS E USADOS.**



**ASSISTÊNCIA TÉCNICA
ESPECIALIZADA**

**ÓTICA
ELETRÔNICA
LABORATORIAIS
MECÂNICA DE PRECISÃO
EQUIPAMENTOS HOSPITALARES**

ARB MED

Praça Visconde de Pelotas, 09 - Centro (Mercado dos Pinhões)
Fones: (85) Tim 9.9628.1366 / Oi 9.8526.4436

Teste do Pezinho complementa ações de triagem neonatal na MEAC



Elizabeth Ribeiro Yokobatake Souza

Farmacêutica-bioquímica, Chefe da Unidade de Laboratório de Análises Clínicas e Citologia da MEAC.

Maria Liduina Freitas Pinto

Enfermeira, Chefe do Setor de Apoio e Diagnóstico Terapêutico da MEAC.

Segundo a Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal (SBTN), as ações relacionadas à triagem neonatal constituem-se de métodos para detecção precoce de doenças congênitas ou infecciosas, assintomáticas neste período, a tempo de se interferir no curso da doença. Isso permite a instituição do tratamento precoce específico e a diminuição ou eliminação das sequelas associadas à cada enfermidade. A

Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) oferece como exames de triagem neonatal: o Teste da Orelhinha, o Teste do Olhinho, o Teste da Linguinha, o Teste do Coraçãozinho e o Teste do Pezinho.

O teste do pezinho foi incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1992 (Portaria GM/MS n.º 22, de 15 de janeiro de 1992) com uma legislação que determinava a obrigatoriedade da sua realização em todos os recém-nas-

cidos vivos.

Em 6 de junho de 2001, o Ministério da Saúde (MS) lançou outra Portaria GM/MS n.º 822, que criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). Porém, em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais existentes nos estados, optou-se em implantar este Programa em fases, sendo que, quanto maior a fase, maior o número de doenças triadas no teste, conforme descri-

ção abaixo:

Fase I: Hipotireoidismo congênito e fenilcetonúria (PKU);

Fase II: Hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria e hemoglobinopatias;

Fase III: Hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobinopatias e fibrose cística;

Fase IV: Hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobinopatias, fibrose cística e hi-

perplasia adrenal congênita.

O Estado do Ceará encontra-se atualmente na Fase IV.

Diversas maternidades, hospitais e postos de saúde realizam rotineiramente a coleta para o teste. Todas as amostras colhidas nestes postos são encaminhadas aos Laboratórios Centrais dos Estados (LACENs) para realização das análises.

Em 2014, o LACEN – Ceará

realizou a análise de 105.670 amostras nas fases I, II e III, sendo 67 casos diagnosticados no Estado (três para fenilcetonúria, 38 para Hipotireoidismo Congênito, 21 para Anemia Falciforme e cinco para fibrose cística).

Para a realização do teste do pezinho são coletadas algumas gotas do seu calcanhar em papel filtro já padronizado (figura 1).

Figura 1 - Papel filtro utilizado no teste do pezinho



A ficha de coleta é um documento legal. As informações nela preenchidas são de responsabilidade de quem a preenche. Dados incompletos, trocados ou ilegíveis retardam ou impedem a realização do exame, o diagnóstico, e o recebimento dos resultados.

Mesmo sendo consideradas simples, as atividades no posto de coleta são de fundamental importância para o programa de triagem neonatal. A porta de entrada do programa é o posto de coleta. Sendo a organização deste e as informações de identificação ali coletadas essenciais para a localização rápida das crianças que requerem uma atenção especial e um atendimento médico urgente. Na MEAC, aproveitamos ainda esse momento, para orientar e detectar situações pertinentes ao aleitamento materno e encaminhar ao serviço da institui-

ção para o atendimento especializado.

O teste do pezinho é realizado obrigatoriamente em todos os bebês nascidos na MEAC ao atingirem as 72 horas de vida. Porém, se a alta hospitalar do bebê acontecer antes deste período, o recém-nas-

cido (RN) pode voltar à Maternidade para realização da coleta do exame em nosso laboratório, situado no térreo, ao lado da recepção principal. Segue, abaixo, um quadro demonstrativo das coletas, internas e externas, realizadas desde a implantação do serviço:

Teste do pezinho	Coletas internas	Coletas externas	TOTAL
Março	174	61	235
Abril	136	54	190
Maior	186	58	244
Junho	169	80	249

O horário da coleta no laboratório da MEAC é de segunda a sexta, das 13h às 17h. Para tanto, é necessária uma solicitação de exame preenchida por um médico neonatologista. Caso a criança não tenha nascido na MEAC, será necessário também o registro de nascimento para que haja a abertura do prontuário na Maternidade.



