

**55 anos de
inovação no
cuidar**

**MEAC adota pele de
tilápia na cirurgia de
reconstrução vaginal**

**Terapia nutricional
e segurança do
paciente**



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ



MATERNIDADE-ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

M. Dias Branco

Fortaleza

FAZ PARTE DA MINHA FAMÍLIA.
E, COM CERTEZA, DA SUA TAMBÉM.



Fortaleza

A experiência dá o ponto

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

Andreia Paula de Oliveira Aguiar

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

Maria Tereza Pinto Medeiros Dias

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

Macileide de Silva Bandeira

Unidade de Cuidado Intensivo Materno

Rejane Lúcia Alves 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 Transfusional

Denise Menezes Brunetta

NESAR - Núcleo de Estudos em Saúde Reprodutiva

Silvia Bomfim Hyppólito

Setor de Gestão de Ensino

Raquel Autran Coelho Peixoto

Unidade de Comunicação Social

Danielle Campos de Aguiar

EXPEDIENTE



Revista da MEAC

Autor Corporativo responsável pela publicação:

Maternidade-Escola Assis Chateaubriand
Rua Coronel Nunes de Melo, S/N, Rodolfo
Teófilo - 60430-270 / Fortaleza - Ceará.

Editores:

Danielle Campos de Aguiar (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:

Marina Caminha

Suely Guimarães

Google

Foto da capa:

Lia Aderaldo

Tiragem:

5000 exemplares

Apoio Cultural:



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, a 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.

SUMÁRIO

- 06** **Editorial**
55 anos de inovação no cuidar
- 07** **Inovação**
MEAC adota pele de tilápia em cirurgia
- 08** **Acessibilidade**
Pequenos gestos, eterna gratidão
- 10** **Serviço**
Terapia nutricional e a segurança do paciente
- 14** **Plantão**
Paradigma assistencial de enfermagem
- 16** **Neonatologia**
Cuidados paliativos
- 18** **Formação**
Setor de Ensino na MEAC
- 20** **Obstetrícia**
Relato de experiência
- 22** **Injúrias Obstétricas**
Oasis - Uma realidade virtual
- 24** **Medicina materno-fetal**
Uma história de excelência
- 26** **Residência**
Habilidades cirúrgicas
- 29** **Linhas de Cuidado:**
Uma forma diferente de pensar o cuidar
- 32** **Laboratório**
O técnico e sua contribuição
- 35** **Depressão pós-parto**
Terapia Ocupacional e a mediação do vínculo mãe-bebê
- 37** **Humanização**
Comissão implementa ações



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

Guardando vida e tranquilidade há 13 anos.

Temos muita vida pela frente



O maior presente
que posso dar
para o meu bebê

CRIOCORD o único Banco de Sangue de Cordão Umbilical do Ceará.

**TECNOLOGIA DE PONTA, ATENDENDO OS PROTOCOLOS
INTERNACIONAIS, E AINDA PERTO DE CASA.**

☎ (85) 3278.4008

📞 (85) 99987.1144 – Atendimento 24 horas

📞 (85) 98970.4283

✉ criocordcomercial@gmail.com

🌐 www.criocord.com.br

🌐 <https://www.instagram.com/criocord/>



55 anos de inovação no cuidar

José Luciano Bezerra Moreira

Superintendente do Complexo Hospitalar da UFC/Ebserh

A Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) é uma instituição que enche de orgulho a Universidade Federal do Ceará (UFC) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), que a gerencia desde 2014. Traz em seu DNA a inovação, o pioneirismo, a busca criativa pelo cuidado integral na assistência a mulheres e recém-nascidos. Seu próprio surgimento, a partir de uma campanha social capitaneada pelo jornalista Assis Chateaubriand, por meio dos Diários Associados, foi empreendedor, levantando fundos junto a toda a comunidade.

Em dezembro de 1963, a MEAC foi entregue à UFC, como hospital universitário que forma profissionais e pesquisadores em saúde da mulher e do bebê. Hoje é a primeira escolha dos candidatos a Residência em Obstetrícia e Ginecologia no Ceará. É também o primeiro Centro de Apoio ao Parto e Nascimento do Brasil, título concedido pelo Ministério da Saúde em 2016, como reconhecimento ao trabalho desenvolvido por cerca de 1700 colaboradores.

Os números da MEAC também impressionam. Em 2017, foram quase 290 mil atendimentos médicos, de enfermagem e multidisciplinares, 2.998 cirurgias e 4.853 partos. Por ser referência em gestação de alto risco, responde por 18,3% dos partos cesarianos habituais e

de alto risco realizados em Fortaleza, sendo o hospital de maior produção neste indicador na cidade.

Comemorando 55 anos, a MEAC representa assistência, pesquisa e extensão de mãos dadas; cuidando, formando e qualificando milhares de pessoas. É onde a vida de milhares de cearenses começou. É onde a vida de milhares de mulheres foi salva ou ganhou mais qualidade. No cuidado humanizado, no trabalho transdisciplinar, na empatia por sempre lembrar que cada paciente é o amor de alguém, a Maternidade-Escola mantém a cultura de solidariedade que lhe fundou.

A influência do seu primeiro diretor, professor Galba de Araújo, que formatou o programa de Atenção Primária de Saúde adotado em todo o Brasil e modelo para o mundo, permanece entranhada em cada colaborador, que vive a MEAC como um ambiente de celebração da vida. Realizando, multiplicando saberes e, principalmente, inspirando outros a irem além do convencional. Pois, usando as palavras do mesmo professor, “um homem vive eternamente nas suas ideias” e é com essa perpetuação das boas práticas que queremos marcar com experiência positiva cada cidadão ou cidadã que confia a sua vida em nossas mãos.



MEAC adota pele de tilápia na cirurgia de reconstrução vaginal

Dra. Zenilda Vieira Bruno

Médica ginecologista. Chefe da Divisão Médica da MEAC.

Uma estratégia revolucionária vem utilizando pele do peixe tilápia na construção de vaginas em cirurgias. Esse procedimento pode mudar a vida de mulheres portadoras da Síndrome de Rokitansky, doença também conhecida como agenesia vaginal. A pesquisa ainda se encontra em caráter clínico-experimental e está sendo executada por equipe multidisciplinar da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) e do Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos (NPDM).

O trabalho é acompanhado e desenvolvido com pacientes do Ambulatório de Adolescente da MEAC. Toda a parte experimental da pesquisa e o processamento da pele de tilápia são realizados no Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos (NPDM) da UFC. O uso de pele de tilápia para este procedimento vaginal é inédito no mundo. A membrana vem sendo utilizada com muito sucesso no tratamento de queimados, realizado no Ceará desde 2015, implantado pelo cirurgião plástico Dr. Edmar Maciel, coordenador da pesquisa e presidente do Instituto de Apoio ao Queimado (IAQ) do Instituto Dr. José Frota (IJF), que já aplica a pele

de tilápia como um regenerador natural da pele humana.

A condição de agenesia vaginal é rara, com incidência de uma para cada 5 mil mulheres, e provoca alterações no útero e na vagina, tornando o canal vaginal muito curto ou até mesmo ausente. A cada ano, cerca de cinco procedimentos de correção da síndrome têm sido executados somente na MEAC, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2017, as duas pacientes do Ambulatório de Adolescente obtiveram resultados positivos com a cirurgia minimamente invasiva, realizada na Maternidade-Escola, feita com pele de tilápia na correção do problema. Em 2018, operamos outros seis.

O procedimento é possível por conta da quantidade significativa de colágeno contida na pele de tilápia, que a torna tão forte e resistente quanto a pele humana. A cirurgia clássica de reversão da síndrome de Rokitansky, habitualmente utilizada há mais de 20 anos, reconstrói o canal vaginal com uso de extensos enxertos de pele da virilha da própria paciente. Nesse caso, a mulher também precisa passar pela recuperação de uma grande incisão.

Já com o advento da pele de

tilápia, a retirada de pele da paciente é desnecessária, tornando o procedimento cirúrgico mais rápido e menos agressivo. A cirurgia é realizada abrindo um espaço entre a vagina e o ânus e forrando-o com a pele de tilápia. Após o procedimento, é colocando um molde com um formato de vagina, deixando o espaço aberto e impedindo que as paredes da "nova vagina" se juntem novamente. A partir desse procedimento, as células dos tecidos da paciente em contato com as células e fatores de crescimento liberados pela pele do peixe transformam-se, como as células-tronco, formando, assim, um tecido com células iguais a de uma vagina real. Finalmente, ocorre a total incorporação e biocompatibilidade da pele de tilápia.

Após o período de recuperação, a mulher poderá seguir com uma neovagina funcional que proporcionará condições para uma vida sexual saudável, conforme o caso de cada paciente. Já temos, inclusive, relato de atividade sexual satisfatória das primeiras pacientes.

Esta técnica é desenvolvida na MEAC pelos médicos professores Leonardo Bezerra e Zenilda Bruno e pelas médicas Maria Teresa Dias (Maitê) e Andreisa Bilhar.



Acessibilidade: Pequenos gestos, eterna gratidão

Igor Andrade Azevedo - Técnico de Segurança do Trabalho

Rubem Silva Oliveira - Técnico de Segurança do Trabalho

Silvia Helena Soares Bezerra - Técnica de Segurança do Trabalho

Joiciney das Chagas Silva - Engenheira de Segurança do Trabalho

Nas últimas décadas, a sociedade despertou para aspectos de humanização, com o intuito de buscar meios que proporcionem a valorização da qualidade de vida junto às Pessoas com Deficiência (PcD) ou com mobilidade reduzida. Essa preocupação objetiva ampliar a capacidade e o desempenho das atividades com segurança e autonomia - total ou assistida - nos espaços públicos ou coletivos.

Acessibilidade e humanização requerem comprometimento, doação, dedicação e identidade com o labor cotidiano. O “cuidar” do próximo, evidentemente, traz consigo elementos essenciais, como a dignidade e a realização profissional. Esse papel, assertivamente, tem marcante trajetória na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), que, em perfeita sintonia e serenidade, renova sua missão, visão e valores.



Foto 1 - Projeto capacita profissionais na inclusão de deficientes visuais na MEAC.

Fonte: Unidade de Comunicação Social/MEAC

Consciente da importância que “o cuidar” tem no seu sentido de ser e o que representa na vida de muitas pessoas, a Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (Usost) e a Unidade de Desenvolvimento de Pessoas (UDP), em 2016, sensibilizadas com a temática da mobilidade nos corredores e acesso às enfermarias da MEAC, elaboraram projeto de capacitação sobre acessibilidade – deficiência visual. O intuito foi proporcionar ações e soluções capazes de mitigar dificuldades e despertar o olhar da coletividade atuante na instituição.

Desta forma, com base em parâmetros técnicos, apontamentos legais e normativos interinstitucionais, o projeto foi validado junto à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) e posto em execução imediatamente. As vertentes na implementação da nova modalidade intrainstitucional foram diversas, nas quais o alinhamento das competências pôde ser implementado intersetorialmente. Partindo desse princípio, tornou-se relevante adotar as seguintes ações: treinamento teórico e prático junto ao público alvo; revitalização da cultura institucional referente às demandas da acessibilidade; modernização do ambiente laboral; inclusão de profissional com deficiência visual.

