

scientia

Revista Multidisciplinar do Hospital Sepaco | Ano 0 - Edição 2 - Janeiro de 2021

MALFORMAÇÃO CONGÊNITA

*Impactos psicológicos e clínicos na família
e na equipe assistencial.*



Sepaco
Hospital e Maternidade

Pioneiro no controle de infecção hospitalar

O nosso sucesso é o reflexo da determinação de cada um de nós. Agradecemos por tudo, equipe!

05 de Dezembro

**Dia Nacional do Médico
de Família e Comunidade**

05 de Dezembro

**Dia Internacional
do Voluntariado**

09 de Dezembro

Dia do Fonoaudiólogo

19 de Janeiro

**Dia Mundial do
Terapeuta Ocupacional**

20 de Janeiro

Dia do Farmacêutico

05 de Fevereiro

Dia da Papiloscopia



Prezados leitores,

A Scientia - Revista Multidisciplinar do Hospital Sepaco - é um periódico trimestral e eletrônico que tem por objetivo publicar informações internas, reportagens técnicas e artigos científicos visando melhorar o cuidado dos pacientes e promover a divulgação de informações entre os profissionais de saúde do Hospital.

A opção pelo meio eletrônico deve-se aos benefícios que oferece, possibilitando à coletividade o livre acesso aos seus conteúdos, haja vista que é a forma mais rápida de pesquisa e que permite alcançar um público maior, além de propiciar aos preceptores, estagiários e residentes a possibilidade de divulgarem seus trabalhos, encaminhados ao Conselho Editorial, responsável pela aprovação dos artigos que poderão ser publicados, observadas as normas estabelecidas para tal fim.

Este periódico procura fomentar o debate interdisciplinar, publicando contribuições que expressem a preocupação com os valores preconizados pelo Hospital e Maternidade Sepaco, quais sejam: Integridade, Comprometimento, Trabalho em Equipe e Saber, atributos que constituem a imagem institucional.

Ao submeter seus artigos, os autores consentirão na livre publicação de seus trabalhos e transferir seus direitos autorais, relativos às leis de propriedade intelectual vigentes, permitindo-se a reprodução de textos, desde que a fonte seja citada.

Redação e Administração

Os manuscritos deverão ser encaminhados para:
IEP - Hospital Sepaco
Rua. Vergueiro, 4210 - Vila Mariana
CEP 04102-900 - São Paulo - SP
ou enviados para o e-mail:
publicacoes.iep@sepaco.org.br

Confira todas as edições em nosso site:
www.sepaco.org.br/iep

Expediente

O conteúdo desta publicação é de responsabilidade do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sepaco. Os dados e conteúdo dos artigos científicos são exclusivos de seus autores. É permitida a reprodução total ou parcial desde que mencionada a fonte.

Hospital e Maternidade Sepaco

Superintendente Geral

Sr. Rafael Antônio Parri

Superintendente Geral Adjunta

Dra. Luci Meire Pivelli Usberco

Superintendente Operacional

Sra. Sueli de Fátima da Luz

Superintendente Médico-Hospitalar

Dr. Antônio Tonete Bafi

Coordenador do Instituto de Ensino e Pesquisa

Dr. Flávio Geraldo Rezende de Freitas

Gerente de Comunicação e Unidades de Apoio

Fábio Veronezi

Editora Chefe

Fernanda Regina de Campos Radziavicius

Jornalista Responsável

Jonatas Oliveira (MTB 72027/SP)

Conselho Editorial

Editores Associados

Flávio Geraldo Rezende de Freitas

Fátima Maria Venancio Porfirio

Marcos Eiró Miranda

Rita Soares Barbosa Cardona

Editores de Seção

Lúcio Flávio Peixoto de Lima

Nathaly Fonseca Nunes

Luciana Francine Bocchi De Stefani

Pedro Rafael Del Santo Magno

João Mendes Vasconcelos

Produção e Redação

Adriana Salustiano Burlina

Camila Mayara Carneiro Sousa

Débora Mendes Correia Silva

Fábio Alexandre Paiva Freitas

Letícia Nascimento de Oliveira Budoia

Edição de Imagens, Infográficos e Diagramação

Jonatas Oliveira (MTB 72027/SP)

Karoline Santanhelo

Lígia dos Santos Daghés

Revisão Ortográfica

Ana Lúcia Pinedo Marizze

Foto de Capa e Contracapa

Wirestock/FreePik e

Os registros feitos sem a utilização da máscara de proteção foram feitos antes do início da pandemia da COVID-19.

Datas Comemorativas 2021

Janeiro

02/01 Dia do Sanitarista
04/01 Dia do Hemofílico
29/01 Dia Internacional do Hanseniano
30/01 Dia da Não Violência

Fevereiro

04/02 Dia Mundial Contra o Câncer
05/02 Dia Nacional da Mamografia
18/02 Dia Nacional de Enfrentamento ao Alcoolismo
20/02 Dia Nacional de Enfrentamento às Drogas e Alcoolismo

Março

21/03 Dia Nacional da Síndrome de Down
24/03 Dia Mundial de Enfrentamento à Tuberculose
31/03 Dia da Saúde e da Nutrição

Ações de Conscientização

Janeiro

Branco - Saúde Mental /
Depressão

Fevereiro

Roxo - Lúpus, Alzheimer e
Fibromialgia

Laranja - Leucemia

Março

Azul - Câncer Colorretal

Lilas - Câncer do Colo do Útero

Sobre o Sepaco:

Contamos com pronto atendimento 24 horas adulto, ginecológico e infantil, além de 85 leitos de UTI (44 adultos, 35 neonatais e 25 pediátricos). Moderna estrutura multidisciplinar com abrangência em especialidades de alto risco. Exames de imagem, como: ressonância magnética (intervencionista e não intervencionista), tomografia, endoscopia e biópsias.