Danielle Campos de Aguiar Rogés

Chefe da Unidade de Comunicação Social da MEAC.
Jornalista, especialista em Comunicação e Gestão Política
(Universidad Complutense de Madrid).

As ferramentas de Comunicação e sua contribuição na promoção da Saúde

A Comunicação no serviço público tem relevância incontestável, dada a necessidade social de informar, esclarecer, mobilizar e propagar deveres e direitos do Estado e do cidadão. Na saúde, não é diferente. “Mostrar a relação da saúde com a comunicação é um importante instrumento na ampliação dos direitos de cidadania. Partindo do pressuposto de que a saúde é um

direito de todos e um dever do Estado, dentro do campo da comunicação, pressupõe-se que a cobertura de saúde seja considerada um “jornalismo de serviço”.

Ademais, em uma instituição com milhares de colaboradores e usuários de perfis heterogêneos, como o Complexo Hospitalar da UFC/Ebserh, faz-se necessária a intervenção de profissionais que identifiquem as demandas de Co-

municação e as executem, respeitando os níveis de interesse e as linguagens adequadas a cada público.

“Não só o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) que recorre aos hospitais universitários, mas também os contratados da Ebserh e da Universidade Federal do Ceará (UFC), os trabalhadores terceirizados, os professores, estudantes e residentes de Medicina e demais

curso de saúde da UFC, a Imprensa, os usuários das redes sociais, entre outros, são públicos interessados na assistência, nas pesquisas e nos demais serviços do Complexo Hospitalar.”

Em junho de 2015, as duas jornalistas aprovadas no concurso público da Ebserh para o Ceará foram contratadas. Isso provocou a reestruturação da Comunicação Organizacional. Atualmente, as duas Unidades de Comunicação Social (UCS) somam, além das duas jornalistas, três assistentes administrativas e um colaborador terceirizado.

A superintendência tem apoiado de forma irrestrita a UCS. Entre as ações de promoção da área, destacam-se a conquista de uma mais uma unidade de Comunicação no organograma, possibilitando que cada hospital (MEAC e HUWC) tenha sua área de Comunicação chefiada por jornalista, e a instituição de um Comitê de Gestão de Crise, instância fundamental para o gerenciamento de comunicação. As gerências de Atenção à Saúde, Administrativa e de Ensino e Pesquisa também têm interagido e subsidiado intensivamente as UCSs.

A ausência de verba direcionada exclusivamente para a Comunicação e de ferramentas de controle e monitoramento, como a contratação de uma empresa clipadora (que pince todas as inserções da MEAC, do HUWC e do Complexo na mídia) são questões às quais os gestores já estão sensíveis e que, esperamos, em breve, possam ser resolvidas. Com certeza, esses instrumentos trarão mais celeridade e eficácia à atuação das UCSs.

A Comunicação é uma ciência transversal e, desta forma, perpassa os objetivos de todas as áreas do Complexo Hospitalar da UFC/Ebserh. Desde a construção e gestão de uma reputação institucional forte e sólida a questões emergenciais de saúde pública, as diferentes

ferramentas da Comunicação têm alcançado resultados extraordinários. Em um ano, a Unidade de Comunicação Social da Maternidade Escola Assis Chateaubriand contabilizou 1.051 demandas internas e externas exclusivas da MEAC, sem considerar as solicitações de interesse comum aos dois hospitais do Complexo.

“Não só o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) que recorre aos hospitais universitários, mas também os contratados da Ebserh e da Universidade Federal do Ceará (UFC), os trabalhadores terceirizados, os professores, estudantes e residentes de Medicina e demais cursos de saúde da UFC, a Imprensa, os usuários das redes sociais, entre outros, são públicos interessados na assistência, nas pesquisas e nos demais serviços do Complexo Hospitalar.”

O trabalho desenvolvido pela UCS da Maternidade Escola segue as diretrizes da Política de Comunicação da Ebserh e está alinhado com a Coordenadoria de Comunicação Social da sede e com a Reitoria da Universidade Federal do Ceará. Ligada diretamente à Superintendência do Complexo Hospitalar da UFC/Ebserh, a UCS planeja e executa ações de comunicação nos mais abrangentes níveis. Entre elas: assessoria de Imprensa, geração e gestão de conteúdo para as plataformas digitais (site, intranet e redes sociais), apoio a eventos (cerimonial e fotos), elaboração de informativo interno online e campanhas publi-

citárias (planejamento, criação de identidade visual e execução), além de organização dos murais e revisão e edição da revista semestral e de outras publicações.

Toda divulgação é pautada em critérios de noticiabilidade como proximidade, atualidade, identificação social, intensidade, ineditismo e identificação humana. O papel do Comunicador é facilitar o acesso às informações e, mais especificamente na Saúde, essa atribuição passa também pela tradução de termos técnicos, tornando os compreensíveis pelos públicos a que se destina a mensagem.