A receptividade para o novo projeto superou as expectativas, sendo esse amplamente abraçado pelo corpo de profissionais que atuam na MEAC. No período de maio a julho de 2016, trezentas e dezesseis (316) pessoas receberam capacitação sobre acessibilidade. Desse grupo, 80 (oitenta) profissionais da Hotelaria

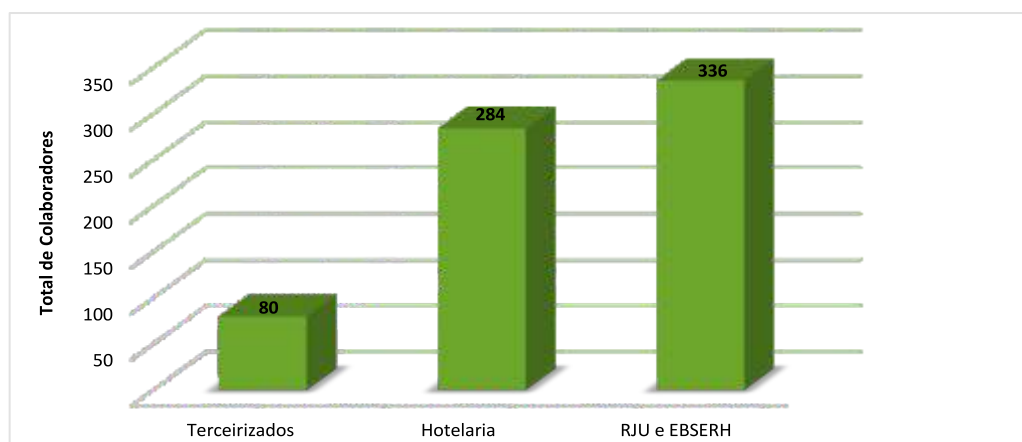
receberam treinamento teórico e prático.

A parte prática contou com o apoio da equipe da UDP, que realizou vivência, através de dinâmica de grupo sobre acessibilidade visual. Nesta etapa, os participantes tiveram a oportunidade de vivenciar parte da rotina de uma pessoa que não enxerga, de sentir as dificuldades envolvidas nos deslocamentos do cotidiano, que apresentam alto grau de dificuldade quando uma PcD não está contemplada na inclusão social. A foto 1 ilustra a atividade prática. Os demais participantes, um público de 336 pessoas, foram treinados in loco, ou seja, nos seus postos de trabalho na MEAC.

Desta mesma forma, novos treinamentos foram implementados na segunda fase do Projeto de Acessibilidade e se estenderam no ano de 2017. O gráfico 1 apresenta, o demonstrativo de treinamentos praticados para o projeto de capacitação em acessibilidade. A realização das capacitações foi primordial para a adesão imediata à desobstrução de rotas destinadas à acessibilidade.

O grande objetivo da acessibilidade é proporcionar, de forma segura, maior independência, de modo a assegurar a todas as pessoas o direito de ir e vir nas mais diversas áreas. Esses momentos foram apenas o início da efetivação de mais ações, a fim de concretizar a acessibilidade permanente na instituição, exprimindo a importância de cuidar das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida e gerando qualidade de vida.

Demonstrativo Treinamento em Acessibilidade



Colunas1	Terceirizados	Hotelaria	RJU e EBSERH
	80	284	336

Gráfico 1 - Total de pessoas treinadas em Acessibilidade na MEAC em 2016 e 2017

O Serviço de Terapia Nutricional e a Segurança do Paciente na MEAC



Eugenie Desirée Rabelo Nêri Viana – Farmacêutica. Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente da MEAC

Gabrielle Mendes Gott – Enfermeira Especialista em Terapia Nutricional Parenteral/Enteral do Serviço de Terapia Nutricional da MEAC

Rhaquel de Moraes Alves Barbosa Oliveira – Enfermeira do Serviço de Gerenciamento de Risco/ Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente da MEAC

A Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, preocupada em investigar o índice de desnutrição hospitalar no Brasil, realizou, em 1996, uma pesquisa multicêntrica em hospitais da rede pública. Foram envolvidos 4.000 pacientes, em 12 estados do Brasil mais o Distrito Federal, internados em hospitais públicos, revelando que quase metade (48,1%) deles apresenta algum grau de desnutrição (IBRANUTRI,1996).

Sabe-se que a alimentação é uma condição essencial para a sobrevivência de todo o ser humano, para a manutenção das funções vitais, da saúde e do bem-estar geral. Porém, muitos pacientes hospitalizados apresentam dificuldade para se alimentar e manter um estado nutricional adequado devido a diversos fatores, como: doença de base, dor, náuseas, ansiedade, vômitos, inapetência, disfagias, depressão, jejuns prolongados, incapacidade funcional, intubação, imaturidade do trato gastrointestinal (TGI), procedimentos, e até mesmo pelo próprio ambiente hospitalar. Diante da importância da alimentação e das dificuldades vivenciadas, é essencial que todos os pacientes admitidos nas unidades hospitalares recebam acompanhamento nutricional (ILSI,2007).

Na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), o acompanhamento nutricional inicia-se na admissão hospitalar seguindo até a alta, com o objetivo de manter o estado nutricional, prevenir a desnutrição hospitalar e abreviar o jejum prolongado.

A nutrição inadequada no paciente hospitaliza-

do afeta sua evolução clínica; aumentando a incidência de infecções e de doenças associadas, bem como complicações pós-operatórias, o que levará a um prolongamento do tempo de permanência e aumento dos custos hospitalares. Portanto, a implementação da terapia nutricional precoce e efetiva é um processo crucial para evitar a desnutrição no paciente (WAITZBERG,2009).

Durante os últimos 20 anos, vários estudos têm demonstrado no mundo inteiro consequências da desnutrição para pacientes hospitalizados. A desnutrição energético-proteica é definida como um desequilíbrio entre o suprimento de nutrientes e de energia e a demanda do organismo para assegurar a manutenção, o crescimento e as funções metabólicas. Um dos efeitos da desnutrição é a perda de massa magra, que eleva o risco de infecção, diminui a cicatrização e aumenta o risco de mortalidade. Para evitar esse quadro de desnutrição hospitalar, normalizar a síntese proteica, diminuir a resposta inflamatória, prevenir atrofia intestinal e a translocação bacteriana do lume intestinal, melhorar a resposta imune, atingir o equilíbrio nitrogenado e, enfim, recuperar o estado nutricional do paciente, é decisivo o acompanhamento e indicação precoce nas primeiras 24 - 48 horas do suporte nutricional dos pacientes (MATSUBA ,2009 e WAITZBERG,2009).

A MEAC, preocupada em prevenir a desnutrição hospitalar e melhorar a qualidade da assistência, implantou em abril de 2017 o Serviço de Terapia

Nutricional (CEARÁ, 2017a), com o objetivo de implementar, monitorar e avaliar o cumprimento de Boas Práticas da Terapia Nutricional, com base na RDC nº 63/2000 e nas Portarias 272/1998 e 120/2009. O Serviço foi criado em fevereiro de 2017, com a admissão da primeira enfermeira especialista em terapia nutricional, Gabrielle Mendes Gott, seguido da admissão do primeiro nutrólogo, Luiz Barbosa da Silva Neto. O Serviço de Terapia Nutricional na MEAC possui como colegiado deliberativo a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional – EMTN.

A EMTN, implantada na MEAC em 2017 (CEARÁ, 2017b), é constituída obrigatoriamente por médico, nutricionista, enfermeiro, farmacêutico, e fonoaudiólogo com treinamento específico para esta atividade. Na instituição, participam da EMTN representantes de diferentes setores, que se reúnem ordinariamente todos os meses, com a finalidade de estabelecer as diretrizes técnico-administrativas para o adequado atendimento em terapia nutricional; assegurar a capacitação dos seus membros na temática de sua competência; e construir protocolos de avaliação nutricional e rotinas que

envolvam a terapia nutricional (indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração e acompanhamento). Os protocolos e rotinas elaborados, são divulgados e implementados pelo Serviço de Terapia Nutricional, o qual também possui por função zelar pela segurança do paciente em uso de terapia nutricional enteral e parenteral.

No âmbito hospitalar, algumas situações clínicas contraindicam a alimentação fisiológica (oral). Esses casos requerem o olhar atento da EMTN e suas intervenções, podendo ser o uso da Terapia Nutricional Enteral, ou Parenteral. Segundo o Ministério da Saúde, a Nutrição Enteral (NE) é definida como alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou



*Aqui você encontra
modernidade e credibilidade*

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE 3,0 TESLA COM MULTITRANSMISSÃO DE SINAIS

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

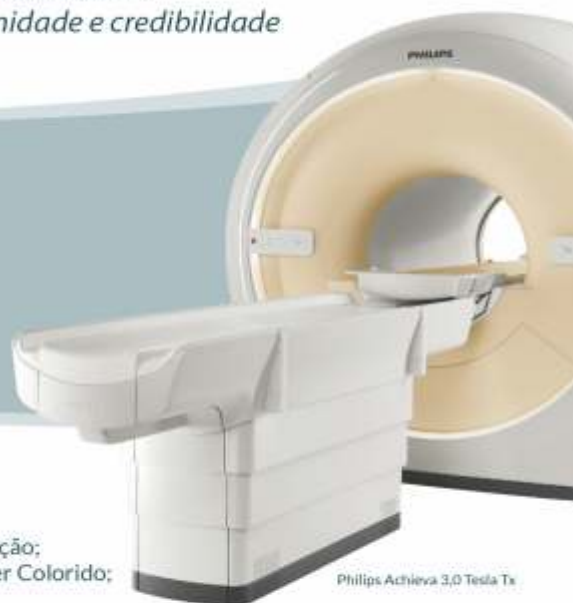
SERVIÇOS

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

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

Estacionamento gratuito e com manobrista

Av. Dom Luis, 200 – Fortaleza/CE – Fone/Fax: 85 3066.7900 / 3066.7916



Philips Achieva 3.0 Tesla Tx

RESP. TÉCNICO:
Romp. Técnico Dr. Trajano Almeida CRM 2002 - RQE 6363
Romp. Técnico Dr. Anel Joazelem Almeida CRM 3423 - RQE 6290



manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.(BRASIL, 2000).

Denomina-se Terapia Nutricional a oferta terapêutica de proteínas, energia, minerais, vitaminas e água, adequada às necessidades dos pacientes pelas vias oral, enteral ou parenteral. A nutrição enteral pode ser administrada através da boca, sonda gástrica/pós-pilórica ou ostomias (estômago, intestinos), em contrapartida, a terapia de nutrição parenteral é definida como solução ou emulsão composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas (BRASIL, 1998). É indicada quando ocorre a inviabilidade da passagem do alimento pelo trato gastrointestinal, sendo utilizada como alternativa à via endovenosa sob a forma de solução parenteral.

Acredita-se que ações preventivas com foco na segurança do paciente e de combate à desnutrição hospitalar resultam em uma assistência de qualidade aos pacientes internados na MEAC.

O Serviço de Terapia Nutricional da MEAC funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, no Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, localizado ao lado da Emergência.

Saiba +

O investimento em Terapia Nutricional traz ganhos relevantes para a qualidade e assistência. A cada R\$ 1,00 investido em Terapia Nutricional Enteral são gerados R\$ 4,13 de economia total, resultando na redução do tempo de permanência hospitalar, aumento na rotatividade dos leitos, melhores resultados clínicos, melhor evolução da doença de base, maior sobrevida e menor custo (BRASIL, 1999).

Referências

1. MATSUBA, Claudia Satiko Takemura., Enfermagem em Terapia Nutricional, 2009.
2. WAITZBERG, DL, Gama-Rodrigues J, Correia MI. Desnutrição hospitalar no Brasil. In: Waitzberg DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. São Paulo: Atheneu; 2009.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Técnico para terapia de nutrição enteral. Resolução RDC nº 63, de 6 de julho de 2000.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Regulamento Técnico para terapia de nutrição parenteral. Portaria 272, de 8 de abril de 1998. Brasília, 1998.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria conjunta da Secretaria Executiva e da Secretaria de Assistência a Saúde (SE/SAS) nº 38, de 29 de setembro de 1999.
6. CEARÁ, Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Portaria Nº 10/2017 que cria o Serviço de Terapia Nutricional na Maternidade Escola Assis Chateaubriand: 20 de abril de 2017a.
7. CEARÁ, Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Portaria Nº 33/2017 que institui a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) na Maternidade Escola Assis Chateaubriand: 25 de outubro de 2017b.
8. Correia, M. Isabel T. D.; Caiiffa, Walerka T.; Waitzberg, Dan., Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI), 1996.
9. ILSI, Força Tarefa Nutrição Clínica – II Ciclo de Debates – Desnutrição Hospitalar, 2007.