Siga o Sepaco nas redes sociais
[f](#) [in](#) [ig](#) [/hospitalsepaco](#)
www.sepaco.org.br

 **Sepaco**
Hospital e Maternidade
Pioneiro no controle de infecção hospitalar



EDITORIAL

Sepaco inaugura maternidade e expande atuação em Mogi das Cruzes | 04

INSTITUCIONAL

Sepaco investe em atendimento e expande ambulatório para Centro Médico | 05

MATÉRIA ESPECIAL

O impacto das malformações congênitas na família e na equipe multidisciplinar | 06

EDUCAÇÃO E PESQUISA

RESIDÊNCIA MÉDICA E ESTÁGIOS Seguir em 2021 compartilhando conhecimento e experiência | 09

TREINAMENTOS Educação em saúde: o alicerce para o desenvolvimento dos profissionais de enfermagem | 10

EVENTOS

Eventos: mantendo o conhecimento científico em tempos de crise | 12

BOLETIM CIENTÍFICO

Editorial | 16

Normas de publicação | 17

Relato de Experiência: cuidados paliativos pediátricos - um campo em expansão | 18

Revisão de literatura: crise hipertensiva no paciente adulto internado - uma revisão de literatura no manejo focando na segurança do paciente não crítico | 24

Experiência da equipe de cuidados paliativos adulto do Hospital Sepaco | 33

ESPECIAL

SEGURANÇA NO TRABALHO Ergonomia no dia a dia | 38

EXPERIÊNCIA DO PACIENTE As definições de expectativas foram atualizadas | 42

AVANÇOS E ATUALIDADES Cateterismo cardíaco em bebês prematuros e baixo peso com cardiopatia congênita | 44

TECNOLOGIA O que é ECMO? | 46

HUMANIZAÇÃO Assistência psicológica na neonatologia e vínculo familiar | 48

SUSTENTABILIDADE Gerenciamento dos recursos energéticos para mitigação do impacto ambiental advindos da atividade econômica hospitalar | 51

PERFIL Natália Luiz Simões | 56

PERFIL Talita Gongora Lodi Rizzini | 57

NOTAS

Confira as atividades científicas realizadas pelas equipes médicas e multidisciplinares do Hospital Sepaco | 59

SEPACO INAUGURA MATERNIDADE E EXPANDE ATUAÇÃO EM MOGI DAS CRUZES

A partir de março de 2021, o Sepaco terá uma nova unidade hospitalar, é o Hospital Sepaco - Unidade Mogi das Cruzes.

As instalações, que contavam apenas com Centro Médico e Pronto Atendimento, foram ampliadas e reestruturadas para a realização de partos e pequenas cirurgias.

A unidade passa a ter agora salas cirúrgicas, salas de parto, UTI Neonatal, além de enfermaria e apartamentos.

Considerando nossa sólida atuação no mercado de partos, aliada à participação do Hospital Sepaco no Programa Parto Adequado do Ministério da Saúde, a expansão da unidade para a realização de partos vai proporcionar um atendimento seguro e acolhedor também na região de Mogi das Cruzes.

A experiência conquistada com nosso Hospital em São Paulo possibilitou esta expansão com novos serviços sendo oferecidos à população local.

Localização



Sepaco Mogi das Cruzes

Rua Dr. Osmar Marinho Couto, 78
Alto do Ipiranga - Mogi das Cruzes/SP
www.sepaco.org.br/mogi

  @sepacomogi



Foto: Divulgação

Rafael Parri
CEO



A expansão do Sepaco em Mogi das Cruzes permitiu a oferta de novos serviços e de novas instalações para a população da região do Alto Tietê.
Fotos: Karoline Santanhelo

SEPACO INVESTE EM ATENDIMENTO E EXPANDE AMBULATÓRIO PARA CENTRO MÉDICO

DA SUPERINTENDÊNCIA GERAL

O Hospital Sepaco, sempre atento à excelência no atendimento, expande seu ambulatório para um Centro Médico. O objetivo é oferecer maior comodidade aos seus pacientes, que terão em um único local consultas com especialistas e realização de exames diagnósticos de forma integrada.

Outra novidade é que, além das adequações estruturais, dentro do Centro Médico funcionará também um novo e moderno Centro de Urologia, que contará com profissionais especializados e equipamentos que permitirão uma investigação completa das doenças urológicas de todos os pacientes, independente do sexo e idade.

Segundo o Dr. Eduardo Muracca, Urologista do Hospital Sepaco, este espaço permite também um melhor acolhimento ao paciente e seus familiares, que contará com a presença de um concierge para assessorá-los durante os atendimentos.

O Centro de Urologia funcionará de 2ª feira a sábado, para atendimento ambulatorial de todas as operadoras de saúde credenciadas ao Hospital Sepaco, além do atendimento particular. Entre os serviços oferecidos estão: estudo urodinâmico completo, urofluxometria livre, calibragem uretral, investigação e prevenção de causa de litíase renal (pedras nos rins) e check-up urológico em todas as idades.

De acordo com o Sr. Rafael Parri, CEO do Sepaco, esta expansão do Centro Médico e Centro de Urologia vem somar à experiência do Hospital Sepaco com alta complexidade, ao cuidado e atenção dedicados aos pacientes: “Prezamos pela vida, e nossos investimentos e esforços em oferecer comodidade, segurança e melhores práticas aos nossos pacientes e seus familiares, tornam a nossa assistência ainda mais resolutiva e precisa”, ressalta.



Os novos equipamentos realizam a investigação completa de doenças urológicas de todos os pacientes, independente de sexo e idade. Foto: Karoline Santanhelo



Com o investimento, os pacientes terão maior comodidade, segurança, atenção especializada e integrada, tornando a assistência resolutiva e precisa. Foto: Karoline Santanhelo



Foto: Divulgação

Dra. Renata Castro

Coordenadora assistencial da UTI neonatal do Hospital Sepaco

Médica Pediatra Neonatologista pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e Sociedade Brasileira de Pediatria

E-mail:
renatagncastro@yahoo.com.br

O IMPACTO DAS MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS NA FAMÍLIA E NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

As malformações congênitas são alterações estruturais ou funcionais, de um ou mais órgãos, que surgem durante o desenvolvimento do feto na gestação, com significativa relevância na morbidade e mortalidade infantil, correspondendo a segunda principal causa de morte em recém-nascidos e crianças menores de 5 anos no continente americano.