Percebeu-se que em campanhas de saúde, as ações das áreas assistencial, administrativa e de comunicação devem ser pensadas concomitantemente, porque seu sucesso depende da integração deste tripé. Para tanto, a instituição de canais de comunicação direta, que favoreçam um fluxo de informação mais ágil (como e-mails, grupos de whatsapp, participação conjunta na reunião semanal de gestores) é condição básica. Não se justifica acionar o financeiro ou a divulgação às vésperas de um evento que já faça parte do calendário anual da MEAC. E os resultados desse planejamento dialogado já são claramente notados no êxito de eventos como o “Outubro Rosa”, a “Semana da Prematuridade”, o “Saúde Cidadã”, a “Semana do Bebê” e a “Semana Mundial da Amamentação”.

A Comunicação viabiliza o repasse de informação e a promoção de conhecimentos como fatores de motivação à mudança de hábitos que não são saudáveis. Do ponto de vista estratégico, o colocar-se no lugar do outro nos desafia a prever os questionamentos que o receptor teria e providenciar para que a mensagem realmente o impacte, sensibilizando-o a pensar ou a agir da maneira recomendada.



Trabalhar essa empatia em um hospital de atendimento humanizado e referência na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e Rede Cegonha é mais simples que em outra instituição de saúde que não priorize a satisfação do usuário.

A carência de uma unidade de comunicação estruturada e proativa era muito considerável na MEAC. Como centro de referência em gestação de alto risco, prematuridade e boas práticas em saúde, realizando, em média, 450 partos por mês, o hospital é a primeira escolha de grande parte das mulheres que buscam atendimento ginecológico ou obstétrico no Ceará. Não é de surpreender que seja também a primeira opção de fonte da Imprensa quando a pauta se refere a gestação ou cuidados com o bebê.

Somente no primeiro semestre de 2016, a área de Comunicação contabilizou 228 demandas de Assessoria de Imprensa (reportagens/entrevistas em TVs, rádios, jornais impresso e portais de notícias) exclusivamente sobre a MEAC. O relatório de produção da UCS comprova estes números. Os temas com maior repercussão foram: Zika, visita dos irmãos na UTI, amamentação, superlotação das UTIs, fechamento da Emergência e eventos, como o Saúde Cidadã e a Semana do Bebê.

Nossos porta-vozes demonstram segurança nas entrevistas e densidade de conteúdo, ao mesmo tempo em que conseguem expressar-se sem termos tecnicistas, facilitando o envolvimento do telespectador/leitor, provavelmente devido à sua experiência como professores. Sua colaboração, além de divulgar os serviços prestados pela MEAC, esclarece a população, orienta e promove a saúde, não só como ausência de doença, mas como qualidade de vida.

Interdisciplinaridade possibilita a resolução de problemas mais complexos, que não poderiam ser sanados sem a integração de diferentes saberes e funções. E a

articulação e/ou integração, apontada pela pesquisadora Olga Pombo como uma das ideias inerentes ao conceito de interdisciplinaridade, é facilitada pelas ações de Comunicação, que informam, engajam e motivam as pessoas, objetivando esforços conjuntos. A experiência vivida neste primeiro ano de MEAC atesta que já estamos no patamar da transdisciplinaridade, na qual as áreas são interdependentes, agregam umas às outras e o total é maior que a soma das partes. É neste sentido que a UCS se planeja e executa suas atividades, visando à otimização dos trabalhos e à amplificação dos resultados de toda a família MEAC.





VISITE A
EXPOSIÇÃO

COLEÇÃO **AIRTON
QUEIROZ**

FORTALEZA | CEARÁ

16 DE JUNHO A
18 DE DEZEMBRO
NA UNIFOR

terça a sexta, 9h às 19h
sábados, 10h às 18h
domingos, 12h às 18h

ESPAÇO CULTURAL UNIFOR
Campus da Universidade de Fortaleza
Estacionamento no local
Entrada gratuita | www.unifor.br

Informações: 85 3477.3000

produção executiva

realização

P Cultural
PINAKOTHEKE


FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO


ESPAÇO CULTURAL
UNIFOR

ANITA MALFAZZI
Mulher do subdesenvolvimento, 1970-1974
Óleo sobre tela, 60 x 100 cm

ENFERMEIROS

Associado ao **SENECE**, você pode ter **Unimed Fortaleza** com DESCONTO de até:

52%

Desconto válido apenas para o plano MULTIPLAN APARTAMENTO.

FAÇA O JÁ SEU PLANO.

(85) 3209-3226

propostadeadesão@unimedfortaleza.com.br



Unimed 
Fortaleza