ARB MED

Vamos renovar! Que tal uma mesa nova?

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

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

**ULTRASSOM E TRANSDUTORES
NOVOS E USADOS.**



**ASSISTÊNCIA TÉCNICA
ESPECIALIZADA**

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

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



Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal

Enfermeira da MEAC.

Lívia de Paulo Pereira

Enfermeira da MEAC.

Simone Maria Pinheiro Meireles

Enfermeira. Chefe da Divisão de Enfermagem da MEAC.

Passagem de plantão: Paradigma assistencial de enfermagem nas clínicas de internação ginecológica e obstétrica

A passagem de plantão é um mecanismo utilizado pela enfermagem que assegura a continuidade da assistência prestada como atividade fundamental para a organização do trabalho. Nela, acontece a transmissão de informações entre os profissionais que terminam e os que iniciam o período de trabalho, abordando sobre o estado dos pacientes, tratamentos, assistência prestada, intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade de internação que merecem atenção(1).

Neste processo, as formas de comunicação mais comumente adotadas são a oral e a escrita. A comunicação é uma competência necessária aos profissionais de enfermagem, os quais devem estar atentos aos conteúdos informativos e resultados do processo comunicativo(2). Entretanto, um estudo realizado mostrou que ruídos e interferências atrapalham a passagem de plantão, provocando

desconcentração dos profissionais e possíveis falhas de compreensão. Verificou-se ainda que atraso de membros da equipe, conversas paralelas, chamadas telefônicas, entrada e saída de funcionários, interrupções de outros profissionais, presença de pacientes e familiares, saídas apressadas dos profissionais e impontualidade para o início da atividade colocam em risco o êxito da passagem de plantão(3).

Além disso, a passagem de plantão deve ser considerada a primeira etapa do planejamento, pois permite avaliar a assistência prestada e promove intervenções sobre os planos de cuidados dos pacientes. Sendo o enfermeiro o gerenciador do cuidado de enfermagem, sua participação torna-se fundamental nesse momento(1). Ele é o elo entre as equipes e, assim, precisa considerar o relacionamento interpessoal, preocupar-se em minimizar os fatores comportamentais, de infraestrutura e os

ruídos que possam interferir na comunicação, com a finalidade de garantir a continuidade da assistência e o planejamento do trabalho.

Sendo a passagem de plantão uma atividade inerente ao cotidiano do trabalho de enfermagem e passível de problemas, como identificamos na literatura, considera-se importante compartilhar os avanços e as dificuldades da experiência da passagem de plantão da equipe de enfermagem nas unidades de internação das clínicas (ginecológica e obstétrica) da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC). A implementação desta atividade foi uma das iniciativas da chefia da Divisão de Enfermagem como proposta do projeto Crescer com Competência/ 2017 para avaliação de desempenho dos profissionais, bem como subsidiar o processo comunicacional.

A passagem do plantão da equipe de enfermagem ocorre no



posto de enfermagem, sendo utilizado para isto um instrumento semi-estruturado. Em geral, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem passam o plantão separadamente (técnicos/auxiliares de enfermagem para técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros para enfermeiros). Os enfermeiros utilizam um livro-relatório em que comentam a respeito do estado, assistência prestada e intercorrências de todas as pacientes, em geral, compartilhando as informações com os auxiliares/técnicos de enfermagem. Por outro lado, os técnicos/auxiliares de enfermagem informam sobre as atividades realizadas ou em andamento ao colega que prossegue, no plantão seguinte, transferindo as que não puderam ser concretizadas para o próximo turno e registradas como pendências, além de observações importantes sobre cada paciente.

Portanto, subsidia o planejamento das atividades diárias da equipe de enfermagem para a

integralidade do cuidado(1). No instrumento, as informações evidenciam os aspectos de assistência direta da paciente (condições gerais de saúde e/ou sua alteração e a conduta proposta). Representam a realidade vivenciada, buscando traduzir a dinâmica do trabalho durante um determinado período. Na descrição da operacionalização, o enfermeiro ou técnico de enfermagem que inicia o plantão, tendo em mãos o instrumento, faz a revisão das anotações ocorridas no plantão anterior e consegue priorizar as pendências, identificar os casos graves e a necessidade de condutas imediatas.

Percebe-se que a equipe de enfermagem consegue organizar melhor o trabalho, principalmente referente ao atendimento de prioridades; os registros passaram a ser revisados pelas equipes, diminuindo as falhas; a assistência realizada no período era avaliada pelo enfermeiro e auxiliar de enfermagem; tentou-se atingir o cumprimento de horários de entrada e saída do trabalho por

toda a equipe. Apesar da resistência de alguns profissionais de enfermagem na adesão imediata da nova estratégia de transmissão de informações, muitos consideravam imprescindível para um repasse verbal de informações ao colega, o que foi sendo adaptado com o tempo.

Por fim, o sucesso da passagem de plantão depende de um trabalho de equipe bem articulado e a qualidade da informação depende da habilidade de quem fala, do tempo dispendido e da preocupação da equipe em registrar informações que relatem as intercorrências com a paciente. Deve ser vista como um momento para educação, reflexão e entrosamento de equipes, sob o enfoque multidisciplinar, objetivando reavaliar condutas, proporcionar crescimento mútuo, enfim, melhorar o desenvolvimento do trabalho de enfermagem, culminando com melhorias para a segurança ao paciente.

Referências

1. Barbosa PMK, Barbosa VBA, Soares FV, Sales PRS, Barbosa FK, Paula e Silva LC. Organização do processo de trabalho para passagem de plantão Utilizando escore para dependência e risco clínico. *RevAdm Saúde*. 2013 jan-mar;15(58):19-262.
2. Silva MF. A comunicação na passagem de plantão de enfermagem e sua repercussão na segurança do paciente pediátrico [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012 [citado 2016 jul 4].
3. Teodoro WR, Aquino LAM. Análise do processo de passagem de plantão em uma unidade de internação pediátrica. *Rev Min Enferm*. 2010;14(3):316-26.

Cuidados Paliativos na Neonatologia: Profissionais e família unidos para suavizar a dor.



Maria do Socorro Leonácio – Psicóloga Hospitalar da MEAC

Katrien Antonissen – Médica neonatologista da MEAC.

Mara Carolina Ribeiro Gomes – Assistente Social da MEAC.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), os cuidados paliativos consistem na assistência multidisciplinar ao paciente e familiares, objetivando a melhoria da qualidade de vida diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. A área dos cuidados paliativos tem crescido bastante desde a década de 1990 e, conseqüentemente, houve um incremento do interesse pelo tema. Atualmente, os cuidados paliativos também chegaram à neonatologia, direcionados aos bebês fora de possibilidades terapêuticas de cura e seus familiares.

A prática dos cuidados paliativos deve seguir os princípios bioéticos da beneficência e da não maleficência, sempre visando a melhoria da qualidade de vida do bebê e da sua família. Para tanto, é fundamental oferecer um atendimento humanizado, com o reconhecimento da importância dos pais nesse processo de cuidado, inclusive na tomada de decisões no atendimento do bebê (Iglesias; Krebs, 2010). Diante da impossibilidade terapêutica, não há o dever de curar, nem o de salvar, mas sim o "dever de cuidar" e isso faz parte dos propósitos da Política Nacional de Humanização (PNH, 2004).

No período neonatal, a avaliação do prognóstico de algumas doenças é complexa, tornando difícil prever a evolução para óbito ou seqüela neurológica permanente. A transição para cuidados paliativos deve fazer parte da assistência quando a morte é inevitável ou muito provável, para evitar sofrimento e dar suporte familiar, aliviar estresse e tornar a experiência mais tolerável. O cuidado paliativo amplia a assistência além

das tecnologias dos cuidados tradicionais da UTI, no intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente e da família.

Entre as condições neonatais mais comuns em que a indicação de cuidado paliativo deve ser discutida com a família, temos prematuros extremos no limite da viabilidade, recém-nascidos com malformações congênitas maiores - incompatíveis com a vida prolongada -, recém-nascidos com doença não responsiva ao tratamento agressivo e sem melhora clínica.

A criança nasce com características diferentes do que os pais imaginavam, pais que no processo de perda do filho idealizado apresentam maior vulnerabilidade emocional. A equipe de saúde exerce papel importante para ajudar na interação neonato-família, permitindo que permaneçam juntos, dando suporte necessário e explicando procedimentos e etapas que o recém-nascido há de enfrentar.

A partir da necessidade da equipe de assistência da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), e visando melhor atendimento ao paciente, o hospital organizou uma equipe de cuidados paliativos multiprofissional em março de 2016, a fim de ampliar o grau de contato e comunicação entre equipe de assistência e familiares. O fluxo inicia-se com uma equipe de assistência médica que sinaliza a necessidade de abordagem da equipe de cuidados paliativos para a família do paciente em condição ameaçadora de vida.

Como parte da política de humanização, é

realizado o atendimento acolhedor da família do paciente com equipe multiprofissional constituída por enfermeira, psicóloga, fisioterapeuta, assistente social e médico, num ambiente confortável, que respeite a privacidade dos pais. Nesta reunião familiar com a equipe é feita escuta ativa para avaliar dúvidas, queixas, preocupações e angústias. O uso de linguagem que mostre empatia como "sinto muito", "o que posso fazer por você neste momento", "tudo isso deve ser bem difícil para vocês", "estou aqui com você e quero escutá-lo", são palavras que ajudam na percepção da família, na intenção da equipe em ajudar e não causar mais dor.

As respostas para necessidades trazidas e a compreensão da doença e dos cuidados crescem com reuniões e acompanhamento contínuo. Cada família é diferente e requer tratamento individualizado para desenvolvimento da confiança e de decisões compartilhadas. A identificação precoce, a avaliação e o tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual aumentam a segurança dos familiares de que o paciente recebe a melhor assistência durante toda a evolução da doença.

A equipe de cuidados paliativos realiza outras ações, que envolvem sensibilização da equipe multiprofissional da neonatologia, encontro com a famílias pós óbito, orientação permanente à equipe de assistência sobre a rotina junto aos recém-nascidos, visita ampliada dos familiares e de representante religioso de escolha da família.

Privilegiar a adequada comunicação entre profissionais envolvidos/familiares e estes com as informações obtidas ajudará na participação ativa do processo de tomada de decisões, exercendo a autonomia dos pais para o benefício do recém-nascido. Valorizar, reconhecer e respeitar a atuação da família também acompanha a política de humanização. Portanto, todas as ações de prevenção e terapêuticas são planejadas com a participação da família e a equipe assistencial. Reflexão sobre cuidados que visem o bem-estar do paciente e a não maleficência, suspensão de tratamentos fúteis que prolonguem o morrer, também são questões abordadas durante todo seguimento dos pacientes e familiares.



A medicina paliativa prioriza o alívio do sofrimento mesmo que a cura não possa ser alcançada e o cuidar é parte integral do tratamento por meio da visão global do paciente e de seus entes queridos. O máximo de respeito ao ser humano no final de vida, incluindo aqueles que mal iniciaram sua jornada, deve ser priorizado e a implantação dos cuidados paliativos, tendo como aliada a PNH, assegura dignidade aos pacientes e seus familiares, que buscam na assistência em saúde de excelência o conforto para os males que enfrentarão pelo caminho.