Com o avanço tecnológico, o diagnóstico pré-natal tornou-se mais preciso, permitindo informações detalhadas sobre o feto, diagnósticos cada vez mais precoces e possibilidade de intervenções terapêuticas intra-útero. As causas são diversas, abrangendo fatores genéticos e cromossômicos, complicações gestacionais, fatores ambientais e uso de medicamentos ou substâncias, porém um grande grupo de malformações tem etiologia desconhecida.

Programas de vigilância de malformações na população mostram que cerca de 2 a 3% dos recém-nascidos apresentam anormalidades em algum órgão ou sistema, e, em 19% dos abortos espontâneos, o feto apresentava um defeito localizado ou síndrome. O impacto na gestão de saúde também é alto, com custos elevados de exames e procedimentos, aumento do número de internações hospitalares, internações prolongadas e necessidade de *home-care*.

Diante desse cenário, eu questiono:

E para além do diagnóstico e opções terapêuticas, como a malformação fetal se apresenta no contexto familiar? Como a equipe multidisciplinar de saúde se prepara para receber um bebê com anomalias físicas graves na unidade de terapia intensiva neonatal?

A gestação é um fenômeno complexo. O desejo de ter um filho algumas vezes ocorre antes da concepção, com planejamento e sonhos, outras vezes, em uma gravidez inesperada e não desejada, esse bebê vai sendo acolhido aos poucos. Além do desenvolvimento orgânico intra-útero do bebê, existe a formação no psiquismo dos pais de uma imagem mental do bebê, com expectativas e desejos, o que chamamos de “bebê imaginário”. O vínculo materno e paterno vai sendo construído ao decorrer da gestação, com o crescimento da barriga, os chutes, conversas,



*A relação entre os pais e o bebê é construída aos poucos e com o passar do tempo.
Foto: Freepik*

contando com ajuda também da visualização do bebê através do ultrassom, influenciando no apego ao identificar expressões faciais do feto, sua movimentação e batimentos cardíacos, funcionando como uma antecipação do encontro mãe/pai e filho.

Nesse contexto de acompanhamento de uma gestação, como é, para o médico e para a família o momento em que se descobre uma malformação no feto? Após a detecção de uma anormalidade, como ocorre a notícia, a informação aos pais de que seu bebê apresenta alguma alteração que pode ser incapacitante ou até mesmo limitante para a vida?

O diagnóstico de uma malformação fetal traz grandes implicações para a gestante e seus familiares. A perda do bebê idealizado, imaginário, caracterizando uma “morte” seguida pelo nascimento do bebê real, com doenças físicas e necessidades peculiares não antes imaginadas, em paralelo a um turbilhão de sentimentos como culpa, tristeza, negação, dor, raiva, desespero, dúvidas e fracasso. Nesse momento é fundamental o acompanhamento intensivo e multidisciplinar da família, acolhendo o impacto inicial e elaborando os sentimentos resultantes do diagnóstico e suas consequências.

A gravidez, por si só, gera perspectivas de grandes mudanças, com sentimentos ambivalen-

tes durante a gestação, com transformações corporais e experimentação de profundas emoções. Perde-se a vida anterior, com liberdade e preocupações apenas com si mesmo, para uma realidade onde se deve lidar com um ser humano totalmente dependente de cuidados. Essa difícil transição, acompanhada por complicações gestacionais e mudanças inesperadas de expectativas, pode se tornar patológica.

Pesquisas com entrevistas de pais de bebês com malformações congênitas revelam, num período inicial, sentimentos como choque, tristeza, preo-

cupação, raiva, falta de esperança, incapacidade, culpa, necessidade de confirmação diagnóstica e opinião de outros profissionais na expectativa de um diagnóstico diferente, vergonha, medo do preconceito, impactos negativos na autoestima, com sentimento de inferioridade em relação a outras gestantes e muita solidão. O vínculo com o bebê pode ser prejudicado pelo medo e possibilidade de óbito fetal ou neonatal. Aqueles pais tristes, assustados e angustiados, na maioria das vezes, estão sozinhos. Muitos relatos escancaram o sentimento de solidão dos pais, sujeitos a julgamentos e questionamentos, submetidos a cobranças de aceitação imediata e amor incondicional desse filho que não era o esperado e o idealizado. Além disso, o sentimento de responsabilização pela malformação é bastante comum. Muitas mulheres se perguntam o que fizeram de errado, tentando identificar possíveis falhas ou omissões. Quando a gestação não é desejada ou houve tentativa de aborto, o sentimento de culpa pode ser ainda mais acentuado. Em casos de malformações incompatíveis com a vida, não só o luto pelo “bebê imaginário” precisa ser elaborado, mas também o luto pelo bebê real, que não irá sobreviver, potencializando sentimentos de tristeza, frustração, ansiedade e depressão.

Contudo, com o passar do tempo, na maioria dos casos, esses sentimentos são substituídos pela fé, esperança, amor, força e sentimento de

capacidade de enfrentar a situação, com equilíbrio e reorganização.

É imprescindível que haja cautela e sensibilidade na comunicação de suspeita ou confirmação de malformação fetal, na tentativa de minimizar as repercussões negativas da notícia, oferecendo acolhimento e disponibilizando acompanhamento psicológico aos pais. A busca por informações sobre a doença certamente irá ultrapassar os limites do consultório e hospital, avançando pela internet. Sabemos que os sites de busca podem ser excelentes aliados, mas também vilões, por conterem todo tipo de informações, às vezes fantasiosas. Cabe aos profissionais de saúde a missão de filtrar o essencial, explicar, da melhor forma possível, a gravidade da malformação, as opções terapêuticas, paliativas ou curativas, e prognóstico de cada quadro clínico, informando de forma neutra, sem influenciar nas decisões dos pais, respeitando suas reações sem julgar. A equipe multidisciplinar deve se certificar que as informações estão sendo compreendidas e elaboradas, trabalhando em cima dos dados clínicos reais, mas considerando o tempo necessário de cada indivíduo para essa compreensão. Jamais deve-se destituir os pais de suas esperanças, são recursos de enfrentamento legítimos, lembrando que a medicina não é uma ciência exata, e a vida muitas vezes nos surpreende.

Com relação aos profissionais de saúde, é importante refletir sobre o impacto emocional no atendimento a essas famílias e ao bebê malformado, sendo frequente a angústia e ansiedade proporcional à gravidade do quadro, principalmente em casos incompatíveis com a vida, mas que sobrevivem por alguns dias na unidade de terapia intensiva neonatal. É comum o sentimento de impotência frente ao quadro, com sofrimento pela impossibilidade de cura e a dificuldade de lidar com dores intensas dos pais, que mobilizam significativamente a equipe. Lidar com tal sofrimento é uma tarefa dura e desgastante, e é preciso voltar o olhar para quem acompanha esse paciente e seus familiares.

Em síntese, a aceitação do diagnóstico de uma anormalidade fetal é muito difícil para as famílias, com intenso sofrimento psíquico e possíveis complicações como depressão e ansiedade, além de riscos de prejuízo no apego e vínculo com o feto. A admissão e cuidado do bebê malformado é um desafio para a equipe multiprofissional. Estratégias e planejamento terapêutico individual são necessários para que seja oferecido o melhor atendimento para essas famílias, acolhendo e minimizando o sofrimento já intenso, com seguimento em conjunto com a equipe de cuidados paliativos e psicologia, desde o pré-natal.

Referências bibliográficas

1. Santos Mariana Moura dos, Böing Elisangela, Oliveira Zaira Aparecida Custódio de, Crepaldi Maria Aparecida. Diagnóstico pré-natal de malformação incompatível com a vida: implicações psicológicas e possibilidades de intervenção. Rev. Psicol. Saúde. [Internet]. 2014 [citado 2021 Jan 26]; 6 (1): 64-73.
2. Vasconcelos, Lívia, & Petean, Eucia Beatriz Lopes. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. Psicologia, Saúde & Doenças. 2009; 10 (1): 69-82.
3. Toufaily MH, Westgate MN, Lin AE, Holmes LB. Causes of Congenital Malformations. Birth Defects Res. 2018; 110 (2): 87-91.
4. Wojcik MH, Agrawal PB. Deciphering congenital anomalies for the next generation. Cold Spring Harb Mol Case Stud. 2020; 76 (5): a005504.
5. Antunes Mónica Sofia do Couto, Patrocínio Carla. A malformação do bebê: Vivências psicológicas do casal. Psic., Saúde & Doenças [Internet]. 2007 [citado 2021 Jan 26]; 8 (2): 239-251.

SEGUIR EM 2021 COMPARTILHANDO CONHECIMENTO E EXPERIÊNCIA

DÉBORA MENDES CORREIA SILVA
FABIO ALEXANDRE PAIVA FREITAS

DA REDAÇÃO DA REVISTA SCIENTIA

Por meio de uma equipe médica e assistencial altamente capacitada, que conta com recursos de ponta, serviços especializados e pacientes com uma ampla diversificação (tendo a alta complexidade no foco), o Hospital Sepaco vem, ao longo dos últimos anos, desenvolvendo uma ampla rede de conhecimento, tornando-se um campo extremamente rico para estágios assistenciais que são imprescindíveis para formação de bons profissionais de saúde.

Instituições de ensino de diversas regiões do Brasil em suas diferentes áreas do conhecimento têm nos procurado para que seus alunos complementem a sua formação por meio da realização de estágio em nossa instituição.

O retorno que recebemos dos estagiários sempre destaca o conhecimento dos preceptores e suas equipes, ações decididas de forma multidisciplinar, a receptividade nas áreas de atendimento com quem está aprendendo e as condutas baseadas nas boas práticas em saúde. Tudo aliado a um padrão elevado de atendimento.

Em 2021 seguiremos contribuindo com a formação de profissionais cada vez mais capacitados nas melhores práticas, que atendam um mercado de trabalho cada vez mais exigente e sabendo atuar em um contexto multidisciplinar.

Estágio médico em radiologia e diagnóstico por imagem

Já está disponível no site do Hospital Sepaco o link para o edital do Processo Seletivo 2021 e as inscrições podem ser feitas pelo link **www.sepaco.org.br/estagioradiologia**. O link também pode

ser acessado em nossa intranet, na página institucional e redes sociais.

As provas, com questões elaboradas pelo nosso corpo clínico, foram realizadas no dia 25/02/2021 no auditório do Hospital Sepaco.

Com uma experiência de 10 anos, seguimos oferecendo duas vagas credenciadas pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) para a capacitação teórico-prática de médicos que atuarão nas diversas modalidades do diagnóstico por imagem, incluindo o Raio-X, o Ultrassom, a Tomografia Computadorizada e a Ressonância Magnética.

Residência médica

Em março de 2021 as áreas de Pediatria e Clínica Médica receberão dois novos residentes cada. Ao todo, passaremos a contar com 8 (oito) residentes neste novo ano.

O processo de seleção organizado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) junto à VUNESP, no qual o Hospital Sepaco faz parte, está com as provas objetivas agendadas para o dia 10/01/2021 e a definição dos candidatos seguirá o modelo da SES.

Estágios e internatos

Em 2020, recebemos aproximadamente 359 estagiários, sendo 69 residentes de medicina e alunos de pós-graduação, 186 acadêmicos cursando graduação na área de saúde, 76 tecnólogos e 28 alunos em formação para técnico.

Para 2021, o Hospital Sepaco manterá boa parte de suas parcerias e tem fechado algumas novas sempre com a intenção de, por meio das trocas de conhecimento e vivência entre o aluno e nossos profissionais, trazer crescimento para ambos e uma reflexão de como realizar nosso trabalho de uma forma ainda melhor.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O ALICERCE PARA O DESENVOLVIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

ADRIANA SALUSTIANO BURLINA
LETICIA NASCIMENTO BUDOIA

ESPECIAL PARA A REVISTA SCIENTIA

Educação em saúde é algo fundamental em organizações de saúde, considerando as particularidades e riscos dessa área de atuação, além das mudanças e evoluções constantes.

Setores de treinamento e desenvolvimento vêm ganhando cada vez mais visibilidade e atuação em organizações de saúde, por terem como objetivo capacitar e desenvolver seus profissionais, buscando dispor a estes, além de experiências de aprendizado, conhecimento e segurança na assistência prestada; impactando direta e indiretamente no objetivo final, ou seja, a qualidade e segurança do paciente.