Com base na experiência relatada, foi possível verificar a importância dos cuidados paliativos às famílias de recém-nascidos internados em Unidades Neonatais. Observou-se, ao longo do período desse projeto, quatro resultados evidentes: 1. Maior aproximação da família em relação ao bebê, observada pela equipe das unidades neonatais; 2. Redução dos sentimentos de ansiedade da família em relação ao recém-nascido, relatado pelos pais; 3. Maior compreensão do quadro e evolução clínica; 4. Uma ampliação dos momentos de reflexão da equipe de saúde e da família sobre os processos de morte e luto. Observou-se a importância de uma abordagem humanizada e interdisciplinar para a implementação de cuidados pautados na ética e na qualidade de vida. É importante, por fim, ressaltar, que a experiência relatada continua ocorrendo e que novas etapas estão em fase de implementação, como o grupo de apoio ao luto.

Referências

- ARAÚJO, M. M. T. Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, 2011.
- STRAUB, R. O. Psicologia da Saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao recém-nascido: método canguru. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.
- IGLESIAS, S. B. O.; KREBS, V. L. J. Cuidados paliativos em pediatria e neonatologia. Recomendações: atualização de condutas em pediatria. n. 53, 2010. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.



Setor de Ensino na MEAC: Portas abertas para a formação no cuidar

Raquel Autran Coelho – Médica ginecologista obstetra. Chefe do Setor de Ensino da MEAC.

Desde a sua inauguração, em 1965, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), ligada ao Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), tem buscado realizar assistência, ensino e pesquisa para o cuidado à saúde da mulher e do recém-nascido.

O Setor de Ensino da MEAC, vinculado à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), dispõe de uma estrutura física operacional localizada no 1º andar das Ilhas, com os recursos necessários para o seu funcionamento, e do apoio das Unidades de Graduação, Residências Médica e Multiprofissional e da

Unidade de Extensão. Mantém forte vínculo com o NESAR (Núcleo de Estudos em Saúde Reprodutiva) e o NEPS (Núcleo de Educação Permanente em Saúde), ambos localizados no 4º andar da MEAC.

A MEAC conta com 53 vagas ocupadas de residência médica (18 em Neonatologia, 32 em Tocoginecologia, 1 em Medicina Fetal e 2 em Endoscopia Ginecológica), 12 vagas de residência de Enfermagem e 23 de residência multiprofissional. Recebe também residentes de Anestesiologia do HUWC e em intercâmbio. Conta ainda com programa de Especialização em estágio de Enfermagem Obstétrica,

vinculada ao MEC/UFC.

O hospital recebe estudantes de Graduação de diversos cursos, como: Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição e Serviço Social, provenientes de diferentes instituições, tais como: UFC, UNIFOR, UNILAB, Unichristus, ATENEU, Faculdade Maurício de Nassau, UECE, UVA, dentre outras. Também disponibiliza visitas técnicas em setores variados do hospital, a estudantes e pesquisadores provenientes de outros hospitais e faculdades, tanto públicos como particulares.

Mais recentemente, houve melhorias significativas da ambiên-

cia para o ensino no hospital, com três novas salas de aula equipadas com recursos tecnológicos (localizadas no 3º andar da MEAC) para apoio às atividades de graduação, residências (médica, de Enfermagem e multiprofissional) e de extensão e educação permanente. Apesar de haver dificuldades em infraestrutura, as atividades de ensino têm sido estimuladas, com valorização ao Centro de Parto Humanizado (inclusive com apoio de projetos do MS/Brasil como o Apice On e Cegonha), ambulatórios de triagem e de especialidades, por exemplo. Há também preocupação com melhor regulação de número de alunos nos diferentes setores, e com a manutenção de atividades assistenciais voltados para o ensino.

Com o intuito de oferecer o suporte necessário para o desenvolvimento de atividades acadêmicas, a GEP vem instituindo seus fluxos em acordo com as Unidades Acadêmicas, de forma a facilitar a tramitação de projetos e atividades de ensino e pesquisa na MEAC.

O Ensino e a pesquisa estão interligados na instituição, com Comitê de Ética em Pesquisa próprio, que analisou 144 projetos de pesquisa em 2017, e 140 em 2018. Tem havido aumento do número de artigos completos publicados em periódicos e capítulos de livros foram produzidos, com o apoio de professores da UFC e profissionais do hospital. Vários preceptores da MEAC são alunos dos programas de pós graduação da UFC. Iniciativas

da Ebserh, como os mestrados profissionais em Gestão e Inovação em Saúde e em Pesquisa Clínica, além da pós-graduação em Preceptor, também têm ampliado a perspectiva de formação dos colaboradores da Maternidade-Escola, como estudantes e disseminadores da cultura científica.

O Setor de Ensino da MEAC tem, portanto, compromisso marcante com a formação para o cuidado em saúde e a realização de pesquisas de excelência na área de saúde da mulher e perinatal. Isso propicia atuação indissociada do ensino e pesquisa entre nossos estudantes, permitindo sua intervenção na realidade social em que se inserem.



CRM: 3930

DR ELMAR FILHO

Ginecologista, Obstetra e Especialista em Reprodução Humana

Formação em Medicina – UFC
Residência Médica em G.O – HGF
Preceptor de Residência Médica em GO do HGF
Coordenador Científico da Fertvida Fortaleza

Realizando sonhos

Infertilidade:
Diagnóstico e Tratamento
Reprodução Assistida

 www.drelmarfilho.com.br
  @drelmarfilho

Av. Santos Dumont, 2626, sala 115
Ed. Plaza Tower - Aldeota - Fortaleza-CE
(85) 3261-5045 / 98839-4738





Relato de Experiência: Enfermeira obstetra de Minas Gerais relata sua vivência no Centro Obstétrico da MEAC

Autora:

Ana Beatriz Querino Souza e Silva

Enfermeira obstetra temporária do Centro Obstétrico da MEAC.

Minha história com a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), da Universidade Federal do Ceará (UFC), teve início após aprovação no concurso da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) para o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), em Minas Gerais. Tomei posse como enfermeira obstetra/Saúde da mulher, porém, como a maternidade do hospital estava em fase de construção, a Empresa nos ofereceu uma transferência temporária de 120 dias em uma das maternidades da rede. Por desconhecer o perfil das maternidades da Ebserh, solicitei que me indicassem uma instituição. A única exigência que fiz: ir para uma maternidade na qual houvesse a atuação da enfermeira obstetra. A resposta que tive de imediato foi: “Você deve ir para MEAC. É nossa maternidade referência em boas práticas”.

Imediatamente, vieram a ansiedade e o receio de me mudar às pressas para outra região, acomodar família, deixar demais familiares/amigos e me afastar de outros compromissos profissionais. Entretanto, em meio a este turbilhão de dúvidas, havia o desejo e a curiosidade de vivenciar o novo. Como seria a adaptação ao Nordeste, a aceitação da equipe, a assistência nesta maternidade? Seria possível fazer parte de uma realidade obstétrica diferente daquela diagnosticada no país, marcada pela medicalização do parto, intervenções desnecessárias, violência e violação de direitos?

O tempo passou muito rápido e os 120 dias propostos chegaram ao fim. E passou tão depressa porque me senti completamente em casa ao encontrar uma equipe acolhedora, calorosa e defensora das questões da humanização da assistência ao parto e nascimento, como eu.

Coincidentemente, no meu primeiro dia, me deparei com uma solenidade de lançamento da missão, visão e valores da MEAC. No decorrer dos dias comprovei quem é a MEAC, como funciona e onde quer chegar.

Tive a oportunidade de vivenciar momentos que ficarão para sempre em minha memória. Desde o entrosamento e sintonia, mulheres empoderadas ou sendo fortalecidas pela equipe, ativas e recebendo seus filhos na posição que desejam. Presenciei partos em banquetas, bebês nascendo empelcados (dentro da bolsa de líquidos)... Foi divino ver a enfermagem partejando com ciência e amor, presenciar médicos trazendo para o momento do parto copo com água, espelho (para mulher visualizar a saída do seu filho por suas entranhas) ao invés de amniótomos, fórceps ou comparecendo para realizar a terrível manobra de Kristeller.

Foi emocionante ver equipe médica e de enfermagem partejando juntas, com emoção diante de parto regrado de empoderamento, sessão de fotos e massagem. Foi prazeroso assistir acompanhantes desligando bebês de suas mães, por meio do corte oportuno do cordão umbilical, tudo isto ao som da música escolhida pela mulher. Vi também parto normal em mulheres com cesariana anterior, quebrando o mito “uma vez cesárea, cesárea para sempre”; protocolos difíceis de implantar acontecendo na prática; partogramas preenchidos durante toda a fase ativa e não ao fim do parto, como é rotina em alguns serviços; visita da equipe multiprofissional discutindo cada caso e envolvendo a mulher na sua assistência; encontros clínicos; gestão compartilhada; valorização dos indicadores, mas não em detrimento da valorização das pessoas.

Imagine deparar-se com equipe de neonatologia presente e atenta à cada nascimento para agir caso seja necessário, mas, principalmente, trabalhando para garantir a humanização também ao bebê através do contato pele a pele, aleitamento materno imediatos e adiamento de procedimentos desnecessários com o bebê antes da primeira hora de vida? Encontrei profissional da enfermagem oferecendo maquiagem

para a mulher no pós-parto, doando suas habilidades em massagem para aliviar a dor. Presencie preocupação com a alimentação: água de coco geladinho durante o trabalho de parto.

O Centro Obstétrico (CO) da MEAC conta com uma estrutura de oito quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto) que garante a privacidade e possui um conjunto de equipamentos simples, mas importantes para facilitar verticalização e alívio da dor: escada de Ling, cavalinho obstétrico (balanceio pélvico) e bola suíça. Há também uma equipe potente de enfermeiras obstetras que junto aos técnicos de enfermagem, médicos, residentes internos, serviço social, psicologia, serviço gerais, auxiliares administrativos e outros profissionais que direta ou indiretamente somam-se para oferecer uma assistência integral. Tem muita gente fazendo a diferença na vida de muitas mulheres, crianças e famílias, fato que pode ser constatado com o alto grau de satisfação dos usuários e nos relatos de mulheres que nasceram, pariram e agora recebem seus netos na mesma instituição.

Há também uma visível valorização do ensino e da educação permanente dos seus colaboradores. No curto espaço de tempo que estive na MEAC fui contemplada com quatro importantes cursos de capacitação/ atualização que fazem parte do cronograma anual de capacitações.

É fácil entender porquê a MEAC foi reconhecida pelo Ministério da Saúde em 2016 como o primeiro Centro de Apoio às Boas Práticas em Neonatologia e Obstetrícia do Brasil. Até então, apenas o Hospital Sofia Feldman, de Minas Gerais, era indicado pelo Ministério como exemplo de assistência.

Recordando que boas práticas são ações recomendadas e classificadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) consideradas adequadas e seguras para a assistência obstétrica, garantindo uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura. Em 1996, a OMS desenvolveu uma classificação baseada em evidências das práticas comuns na condução do parto normal, com orientações sobre o

que deve e o que não deve ser feito no processo do parto e nascimento. Adoção de boas práticas atuam diretamente na redução de intervenções maléficas como episiotomia e amniotomia rotineiras, utilização de kristeller, cesarianas desnecessárias entre outras práticas que, juntas, contribuem para o aumento da morbimortalidade materna e neonatal (WHO, 1996).

Mesmo após duas décadas da primeira publicação das boas práticas da OMS, ainda morrem 830 mulheres por dia no mundo durante o período grávidico-puerperal. A maioria em países em desenvolvimento e 90% são evitáveis. Frente a este cenário, a OMS publicou no início deste ano as novas recomendações para assistência ao parto e nascimento (WHO, 2018). É gratificante saber que há maternidades como a MEAC onde as recomendações já são perseguidas diariamente e muitas já fazem parte da rotina.

Alguns profissionais afirmam que ainda há muita coisa para mudar e melhorar na instituição. Acredito que estas mudanças virão em breve. E esta crença baseia-se na qualidade de processos, envolvimento de profissionais e potencialidades da instituição. Deixo registrado aqui meu agradecimento e um olhar de quem veio de fora: a MEAC está à frente de muitas maternidades localizadas em regiões mais desenvolvidas e de algumas instituições com mais recursos e densidade tecnológica. Fácil compreender isto uma vez que partejar não requer muita tecnologia, na verdade quanto menos melhor!