A atuação dos profissionais envolvidos nesta área, se torna ainda mais importante e desafiadora, considerando as atualizações e inovações constantes na saúde. Tais profissionais devem se manter sempre atualizados e em parceria com os demais setores, para que juntos possam sempre buscar as oportunidades de melhoria contínua, ação e/ou metodologia de aprendizagem, entre outros.

No Hospital Sepaco, temos o IEP – Instituto de Ensino e Pesquisa, atuante desde 2017. O setor é composto por quatro seguimentos: educação continuada, pesquisa clínica, eventos e residência/estágios.

Dentro do seguimento da educação continuada, tivemos grandes avanços, como: sala de informática com 18 computadores, plataforma digital “Conecta Sepaco”, simuladores de baixa e média fidelidade e os EIT’s – Enfermeiros Instrutores de Treinamentos.

A função dos EIT’s foi criada com o objetivo de

disponibilizar estrategicamente um enfermeiro nos setores assistenciais como facilitador, onde o mesmo atuaria como um “semeador de boas práticas”, por meio da disseminação de conteúdos fundamentados no conhecimento técnico/científico e nos protocolos institucionais, facilitando o aprendizado por meio de ferramentas pedagógicas baseadas na andragogia, com o auxílio e direcionamento do IEP.

Além de ministrar treinamentos presenciais *on the job*, de acordo com a necessidade levantada pela supervisão, gerência de enfermagem e educação continuada, tais profissionais têm a missão de recepcionar e direcionar profissionais da enfermagem recém-admitidos nos setores assistenciais. Normalmente utilizam *checklists* contendo itens como normas institucionais e rotinas setoriais, enfatizando procedimentos técnicos para garantir uma assistência segura e de qualidade aos pacientes e proporcionar aos profissionais da enfermagem vários benefícios, como:

- Integração e adaptação as atividades diárias;
- Desenvolvimento de competências técnicas e comportamentais;
- Oferta de *feedback* construtivo favorecendo seu desenvolvimento;
- Redução do *turnover*;
- Presença de um facilitador de treinamentos no setor com *expertise* assistencial.

É válido ressaltar que a atuação do profissional junto aos colaboradores recém-admitidos permite a otimização do tempo de treinamento, agrega subsídios ao processo avaliativo, permite ao gestor rápida atuação frente as dificuldades apresentadas e, conseqüentemente, oferece oportunidades de melhoria contínua.

Atualmente, contamos com quatro EITs atuando

Para atuar como EIT no Hospital Sepaco, foram estipulados pré-requisitos importantes para atender tamanha responsabilidade

- Possuir vínculo empregatício exclusivo com o Hospital Sepaco;
- Atuar no setor como enfermeiro assistencial há pelo menos dois anos;
- Possuir disponibilidade de horário para participar do programa de desenvolvimento do EIT, para atuação nos treinamentos setoriais;
- Possuir conhecimento intermediário em informática;
- Pós-graduação em área assistencial (cursando ou completo);
- Possuir habilidades como: flexibilidade, comunicação, relacionamento interpessoal, iniciativa, trabalho em equipe, organização, didática, criatividade e ética;
- Não possuir sanções administrativas nos últimos 6 meses.

nos seguintes setores: Pediatria, Pronto Atendimento, UCM (Unidades de Cuidados da Mulher) e UTI Neonatal e Pediátrica. Estão ativos na função desde o segundo semestre de 2017 e já foram realizados 109 cursos *online* e ações de cunho educacional, como: eventos, reuniões científicas, simpósios e treinamentos presenciais. A resultado da atuação é

refletido na melhoria dos indicadores assistenciais.

Projetos futuros já estão sendo pensados, como adoção maior da simulação realística como metodologia de treinamento e inclusão de outros setores, buscando sempre melhoria contínua, qualidade e segurança na assistência prestada.



Os EITs do Sepaco passam por capacitações periódicas. Foto: Jonatas Oliveira

EVENTOS: MANTENDO O CONHECIMENTO CIENTÍFICO EM TEMPOS DE CRISE

CAMILA MAYARA CARNEIRO SOUSA

DA REDAÇÃO DA REVISTA SCIENTIA

Retrospectiva

O ano de 2020 foi desafiador. Tivemos que aprender a nos reinventar, pois a área de eventos foi uma das afetadas pela pandemia. Entretanto, as adversidades promovem o surgimento de novas propostas e ideias.

No Hospital Sepaco não foi diferente. Buscamos novas formas e maneiras de assegurar a fluidez de informações e conhecimentos entre os profissionais da equipe de saúde, sempre mantendo o alinhamento com os focos estratégicos da Instituição. Por isso, estagnar não era uma opção!

No novo cenário, foi essencial uma solução digital para não interromper a rotina de reuniões cien-

tíficas institucionais. Passamos a usar uma plataforma de videoconferências robusta com diversas funcionalidades, como compartilhamento de tela, gravação de *webinars*, acesso via telefone e *upload* de reuniões na nuvem (figura 1).

Em tempo de crise, encontramos uma oportunidade de aprendizado e continuidade das atividades.

Engajamento dos Gestores/Coordenadores de Equipes

Toda e qualquer novidade gera incertezas e inseguranças. Nossos eventos, até então, eram totalmente presenciais e precisávamos migrar para o *online*. Um dos pontos fortes foi a adesão dos profissionais, reflexo do engajamento dos Gestores/Coordenadores das Equipes, uma vez que também são os idealizadores e organizadores dos eventos. Isso permitiu darmos continuidade nas nossas ações e promover o contínuo crescimento profissional obtendo grande sucesso.

Na figura 2, podemos observar a manutenção do número de eventos científicos, quando comparado com o ano anterior. Vale a pena ressaltar que, no ano de 2019, tivemos grandes eventos, como simpósios e seminários.

Expectativas

Seguir avançando na conquista de novos expectadores, disponibilizando conteúdos novos e de qualidade por meio da participação de especialistas renomados em cada área, bem como adesões de mais especialidades médicas.

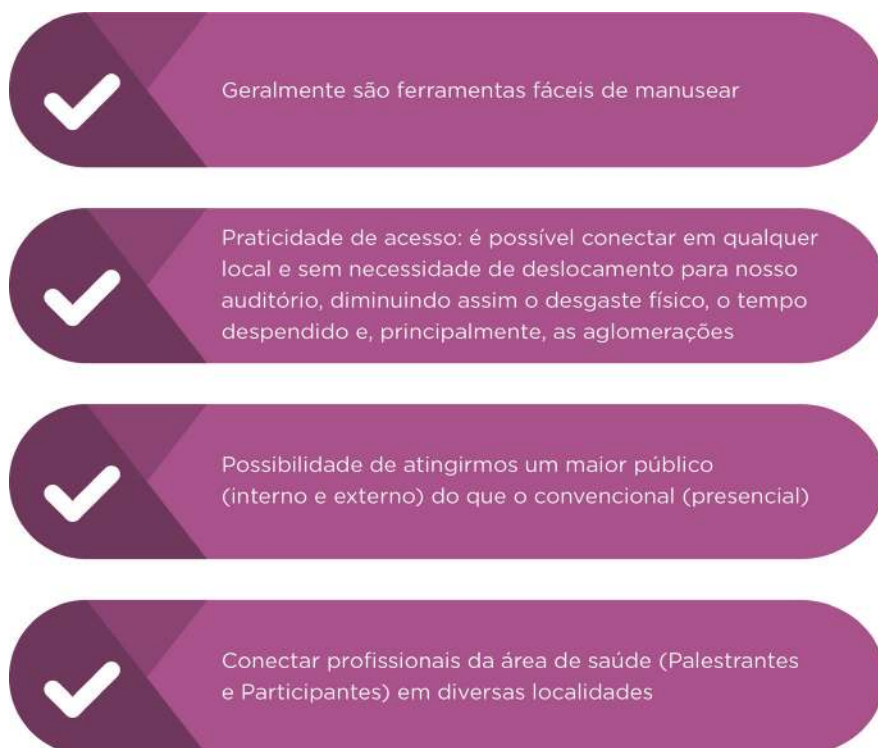


Figura 1: Vantagens do uso de plataformas digitais

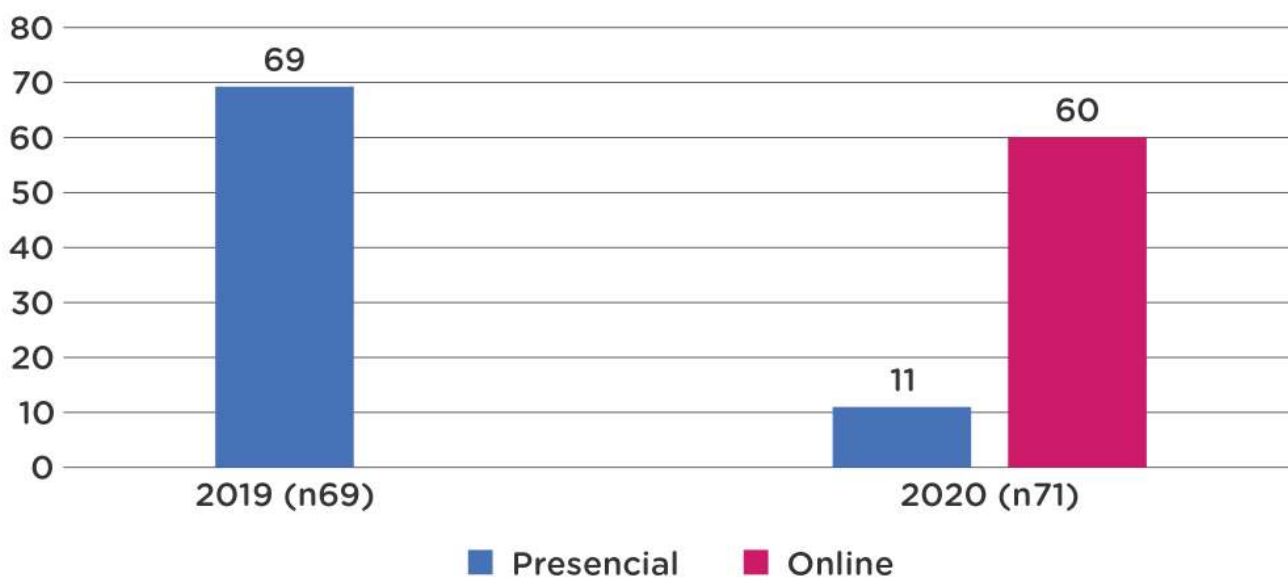


Figura 2: Comparativo das Modalidades de Eventos: Presencial e Online - 2019 x 2020

Alinhar/Planejar com as áreas uma agenda regular de eventos. Dessa forma, será mais fácil seguir as recomendações de segurança preconizadas e também realizar a divulgação nas plataformas.

Acreditamos que a tendência após o fim da pandemia será evoluirmos para um modelo híbrido (presencial em conjunto ao *online*), de acordo com a necessidade de cada Gestor/treinamento.

■ PLANOS E METAS

Planejar e gerenciar um evento é uma fase estratégica e requer atenção e organização. Para propiciar o alcance dos planos e metas previamente estabelecidos, o projeto deve acompanhar tendências, disseminar conteúdo científico de qualidade e assim motivar, atrair e engajar a Equipe. Dispomos de metas a curto e longo prazo, algumas já concluídas, outras em andamento. Nossas metas de curto prazo são:

Investir em mais tecnologias: disponibilizar nossos eventos em uma plataforma gratuita de compartilhamento de vídeos, para que mais Profissionais da Saúde (internos e externos), possam acessar remotamente; (em andamento)	Explorar o retorno dos grandes eventos (Simpósio, Seminário e/ou Jornada) com segurança, juntamente com o auxílio das ferramentas digitais;	Investir em comunicação digital, ampliando a divulgação de nossos eventos nas redes sociais e aplicativo de mensagens instantâneas.
Em andamento	Em andamento	Concluído

**“PROGNÓSTICO E INCERTEZA”
COM DR. DANIEL NEVES FORTE**

- Dia: 16/03 - 19h (Horário de Brasília)
- Link da Reunião: <https://is.gd/TToZLd>
- ID da reunião: 974 6712 1373
- Senha de acesso: 556028
- Organização: Grupo de Cuidado Paliativo do Hospital Sepaco