Partejar requer atenção, paciência, empatia, escuta, valorização do saber e querer da mulher, respeito, equipe, gestão e emoção. Ingredientes estes que faziam parte da receita do nosso inesquecível Galba Araújo, que além de primeiro diretor da instituição foi o semeador da humanização do parto e nascimento que continuam germinando. MEAC representa para mim muito mais que Maternidade-Escola Assis Chateaubriand. Volto pra Minas Gerais mais forte após ter conhecido a Maternidade Especial de Amor/ Atenção e Comprometimento/Conhecimento.

Referências

Fiocruz. Nascer Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Fiocruz: 2012. [acesso em 15 de junho de 2018] Disponível em: <http://www6.enp.fiocruz.br/nascerbrasil/>

WHO. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996. [acesso em 10 de junho de 2018] Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/

WHO. World Health Organization. Recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO: 2018 [acesso em 10 de junho de 2018] Disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

OASIS – uma realidade atual



Andreisa Paiva Monteiro Bilhar

Médica ginecologista e obstetra. Coordenadora do Serviço de Uroginecologia da MEAC.

Sara Arcanjo Lino Karbage

Médica ginecologista e obstetra da MEAC

Simony Lira do Nascimento

Fisioterapeuta. Coordenadora do Projeto de Extensão "Fisioterapia na Saúde da Mulher – MEAC".

Lesões obstétricas do esfíncter anal (obstetric anal sphincter injuries - OASIS) é entidade ainda muito prevalente nos dias de hoje. Sua incidência varia de 0,4 a 11%, sabendo-se que pode estar subestimada, devido a não identificação ou registro inadequado. Pode ocasionar severas consequências na vida da mulher, como dor perineal e retenção urinária a curto prazo, e incontinência anal a longo prazo (Kuismanen, 2018). Queixas como perda de fezes sólidas, líquidas ou flatos podem gerar impacto negativo na qualidade de vida, com privação da vida social e profissional, além de custos para o sistema de saúde.

Os principais fatores de risco para lesões de esfíncter anal durante o parto são peso fetal aumentado, segundo período prolongado, primipari-

dade e episiotomia mediana (Stedenfeldt, 2012). A extensão da lesão esfíncteriana, parto vaginal instrumentalizado, idade materna avançada e alto índice de massa corpórea estão associados com risco aumentado de incontinência anal, apesar do reparo adequado da lesão esfíncteriana (Kuismanen, 2018).

Atualmente a classificação das lacerações perineais mundialmente mais aceita divide as lesões de primeiro a quarto grau, conforme figura abaixo (Sultan, 1999). OASIS envolve lacerações de terceiro e quarto graus. As lacerações de terceiro grau envolvem lesões parciais ou totais do complexo esfíncteriano anal, que compreende o esfíncter anal externo (EAE) e o esfíncter anal interno (EAI). As de quarto grau envolvem lesão da mucosa anal, além da lesão esfíncteriana (Sultan, 1999).

Sultan classification of OASIs

1st degree = tear of vaginal epithelium or skin

+

2nd degree = tear of perineal muscles

+

3rd degree = tear of anal sphincter

3a = <50% external sphincter thickness

3b = > 50% external sphincter thickness

3c = internal sphincter tear

+

4th degree = tear of anal epithelium

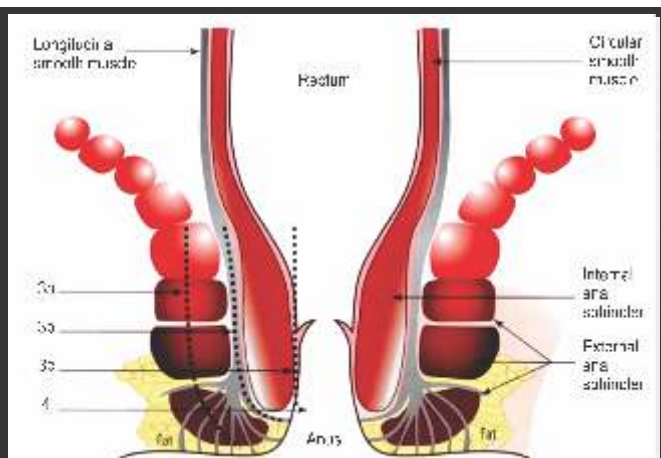


Figura 1: Classificação das lacerações perineais.

A importância desta classificação dá-se pelo fato de estudos terem demonstrado associação com severidade de sintomas (Ross, 2010). Em todos os casos de laceração perineal, um toque retal deve ser realizado, por profissional experiente, para que a lesão seja corretamente identificada (Andrews, 2009). A palpação deve ser feita com o dedo indicador no ânus e o polegar ipsilateral na vagina. Os dois dedos deslizam entre si, para verificar a espessura e integridade dos tecidos.

Portanto, esforços vêm sendo feitos para prevenir a ocorrência de OASIS, bem como para melhorar seu diagnóstico e reparo. Dentre as estratégias de prevenção, destaca-se o controle de saída da cabeça fetal e o suporte perineal durante o período expulsivo, bem como evitar a episiotomia mediana. O diagnóstico correto e o reparo adequado são fatores determinantes para evitar sequelas importantes na vida das pacientes. Um estudo demonstrou que a falha no diagnóstico de OASIS varia de 26 a 87%, ao se comparar com o diagnóstico feito por um examinador experiente e por ultrassom endoanal - considerado padrão ouro (Andrews, 2006).

Na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand

(MEAC), um levantamento dos partos vaginais ocorridos em 2015 identificou que de 974 partos, 26 (2,8%) resultaram em laceração de 3º/4º graus. No grupo de mulheres que tiveram OASIS, 20 (87%) eram primíparas ($p < 0,05$). Além deste fator, observou-se que indução do trabalho de parto, internação sem atividade uterina e realização de amniotomia precoce (6,6+ -3cm) também estiveram associadas à ocorrência de OASIS. Prospectivamente, estas mulheres foram chamadas para reavaliação. Entretanto, apenas 12 compareceram às consultas, no período médio de 26 meses após o parto. No grupo avaliado, foram identificados sintomas de incontinência urinária em sete delas (58,6%).

A MEAC possui um serviço de Uroginecologia especializado

onde estas pacientes podem ser acompanhadas para que estratégias de reabilitação ou correção sejam oferecidas sempre que necessário. Para que a instituição siga avançando, ações devem ser feitas na MEAC no sentido de conscientizar os profissionais envolvidos no processo do pré e pós parto, com reconhecimento adequado e encaminhamento especializado.

A MEAC possui um serviço de Uroginecologia especializado onde estas pacientes podem ser acompanhadas para que estratégias de reabilitação ou correção sejam oferecidas sempre que necessário.

Referências

- Kuismanen K, Nieminen K, Karjalainen K, Lehto K, Uotila J. Outcomes of primary anal sphincter repair after obstetric injury and evaluation of a novel three-choice assessment. *Techniques in Coloproctology* (2018) 22:209–14
- Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonnen B, Oian P. Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study. *BJOG*. 2012;119(6):724–30
- Sultan AH. Editorial: Obstetrical perineal injury and anal incontinence. *Clinical Risk*. 1999;5:193–6
- Roos AM, Thakar R, Sultan AH. Outcome of primary repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): does the grade of tear matter? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010;36:368–74
- Andrews V, Thakar R, Sultan AH. Structured hands-on training in repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): an audit of clinical practice. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:193–9
- Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries—myth or reality? *BJOG*. 2006;113:195–200

ARB MED

FABRICAÇÃO PRÓPRIA DE:
Mesas luxo para Ultrassonografia
Ginecologia | Exame Clínico



ASSISTÊNCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA

**Equipamentos Hospitalares
e Laboratoriais**

**ULTRASSOM E TRANSDUTORES
NOVOS E USADOS.**

**Praça Visconde de Pelotas, 09 - Centro
Fone: (85) 99628.1366 - Fortaleza - CE**



Serviço de Medicina Materno-fetal da MEAC: Uma história de excelência

Ana Paula Andrade Augusto

Médica ginecologista e obstetra da MEAC.

Francisco Edson de Lucena Feitosa

Médico ginecologista e obstetra. Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado da MEAC

Agestação é um fenômeno fisiológico que, na maioria das vezes, evolui sem complicações. Entretanto, 10 a 20% dos casos podem cursar com alguns problemas que incrementam risco para o binômio materno-fetal. Com o intuito de reduzir os desfechos negativos maternos, fetais e neonatais, a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) idealizou um serviço que contemplasse essa clientela, o Serviço de Medicina Materno-fetal (SMMF).

Criado, de maneira tímida, em 1992, o SMMF contava apenas

com uma sala, um obstetra e uma técnica de enfermagem. O fluxo das gestantes era por demanda espontânea, em número bem reduzido devido à dimensão do serviço, funcionando assim por longos anos. O serviço cresceu, modificou a ambiência, foi reestruturado, aumentou o número de profissionais e, automaticamente, de atendimentos, passando a ofertar um cuidado multidisciplinar.

Em 2015, após a chegada da Ebserh, a direção da Maternidade reestruturou completamente o SMMF, concretizando a excelência de atendimento dentro do contex-

to da qualidade e humanização. A reestruturação deu-se na ambiência, na construção da transdisciplinaridade, no fluxo e no volume de atendimentos.

Com relação à ambiência, contamos hoje com quatro consultórios, todos contendo cardiocógrafa e um com aparelho de ultrasonografia com doppler colorido, um consultório de enfermagem, um consultório psicologia, uma sala de entrada, uma copa e dois banheiros. Temos ainda um anexo onde são desenvolvidas as pesquisas e ministradas aulas práticas para alunos da graduação da medicina

que aguarda uma reforma para melhoria de oferta de espaço.

A equipe cresceu e tornou-se multiprofissional. Conta, atualmente, com 11 obstetras, um cardiologista, um infectologista, dois endocrinologistas (sendo um em parceria com Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC), uma geneticista, 1 psiquiatra, duas enfermeiras obstetras, seis técnicas de enfermagem, dois nutricionistas, duas assistentes sociais, uma psicóloga e uma secretária. Temos, ainda, apoio das especialidades ambulatoriais do HUWC e de outros serviços da MEAC.

O atendimento está organizado como linha de cuidado em gestação de alto risco, definindo de forma adequada todo itinerário terapêutico desta gestante. A admissão no serviço é por meio de uma classificação de risco de mulheres encaminhadas da rede de atenção à saúde do Estado, onde é dada preferência ao atendimento às seguintes patologias maternas ou fetais: Abortamento habitual (três ou mais abortos); alterações genéticas maternas; antecedentes de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; arritmia cardíaca fetal; cardiopatias; diabetes mellitus tipo I e tipo II; diabetes gestacional em uso de medicação; distúrbios hipertensivos na gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional pré-eclâmpsia); doenças autoimunes (LES, outras colagenoses); doenças hematológicas e infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária, rubéola, CMV); doenças neurológicas, psiquiátricas, endocrinopatias; Neoplasia Intracervical (NIC) III ou câncer de colo invasor; obesidade mórbida (IMC ≥ 40); pneumopatias graves; restrição de crescimento fetal; suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia BIRADS IV;



tuberculose; isoimunização e prematuridade (indicação de cerclagem ou colúrio).

Dessa forma, possibilitou-se a estruturação de atendimento por grupos de patologias, inserindo os especialistas de cada área e fazendo com que as consultas pré-natal fossem compartilhadas. Essa medida reduziu o tempo de espera e otimizou recomendações, melhorando, sobretudo, os resultados maternos e perinatais.

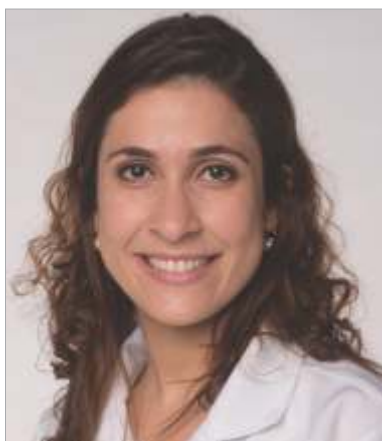
Com tudo isso, presenciamos crescimento exponencial de atendimento no serviço, saindo de 3.343 consultas em 2014 para 14.453 em 2017, o que representa um acréscimo de mais de 300% em 3 anos.

Em 2017, o SMMF completou 25 anos de prestação de serviços às gestantes cearenses que necessitam de cuidados especializados. Com um grande avanço, foram implementados as marcações e

atendimento das gestantes com consultas informatizadas, através do aplicativo de gestão para hospitais universitários (AGHU) e o atendimento às gestantes portadoras de retrovírose.

Ademais, foi reformulado o fluxo de encaminhamento e atendimento de triagem. A estrutura física foi novamente ampliada, pela necessidade de espaço físico, com a inclusão de um anexo para o SMMF com ampliação de número de consultórios, incluindo sala com aparelho de ultrassonografia e contemplando psicologia, nutrição e serviço social.

Portanto, este serviço associa estratégias que engrandecem o atendimento em ambiente universitário, permitindo que o tripé básico de sustentação da universidade esteja sempre presente, exercendo o aspecto assistencial especializado com o ensino e a pesquisa.



A importância do desenvolvimento de habilidades cirúrgicas para a formação na residência médica em ginecologia e obstetrícia

Kathiane Lustosa

Médica ginecologista obstetra da MEAC. Preceptora da residência médica em Obstetrícia e Ginecologia da MEAC/UFC e Coordenadora do serviço de endometriose e dor pélvica crônica da MEAC.

Ensinar habilidades em técnica cirúrgica é uma das tarefas mais importantes na área de formação em Cirurgia. Apesar da importância da inserção de métodos formais, poucos estudos têm sido realizados nesse campo, especialmente em Ginecologia e Obstetrícia. Os rápidos avanços da tecnologia e os equipamentos cirúrgicos aumentam a demanda de tempo dos residentes e tornam o ensino dos cirurgiões mais desafiador.

Diversos autores recentemente têm abordado essa questão para reflexão: “O que faz um cirurgião competente?”. Ao analisá-la, conclui-se que a competência cirúrgica é o produto de vários fatores, incluindo conhecimento médico adequado, boas tomadas de decisões clínicas, técnicas e de julgamento; profissionalismo, habilidades interpessoais, de comunicação com os interessados e conhecimentos técnicos. Ensinar habilidades em técnica cirúrgica é assim, uma das responsabilidades mais importantes.

Durante décadas, o treinamento em cirurgia foi baseado no famoso modelo “veja, faça, ensine”, desenvolvido por William Halstedt, em 1904. Esse modelo vem produzindo uma geração de bons cirurgiões. Porém, com a evolução das cirurgias minimamente invasivas, com o aparecimento de novas tecnologias, a aquisição de habilidades exige um treinamento fora da sala cirúrgica para obtermos uma curva de aprendizado menor e, posteriormente, aplicar o aprendizado dentro do centro cirúrgico. A cirurgia minimamente invasiva tornou-se objetivo dos cirurgiões endoscópicos pelo mundo e, assim, o ensino e o treinamento da endoscopia passaram a ser uma questão de crescente preocupação.

Os estudos mostram que os residentes têm benefícios de um ensino padronizado, e a combinação de aulas didáticas e experiência em animais melhora a técnica e a habilidade cirúrgica. Hoje, os educadores em laparoscopia básica sabem que as habilidades cirúrgicas precisam ser ensinadas fora do centro cirúrgico, e a maior parte dos treinamentos faz uso de variados modelos, como caixa preta, simuladores virtuais, animais e cadáveres. Sabe-se que a padronização, a reprodutibilidade fácil dos exercícios, um feedback imediato após cada treinamento e na sala de cirurgia, com custo aceitável, traz benefícios para o ensino em laparoscopia.

Nos Estados Unidos, em 2016, apenas 55% dos programas de residência tinham instalações para treinamento em laparoscopia. Na América do Norte, em 2014, apenas 73% dos programas apresentavam ensino em habilidades laparoscópicas. Na América Latina, incluindo o Brasil, não há modelo de ensino para treinamento de habilidades laparoscópicas a ser seguido, e nem ferramentas validadas para sua avaliação. Como resultado, acreditamos que a habilidade e a perícia podem variar entre os residentes, dependendo do tipo e do número de casos assistidos. Assim, torna-se difícil assegurar que todos os residentes sejam expostos aos mesmos procedimentos e avaliem suas habilidades.

Na literatura, ainda não há um modelo perfeito de ensino. A prática em animais, proposta no presente treinamento para ginecologistas, tem mostrado eficácia. Expor os residentes a procedimentos tão diversos, como colecistectomia e nefrectomia, no intuito de treinar os componentes utilizados em procedimentos não ginecológicos, porém usuais em



cirurgia ginecológica, traz benefícios. Como, por exemplo, ao treinar a sensação tátil de dissecar os tecidos, o residente sente a dificuldade de realizar movimentos suaves e precisos, a fim de evitar lesões e possíveis sangramentos, e, se necessário, realizar a hemostasia imediata. E aprender o controle de força por meio de instrumental apropriado, trazendo o menor dano aos diversos tecidos, como bexiga, útero, trompa, ovários, alças intestinais, fígado, vesícula e rins. Realizar nós externos ou internos traz segurança e motiva o residente a buscar sua melhor técnica constantemente.

Na MEAC foi iniciado um programa de desenvolvimento de habilidade cirúrgica associada ao aprofundamento do conhecimento anatômico este ano, após pesquisa sobre como idealmente treinar os residentes dentro da laparotomia, cirurgia vaginal e endoscopia ginecológica ao longo dos 3 anos de residência, assim como no ano adicional de endoscopia ginecológica. Essa ação é pioneira no Brasil, pois envolve desenvolvimento da técnica cirúrgica, assim como a

capacitação dos residentes para procedimentos básicos nas 3 vias de acesso cirúrgicos citados acima.

O programa inclui curso de nós e técnicas de anodamento bloqueadores, fios e instrumental cirúrgico para residentes do primeiro e segundo anos; discussões quinzenais de casos cirúrgicos laparoscópicos editados previamente pelos próprios residentes, visando avaliar conhecimento dos tempos cirúrgicos, assim como avaliação das técnicas empregadas, incentivando a análise crítica, e de anatomia; treinamento semanal em simuladores laparoscópicos e modelos vaginais para aprendizado de coordenação motora fina, dissecção, localização espacial, noções de profundidade e espaços, além de técnica de sutura laparoscópica intensiva.

Embora saiba-se que várias habilidades laparoscópicas possam ser dominadas rapidamente pela prática repetitiva, a manutenção da proficiência e a deterioração de habilidades não parecem estar sempre relacionadas com a quantidade de treinamento, mas sim com a qualidade do exposto.



TV MEAC melhora comunicação interna

Danielle Campos de Aguiar

Jornalista, Chefe da Unidade de Comunicação Social da MEAC.

O hospital é uma das organizações mais complexas da sociedade. A comunicação interna é, portanto, um desafio. Na MEAC, pessoas das mais diversas formações, condições sociais e idades interagem. É nesse contexto que a Unidade de Comunicação Social (UCS) busca soluções para gestão da informação interpessoal e para a sociedade. Somente em 2018, quase 2.000 demandas foram atendidas pela Unidade. O Plano Diretor Estratégico e a Pesquisa de Clima Organizacional constataram a relevância e a insuficiência de ações de comunicação. Portanto, a UCS está elaborando um Plano de Ações que inclui a ampliação do projeto TV MEAC.

Criado em 2015, o projeto TV MEAC foi uma iniciativa do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente. Em 2016, com a instituição da UCS da MEAC, a programação passou a incluir conteúdo próprio e, no ano seguinte, houve a aquisição de novos televisores, passando de



dois para oito os pontos de TV instalados.

A TV MEAC leva conteúdo relacionado à Comunicação e Educação em Saúde. A linguagem visual limpa chama a atenção para temas relevantes. São exemplos: a segurança do paciente e do profissional da saúde, o aleitamento materno, a programação de cursos e rodas de conversa, normas de pessoal e de conduta de acompanhantes, além de dar maior visibilidade a programas como o “Superando Barreiras” e o “Transfusão na Dose Certa. Em média, são 30 vídeos em looping, atualizados mensalmente.

A TV MEAC contribui para “maior circulação das informações,



valores, identidades e cultura da organização; envolvimento dos membros da organização e dos clientes/usuários; suportes tecnológicos para a criação de boas práticas; e desenvolvimento da experiência organizacional e maior integração com os diferentes stakeholders”. A Superintendência, as gerências de Atenção à Saúde e Administrativa e o SGPTI têm incrementado o projeto com a compra de mais televisores, raspberries e o desenvolvimento de um sistema operado remotamente. Passos curtos, mas sempre na mesma direção: a de aproveitar as Tecnologias de Informação e Comunicação em prol da promoção da saúde.

Referências

- SENHORAS, Elói Martins. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. RECIISR. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.45-55, jan.-jun, 2007.
- MALIZIA, Pierfranco. A “telinha particular”. Objetivo e funções da Web TV na Comunicação Organizacional: uma resenha dos estudos recentes. Intercom, Rev. Bras. Ciênc. Comun., São Paulo, v. 35, n. 2, p. 291-311, Dec. 2012.



Linhas de cuidado: Uma forma diferente de pensar o cuidar na MEAC.

Edson Lucena – Médico ginecologista obstetra. Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado da MEAC.

Tatiana Campos – Farmacêutica. Chefe da Unidade de Farmácia Hospitalar da MEAC.

Imagine o fluxo, o passo-a-passo necessário que a paciente tenha que percorrer para ter garantida sua assistência de qualidade. Essa é a imagem que o estabelecimento de Linhas de Cuidado pretende trazer e é o que a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) quer levar para o atendimento de suas pacientes.

Os gestores das diversas organizações que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) estão em constante pressão para atendimento das demandas da população com um serviço que agregue qualidade e segurança. O SUS está desenhado de uma forma em que o paciente tenha atendimento do nível básico até o mais especializado. O que pretendemos garantir é exatamente essa integralidade do cuidado em que todas as equipes envolvidas com o atendimento dessa paciente estejam em sintonia com todas as suas necessidades.

Portanto, a determinação das linhas de cuidado deve levar em conta a integração da assistência, correspondendo à cooperação e coordenação entre os provedores dos serviços, caracterizando, de maneira clara, um verdadeiro sistema de saúde.

Pretendemos modificar a atuação assistencial por meio do estabelecimento de uma nova forma de olhar a paciente. Adicionar aos conhecimentos de cada profissional de saúde a visão de que sua ação/intervenção não termina naquele momento, mas permeia todo o processo de atendimento intra e extrahospitalar. A concepção das linhas de cuidado deve representar um continuum assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e isto é mudança no pensamento organizacional. É fundamental que haja o funcionamento de forma articulada das diversas equipes de saúde, com o objetivo de termos uma visão macro do indivíduo e caracterizando um espaço coletivo dentro da organização, não hierarquizado,

para o desenvolvimento e a implementação das ações em saúde.

A MEAC, local onde o estudo está sendo desenvolvido, faz parte da Rede Cegonha, que tem como objetivos: Promover a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade, e reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Fazendo parte das metas firmadas entre o hospital e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), a implementação das linhas de cuidado é instrumento de melhoria de gestão a ser incorporado a todos os hospitais universitários filiais da EBSEH. O estabelecimento delas será realizado, inicialmente, por meio do mapeamento dos serviços e dos envolvidos para que a elaboração seja realizada de forma coletiva.