**“CONVULSÃO FEBRIL”
COM DRA. SILVANA KRÜGER FRIZZO**

- Dia: 17/03 - 19h (Horário de Brasília)
- Link da Reunião: <https://is.gd/78jqI5>
- ID da reunião: 970 8267 1976
- Senha de acesso: 544673
- Organização: Equipe de Pediatria do Hospital Sepaco

**“BIOÉTICA: PRINCÍPIOS E ESPECIFICIDADES NOS
CUIDADOS PALIATIVOS ADULTO E PEDIÁTRICO”
COM DRA. LUCIANA DADALTO**

- Dia: 24/03 - 19h (Horário de Brasília)
- Link da Reunião: <https://is.gd/e8mwM3>
- ID da reunião: 958 2976 0323
- Senha de acesso: 794042
- Organização: Grupo de Cuidado Paliativo do Hospital Sepaco

**“STATUS EPILEPTICUS”
COM DRA. ANA LUIZA CÂMARA**

- Dia: 31/03 - 19h (Horário de Brasília)
- Link da Reunião: <https://is.gd/nx355e>
- ID da reunião: 996 7871 6521
- Senha: 360260
- Organização: Equipe de Pediatria do Hospital Sepaco



**Participe das reuniões científicas do Hospital Sepaco
e amplie o seu conhecimento!**

**Os eventos são gratuitos e destinados aos
profissionais da área da saúde.**



**“ATUALIZAÇÃO EM DISPLASIA BRONCOPULMONAR”
COM DRA ANA CAROLINA NASCIMENTO**

- Dia: 30/03 - 20h (Horário de Brasília)
- Link da Reunião: <https://is.gd/COCeQe>
- ID da reunião: 976 4062 1615
- Senha de acesso: 549431
- Organização: Equipe da UTI Neonatal do Hospital Sepaco



**“MANEJO PRÉ-OPERATÓRIO DO PREMATURO
CARDIOPATA” COM DRA. RENATA CASTRO**

- Dia: 07/04 - 20h (Horário de Brasília)
- Link da Reunião: <https://is.gd/TzFCfY>
- ID da reunião: 949 5696 7071
- Senha de acesso: 909123
- Organização: Equipe da UTI Neonatal do Hospital Sepaco



**“SÍNDROMES EPILÉPTICAS”
COM DRA. SILVANA KRÜGER FRIZZO**

- Dia: 14/04 - 19h (Horário de Brasília)
- Link da Reunião: <https://is.gd/DDJrxa>
- ID da reunião: 812 9755 4001
- Senha de acesso: 885573
- Organização: Equipe de Pediatria do Hospital Sepaco



**“DELIBERAÇÃO MORAL: DISCUSSÃO DE CASO NO
CUIDADO PALIATIVO ADULTO E PEDIÁTRICO”
COM PROF. DR. JOSIMARIO SILVA**

- Dia: 14/04 - 19h (Horário de Brasília)
- Link da Reunião: <https://is.gd/mFgL5H>
- ID da reunião: 972 4295 6809
- Senha: 205738
- Organização: Grupo de Cuidado Paliativo do Hospital Sepaco

Saiba mais!



**INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA
DO HOSPITAL SEPACO**

Rua Vergueiro, 4210 - Vila Mariana - São Paulo/SP
(11) 2182-4604 - iep@sepaco.org.br
www.sepaco.org.br/iep



Fotografe este QR Code
para acessar o site do IEP

Nos últimos quarenta anos, a pesquisa científica no Brasil evoluiu de forma exponencial e diversos foram os fatores que contribuíram para isso. O século XXI tem sido marcado por rápidas mudanças no cenário do financiamento à pesquisa no país, que apesar das dificuldades e de estarmos longe do ideal, ainda nos permite avanços e uma nova perspectiva para com a área de pesquisa e desenvolvimento.

A importância da área é enorme e peça fundamental para que a população acredite que o bem-estar da sociedade depende da procura constante pela apropriação do saber, uma vez que contribui para a geração de conhecimento e melhoria na qualidade assistencial, afinal, apenas com a evolução constante é possível otimizar processos com qualidade e excelência.

Uma população integrada na moderna sociedade da informação exige pesquisadores renomados e

capacitados para a disseminação de uma educação consolidada e um sistema produtivo comprometido. Abrimos nossa 2ª edição da Scientia - Revista Multidisciplinar do Hospital Sepaco com a contribuição científica e assistencial da Dra. Carolina Vieira de Campos, Dra. Gabriela de Souza Marques, Dr. Marcos Eiró Miranda e a Psicóloga Carolina Menezes Marson, na qual nos proporcionam uma visão acolhedora e humanista de assuntos relevantes da nossa prática local.

Aproveite a leitura e desfrute de uma concepção de relevância e liderança local, com o foco no desenvolvimento e crescimento profissional em junção a assistência prestada ao paciente enfermo.

FERNANDA REGINA DE CAMPOS RADZIAVICIUS

Editora Chefe da Revista Scientia



A equipe do IEP. Em pé (da esquerda para a direita): Débora Mendes Correia Silva, Flávio Geraldo Rezende de Freitas e Letícia Nascimento de Oliveira Budoia. Sentados da esquerda para a direita: Camila Mayara Carneiro Sousa, Fábio Alexandre Paiva Freitas, Adriana Salustiano Burlina e Fernanda Regina de Campos Radziavicius. Foto: Jonatas Oliveira