LINHAS DE CUIDADO A SEREM INICIALMENTE IMPLANTADAS:

- GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
- ATENDIMENTO ÀS ADOLESCENTES;
- PROJETO SUPERANDO BARREIRAS;
- ATENDIMENTO AO NEONATO DE ALTO RISCO

A escolha das linhas a serem organizadas de maneira prioritária pode ser realizada pela definição da maior prevalência de tipos de atendimento, a organização do serviço ou até mesmo a facilidade da elaboração da linha. Tudo com pactuação e trabalho em equipe.

Oficinas serão realizadas para mapear todo o



percurso dessas pacientes na Rede de Atenção à Saúde e definição dos papéis de cada profissional para sua assistência segura, de qualidade e resolutive com o mapeamento das possibilidades de acesso, centrando nas necessidades da usuária e com o pensamento voltado para a construção de fluxos ininterruptos.

O trabalho de construção das linhas de cuidado em nossa Maternidade teve início em agosto de 2017, com uma oficina para apresentação da ideia, definições teóricas e pactuação das responsabilidades de todos os envolvidos. Nas oficinas posteriores, já apresentamos o fluxo do Serviço Materno-fetal, que recebeu as contribuições dos outros profissionais para aprimorar a apresentação da linha e adequação às rotinas.

Utilizaremos a ferramenta Bizagi para a montagem do fluxo para facilitarmos a visualização de todo o itinerário da paciente quando ela for atendida por determinado serviço (Fig1.):

Anexadas às linhas de cuidado, estarão as complementações necessárias para a equipe como formulários, protocolos e planos terapêuticos. As linhas de cuidado construídas, não ficarão estáticas no tempo. Inovações no ato de cuidar ou novos procedimentos que serão oferecidos poderão ser incluídos no fluxo a qualquer momento, sempre pensando na melhoria da assistência e na desobstrução do caminho a ser seguido pela paciente.

Equipe multidisciplinar presente na primeira oficina de implementação das linhas de cuidado da MEAC.



Equipe multidisciplinar presente na primeira oficina de implementação das linhas de cuidado da MEAC.

SUA CASA
SEMPRE
NOVA

100%
FAÇA O TESTE!

RESISTENTE
À MANCHA D'ÁGUA

 CERBRAS

Soluções completas
em tecnologia.
Onde, como
e quando você
quiser.



iByte
Soluções em Tecnologia



Técnico em Laboratório: Sua contribuição dentro de uma UTI Neonatal

Marleide Mendes Pereira – Acadêmica de Farmácia e Téc. em laboratório da MEAC

Osley Ferreira Pinheiro – Acadêmico de Farmácia e Téc. em laboratório da MEAC

O Técnico em Laboratório de Análises Clínicas é um profissional de saúde de nível médio que pode desenvolver várias funções. Entre elas, destacam-se: coletas de sangue, testes laboratoriais, manuseio de equipamentos e orientação aos pacientes ou acompanhantes do procedimento a ser realizado. Essas atribuições exigem muita responsabilidade, pois é também pelos resultados desses exames que os médicos fecham um diagnóstico e tratam os pacientes.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) convocou os primeiros profissionais da assistência para trabalhar na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) em agosto de 2014. No mês seguinte, eles assumiram o concurso, iniciando suas atividades na Unidade de Laboratório de Análises Clínicas e Anatomia Patológica da MEAC, sob a gestão da farmacêutica Elizabeth Ribeiro Yokobatake Sousa.

Com a chegada da nova equipe de técnicos em Análises Clínicas na MEAC, melhoramos muito a agilidade dos exames, que antes eram colhidos por profissionais da enfermagem. Contamos atualmente, com 13 profissionais da Ebserh, os quais são distribuídos nos

diversos setores assistenciais do hospital: Emergência, postos do 1º e do 2º andar, Sala de parto, Sala de recuperação, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) materna, Alojamento Conjunto do 1º e do 2º andar, teste do pezinho de bebês externos, Beta HCG de pacientes ambulatoriais, Unidades de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo) I e II, Unidade de Cuidados Intermediários do Método Canguru (UCINCa) e nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) I e II.



Realizamos as coletas dos recém-nascidos (RNs) pelo método de gotejamento (punção venosa periférica no dorso da mão), porém, quando o pedido médico solicita gasometria arterial e hemocultura além dos exames de rotina, a metodologia da coleta passa a ser através das artérias dos RNs, deste modo, passamos a auxiliar as enfermeiras, pois é uma atividade que requer conhecimento especializado da enfermagem. Ademais,

somos responsáveis pela coleta de sangue para a agência transfusional.



A coleta de sangue pelo técnico em laboratório na UTIN da MEAC exige dos profissionais requisitos que vão além da capacidade técnica. Podemos citar dedicação, empatia, organização, dinamismo, habilidade para trabalhar em equipe e segurança como qualidades necessárias para prestar uma assistência com excelência ao prematuro da UTINs.



No decorrer dos anos, após a admissão de mais profissionais pela Ebserh, alcançamos um incremento significativo no número de exames laboratoriais, conforme mostram os gráficos 1 e 2.

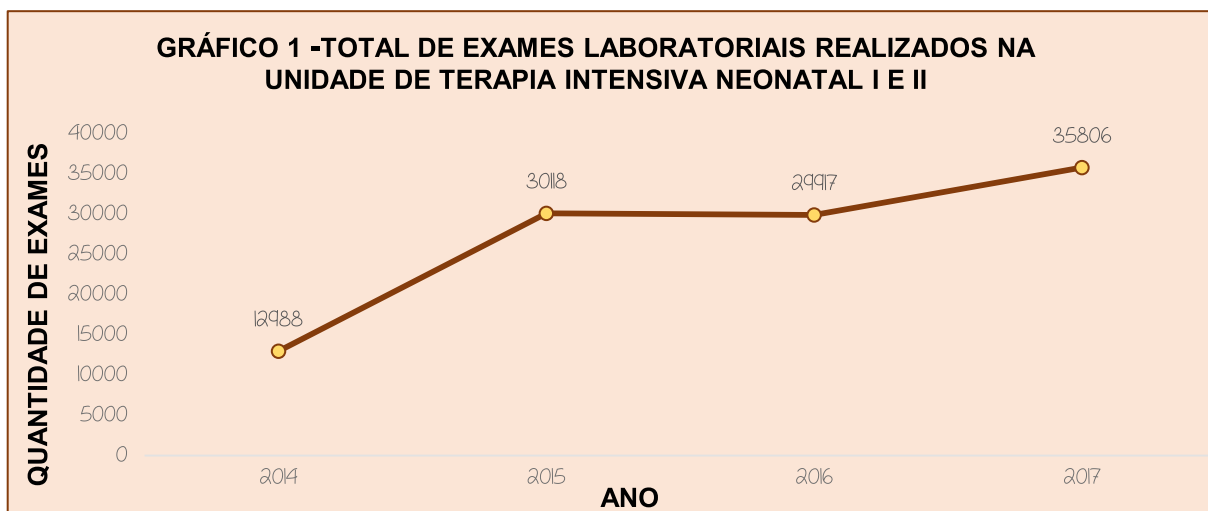


Gráfico 1: Exames laboratoriais realizados na UTI Neonatal.
 FONTE: Sistema Informatizado MASTER (2018)

Desta forma, o técnico em laboratório tem dado importante contribuição no cumprimento da missão do hospital: realizar assistência, ensino e pesquisa para o cuidado com excelência à saúde da mulher e do recém-nascido.

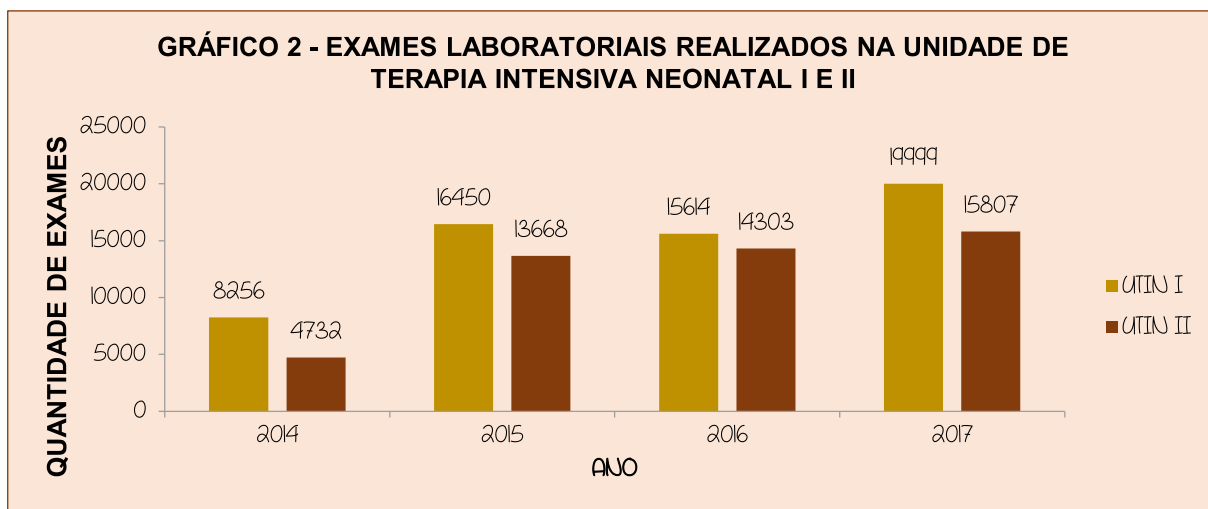


Gráfico 2: Exames laboratoriais realizados na UTI Neonatal.
 FONTE: Sistema Informatizado MASTER (2018)

Percurso da Solicitação do Exame Laboratorial na MEAC ao Processamento no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC)



Coleta da amostra de sangue, pelo método de gotejamento.



Envio do material ao Laboratório de Análises Clínicas e Anatomia Patológica/MEAC para cadastramento no sistema máster, conferência, centrifugação, etiquetagem, alíquotagem e confecção de lâminas.

Após conferência, é encaminhado ao Laboratório de Análises Clínicas do HUWC para análise e liberação do laudo.



Terapia Ocupacional e reestruturação da rotina de mães com depressão pós-parto e mediação da vinculação mãe-bebê



Maria Egisleny da Silva Camelo:
Residente de Terapia Ocupacional na MEAC/UFC

Sandra Rosane Sampaio Gonçalves:
Terapeuta Ocupacional da MEAC.

A Depressão Pós-Parto é uma patologia que afeta a vida da mulher nos aspectos cotidianos e funcionais, envolvendo cômputo e demais familiares e alterando inclusive a relação de vínculo com o bebê, influenciando, assim, o desenvolvimento infantil e suas etapas.

Esses fatores e padrões de comportamentos são observados durante o processo avaliativo da Terapia Ocupacional com os bebês. Caso os recém-nascidos não recebam os estímulos adequados, poderão vir a ter sério comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor em consequência da depressão pós-parto influenciar as etapas ao longo do desenvolvimento infantil, causando impacto na rotina.

No contexto da saúde mental, a Terapia Ocupacional visa minimizar os sintomas depressivos, facilitar a interação entre mãe, bebê, cômputo e demais familiares, reestruturar a rotina e organizar o cotidiano; atuando com atividades significativas, específicas e voltadas para a mediação de conflitos e sintomas psíquicos que venham a afetar de forma grave as mães e seus bebês.

Após instalada a depressão pós-parto, as mães passam a não aceitar seus bebês. Entram em conflito com o cômputo e demais familiares e apresentam perda de interesse nos seus cuidados pessoais e com o bebê. Também apresentam desinteresse sexual e aumentam seu distanciamento dos parentes. Para muitas mulheres, esse é o início da desestruturação do

cotidiano, impactando de forma definitiva sobre sua rotina de trabalho e de vida.

O terapeuta ocupacional (TO) é o profissional que tem como competência “atuar nas atividades de vida diária e no fazer cotidiano das pessoas em seus mais diversos âmbitos”. Por meio da adoção de métodos e técnicas terapêuticas ocupacionais, o TO pode contribuir de forma decisiva na reestruturação da rotina e mediação da vinculação entre mães depressivas e seus bebês.

Os atendimentos da Terapia Ocupacional na MEAC destacados neste artigo foram realizados com mães e bebês, a partir dos encaminhamentos do médico psiquiatra, residentes de psiquiatria e demais membros da equipe multiprofissional do hospital. Durante a consulta, eles identificaram casos de depressão pós-parto com importante exacerbação dos sintomas depressivos, ansiedade, desestruturação da rotina, dependência nas atividades de vida diária, dificuldades para cuidados e vinculação com o bebê, conflitos familiares, ideação suicida, resistência para aderir ao tratamento, dificuldades no enfrentamento de retorno ao trabalho e alterações comportamentais.

No primeiro encontro era realizada a avaliação da mãe e do bebê, por meio do preenchimento da ficha de avaliação de Terapia Ocupacional do ambulatório de seguimento. Com os bebês foi aplicado o teste de Denver.

As orientações realizadas tiveram por enfoque a

vida cotidiana das mães e estratégias para retornarem às atividades laborais, destacando a importância da ocupação na reestruturação da rotina, assim como atividade significativa, relações interpessoais, fornecimento de temas psicoeducativos aos familiares quanto aos sintomas da depressão e seu impacto na influência das relações de vinculação com o bebê, demais familiares e comunidade.

As intervenções trabalharam as consequências da depressão na relação mãe-bebê e seus impactos na rotina de ambos. Os atendimentos foram realizados em conjunto e sob a supervisão da preceptora terapeuta ocupacional vinculada ao setor.

As intervenções realizadas com as mães foram ancoradas na prática da escuta qualificada, na qual as mães relatavam suas angústias, preocupações, medos, dificuldades para o planejamento dos projetos de vida, tipos de conflitos familiares e dificuldades para vinculação com o bebê. Foram realizadas atividades expressivas nas quais as mães escreveram sobre sua rotina, suas perspectivas em relação ao desenvolvimento do bebê e principais conflitos na relação com o cônjuge e demais familiares. O relaxamento utilizando música e guiado com a verbalização da terapeuta ocupacional foi uma das técnicas adotadas.

As orientações foram fornecidas às mães de forma verbal, seguidas do exercício conjunto para que as mães pudessem reproduzi-las no ambiente domiciliar. Com os bebês, foram realizados estímulos táteis e auditivos, utilizando recursos tais como: brinquedos com diferentes texturas, sons, cores e tamanhos; adequação postural e manobras de aconchego.

As mães e cuidadores que receberam as orientações e a forma como as estratégias deveriam ser aplicadas no ambiente domiciliar apresentaram evolução e mudança de comportamento com ganhos significativos. Pode-se citar: melhor interação mãe-bebê, cognição, habilidades motoras, adequação postural, reforçando os diferentes estímulos no ambiente domiciliar e proporcionando as etapas saudáveis do desenvolvimento infantil.

Ao longo dos atendimentos, foi observado o

progresso das pacientes com evolução no vínculo com o bebê, manifestado por meio da mudança de comportamento. Antes do início do atendimento, a maioria das mães, ao entrar na sala, não levava seus bebês nos braços, sendo os mesmos levados por cuidadores ou familiares. Porém, com o decorrer dos atendimentos, foi observado o aumento progressivo do número de mães que entravam na sala com os bebês nos braços, acariciando-os, indicando melhora no vínculo mãe-bebê. Também se pôde identificar verbalização de melhora nas relações interpessoais com familiares, cuidadores, cônjuge, sendo relatada a minimização de conflitos, diminuição do isolamento e do choro fácil.

Observou-se também mudança no comporta-

mento das mães e ganho advindo das práticas terapêuticas ocupacionais, resultando no reforço nas atividades de vida diária com o bebê e sua rotina, autonomia das mães ao realizarem manobras de aconchego, demonstração de carinho expressada através de beijos, abraços, palavras de carinho e afeto e maior dedicação ao tempo destinado aos cuidados com o bebê.

Os atendimentos realizados oportunizaram à residente entender melhor a complexidade da desestruturação da rotina das mães quando são acometidas pela depressão pós-parto e o impacto em seu cotidiano laboral, sexual e familiar. Oportunizaram ainda viver os benefícios advindos da sua atuação prática sobre a vida da mãe e do bebê, expressos por meio das manifestações de carinho crescentemente observadas entre as pacientes e seus filhos durante o transcurso e evolução do atendimento.

A residência multiprofissional proporciona troca de conhecimentos, novas possibilidades de atuação, atendimento diferenciado, incentivo à pesquisa na busca de temas relevantes que venham a contribuir para a formação de novos residentes, abrindo novos campos de intervenções e aprimoramento profissional no contexto hospitalar nas mais diversas ênfases.

A vivência contribuiu para a formação profissional, destacando uma maternidade de referência no estado, por prestar assistência com excelência à população.

Com o decorrer dos atendimentos, foi observado o aumento progressivo do número de mães que entravam na sala com os bebês nos braços, acariciando-os, indicando melhora no vínculo mãe-bebê

Comissão de Humanização da MEAC implementa ações para bem-estar de pacientes e colaboradores



Danielle Campos de Aguiar

Jornalista. Chefe da Unidade de Comunicação Social da MEAC.

Edilene Maria Vasconcelos Ribeiro

Assistente Social. Ouvidora da MEAC.

Marielle Ribeiro Feitosa

Enfermeira do Banco de Leite Humano da MEAC.

Tereza Cristina Alves Ferreira

Assistente Social. Chefe da Unidade de Atenção Psicossocial da MEAC.

A aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, demarcou um novo rumo na trajetória da política de saúde no Brasil. Assim, como estratégia para o fortalecimento do SUS, o Ministério da Saúde (MS) vem incentivando a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH).

A PNH foi criada como meio de estimular a comunicação entre os gestores, os trabalhadores de saúde e usuários para a construção de processos coletivos de trabalho, bem como desconstruir relações de poder e de atitudes desumanizadoras que inibem a atuação coletiva dos trabalhadores nas suas mais diversas práticas.

Ao figurar como política transversal, a PNH deve estar inserida em todas as políticas do SUS, como também em todas as áreas e setores, em particular, no ambiente hospitalar. Atualmente, existem experiências de implementação da política de humanização em todos os Estados do país, de forma diversificada, pois a PNH pode atuar em todas as políticas do SUS, aumentando o grau de comunicação entre os diferentes

grupos (MS, 2002).

Nessa direção, vale registrar o Modelo de Referência Calibrado, produzido pelo Hospital Sírio Libanês, para orientações sobre o Plano Diretor Estratégico – PDE, dos Hospitais Universitários Federais. O documento trata a humanização como um conjunto de princípios éticos que devem orientar o atendimento e a gestão em saúde, visando a garantir condições satisfatórias de acolhimento, comunicação e respeito às características individuais (GREGORY, 2014).

Em decorrência do processo de operacionalização do SUS, salienta-se a criação de dispositivos legais que o normatizam: Portaria 4.279/2010 – que o organiza com base nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PANAISM), 2004, o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal (PQMRP), 2009, e o Programa Rede Cegonha/2011.

Embasado nesses pressupostos, a gestão da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), por meio da Gerência de Atenção à Saúde, visualizou a



Encerramento da 1ª turma da capacitação

necessidade da constituição da Comissão de Humanização como forma de oficializar e de legitimar o espaço de discussão e reflexão sobre os pressupostos da própria política, para assim dar continuidade às ações voltadas para a humanização. Contudo, vale registrar que a experiência colegiada de discussões da Política de Humanização na instituição ocorre desde 2003, quando da implantação do Grupo de Trabalho e Humanização (GTH) da MEAC, estratégia esta que passou a ser incorporada pelos Colegiados Gestores a partir de 2011, necessitando, pois, de revitalização no contexto atual.

Em 26 de janeiro de 2017, a Gerência de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições legais, estatutárias e regimentais, publicou a portaria Nº 1, criando a Comissão de Humanização da MEAC. Posteriormente, em 28 de junho, houve uma republicação da portaria ampliando os membros da Comissão. Dessa forma, a comissão é composta por dezessete membros de diversas categorias profissionais dentre elas: Assistente social, enfermeiro, jornalista, ouvidora, psicóloga, analista administrativo e técnico de enfermagem, que se reúnem mensalmente.

A comissão, inicialmente, deu andamento aos seus trabalhos com a elaboração do seu regimento interno que tem por objetivos: disseminar a cultura de humanização na instituição; melhorar a qualidade da assistência dispensada aos usuários atendidos nos serviços do hospital; fortalecer e articular as iniciativas já existentes de humanização na MEAC; estimular a participação, a autonomia e a responsabilidade dos profissionais e trabalhadores da saúde; possibilitar o engajamento de todos no direcionamento de ações voltadas para a humanização e implantar novas iniciativas de humanização que venham beneficiar os usuários, profissionais, trabalhadores da saúde, gestores e comunidade acadêmica e assessorar a gestão no

desenvolvimento de políticas e práticas de humanização em conjunto com as demais áreas da maternidade.

Destaca-se que em julho de 2016 foi iniciado um conjunto de capacitações em atendimento humanizado para profissionais dos Hospitais Universitários da Universidade Federal do Ceará (UFC) composto pelo Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e Maternidade-Escola Assis Chateaubriand. Em 2017, na perspectiva de continuar fortalecendo a estratégia de capacitação dos funcionários terceirizados no que concerne ao atendimento humanizado junto aos nossos usuários foram realizados, juntamente com a Unidade de Desenvolvimento de Pessoas (UDP), Planejamento, Comunicação Social, Serviço Social e Educação Permanente, os seguintes treinamentos: “Humanização em Saúde – projeto de melhoria no acolhimento ao usuário” e “Atendimento humanizado e transporte seguro de maqueiros”, capacitando cerca de 100 colaboradores.

Atualmente, a Comissão elabora ações a partir dos resultados apontados no Diagnóstico Situacional da Rede Ebserh, que foi realizado em todos os hospitais da rede em 2018. Com base nas discussões, foi traçado um plano de ação a ser executado na instituição, com a premissa de atender às necessidades visualizadas no citado diagnóstico e, com isso, aprimorar os indicadores apresentados.

Desse modo, a definição e a implementação de ações voltadas para a humanização assegura as bases para desenvolvimento de iniciativas direcionadas aos usuários e trabalhadores do SUS. Tendo como premissas a sensibilidade e o comprometimento com a dignidade do ser humano, a comissão tem como uma das propostas a efetivação da política no âmbito da MEAC em uma construção coletiva.



A ARTE DE
CONTAR A
HISTÓRIA
DO BRASIL

VISITE A EXPOSIÇÃO

DA TERRA BRASILIS À ALDEIA GLOBAL

COLEÇÃO FUNDAÇÃO
EDSON QUEIROZ
UNIFOR – 45 ANOS

ESPAÇO CULTURAL UNIFOR
ENTRADA GRATUITA

TERÇA A SEXTA,
9H ÀS 19H
SÁBADOS E DOMINGOS,
10H ÀS 18H
WWW.UNIFOR.BR

AV. WASHINGTON SOARES, 1321
EDSON QUEIROZ, FORTALEZA|CE





**FAZEMOS
A SUA
REVISTA
TAMBÉM**

Editamos a revista de sua instituição a partir de pauta e assuntos a serem abordados. Produzimos os textos e as ilustrações gráficas e fotográficas. Contate-nos e apresente à sua clientela a movimentação da sua empresa a partir do primeiro passo. Marque uma entrevista. Mostraremos a melhor maneira de se aproximar de seu público-alvo.

Marcelo Paiva
Jornalista - Editor
(85) 98847.6151
(85) 99625.0809