1. A Scientia - Revista Multidisciplinar do Hospital Sepaco é uma publicação em língua portuguesa, de periodicidade trimestral, que tem por objetivo publicar informações internas, reportagens técnicas e artigos científicos, visando melhorar o cuidado dos pacientes e promover a divulgação de informações entre os profissionais de saúde do Hospital. Para reportar adequadamente os estudos, os autores são encorajados a consultar diretrizes específicas publicadas no site: www.equator-network.org
2. Para publicação, serão avaliadas a originalidade, a relevância dos tópicos e a qualidade metodológica dos artigos, além do atendimento às normas editoriais. Os materiais devem ser submetidos por meio do e-mail: **publicacoes.iep@sepaco.org.br**
3. O artigo deverá ser acompanhado do “Termo de Cessão de Direitos Autorais” e da “Carta de Solicitação de Publicação”, na qual serão abordados os aspectos relacionados aos conflitos de interesses e aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde foi realizado (ou o CEP de referência), entre outros. Os documentos estão disponíveis no nosso site: **www.sepaco.org.br/iep**
4. As referências deverão ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, na ordem em que são mencionadas no texto. A apresentação deverá seguir o formato denominado “Vancouver Style”.
5. O uso de abreviaturas deve ser evitado no título do trabalho, no resumo, no título das tabelas/figuras e minimizado em todo o texto, além de serem precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. No rodapé das figuras e tabelas, devem ser discriminados o significado das abreviaturas, símbolos e outros sinais.
6. As tabelas e gráficos devem ser enviados em formato Excel, numeradas e mencionadas no texto na ordem de citação. As figuras devem ser numeradas e mencionadas no texto na ordem de citação e enviadas em formato JPG com 300 DPI em arquivos separados.
7. O texto deve vir em arquivo Word® com:
 - Fonte Times New Roman, tamanho 12, justificado;
 - Máximo de 20 páginas e entrelinhamento de 1,5cm;
 - Margem superior de 3cm, inferior e laterais de 2cm;
 - Até 6.000 palavras (exceto referências e tabelas);
 - Até 6 tabelas e/ou ilustrações e 25 referências;
8. Em caso de situações não contempladas nestas Normas, deverão ser seguidas as recomendações contidas em ICMJE Recommendations no site do International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>)
9. O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Os materiais publicados terão os direitos autorais resguardados pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP) e só poderão ser reproduzidos sob autorização.
10. Os trabalhos deverão respeitar a confidencialidade, os princípios éticos e trazer a aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CNS-510/16).
11. Caso os autores possuam fotos ilustrativas do artigo, relacionadas ao assunto em questão ou pessoais do próprio autor, o IEP agradece a colaboração.
12. Não será permitida a inclusão no texto de nomes comerciais de nenhum produto. Se necessário, cite a denominação química ou designação científica.
13. A confirmação de recebimento dos artigos enviados será feita por e-mail em até 5 dias úteis e os artigos recebidos serão incluídos na reunião do Conselho Editorial (CE) do mês subsequente.
14. A aprovação ou reprovação dos artigos será informada por e-mail após avaliação do CE. O artigo reprovado será devolvido junto com a justificativa.
15. Cabe ao Conselho Editorial do IEP estabelecer a data de publicação do artigo.

Para maiores informações: (11) 2182-4604

RELATO DE EXPERIÊNCIA: CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS - UM CAMPO EM EXPANSÃO

CAROLINA VIEIRA DE CAMPOS

Coordenadora da Equipe de Cuidados Paliativos Pediátricos

CAROLINA MENEZES MARSON

Psicóloga da Equipe de Cuidados Paliativos Adulto e Pediátrico

Resumo

O conceito de cuidado paliativo pediátrico tem ganhado espaço, especialmente nos últimos anos, diante dessa percepção de cuidado total, estendido à família que também sofre frente ao adoecimento, frente a crianças que também adoecem de forma grave e que seguirão por tratamentos por longos anos de sua vida. Ao pensar no cuidado focado na abordagem paliativa, vemos a exigência de que este se dê em equipe, com médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, etc., pois ao pensar em cuidado paliativo, vemos que a equipe de saúde é o apoio no enfrentamento da doença tanto para a família como ao paciente. Podemos também pensar nas indicações de Cuidados Paliativos Pediátricos em termos dos sofrimentos apresentados pela criança e/ou sua família. Neste sentido, o entendimento das quatro esferas de sofrimento através do diagrama de atendimento multidimensional (DAM) pode ser útil. O objetivo desse artigo é apresentar os resultados obtidos por nossa equipe neste primeiro ano de trabalho no Hospital Sepaco, considerando esse acolhimento e cuidado integral.

Palavra-chave: cuidados paliativos, pediatria, diagrama de atendimento multidimensional.

Introdução

Quando falamos em Cuidados Paliativos, inicialmente nos vem a ideia de que este está relacionado a pessoas idosas e, na maioria das vezes, em fase final de vida. Porém, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados paliativos consistem na assistência promovida em equipe multidisciplinar, com o objetivo de melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (1).

Nesta definição não há critério de idade, não se é especificado o cuidado apenas em casos de fase final de vida e se trata do sofrimento de forma total em todas as esferas do cuidado humano. Vale ressaltar que a palavra morte não aparece em sua

definição, sugerindo que falamos de cuidados de vida.

Diante disso, vemos que o conceito de cuidado paliativo pediátrico tem ganhado espaço, especialmente nos últimos anos, justamente diante dessa percepção de cuidado total, estendido à família que também sofre frente ao adoecimento, frente a crianças que também adoecem de forma grave e que seguirão por tratamentos por longos anos de sua vida.

Através de definição do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o conceito de cuidado paliativo pediátrico, definido em 1998, não difere de forma extrema do definido pela OMS e seria a assistência prestada ao paciente com doença crônica e/ou ameaçadora da vida. Na pediatria, sugere que sejam iniciados no diagnóstico, independentemente do tratamento da doença de base. Aqui também

vemos o envolvimento e cuidado em equipe multiprofissional e dando suporte físico (controle de sintomas) emocional, espiritual e social à criança, atendendo também às necessidades da família (2).

Diante do avanço tecnológico ocorrido nas últimas décadas, vimos um desenvolvimento de muitas áreas do cuidado à saúde, o que modificou o perfil dos pacientes e das doenças. Falando em Pediatria, Valadares, Mota e Oliveira, ressaltam o inegável progresso destas em todas as especialidades, contudo, nos lembram que muitas crianças ainda vivenciam doenças que ameaçam a vida, necessitam de cuidados especiais ou que ainda não correspondem aos tratamentos que sua doença necessita. Para os autores, lidar com estes pacientes é pensar em uma abordagem diferente de cuidado, mesmo quando ainda há proposta curativa. Neste sentido, o cuidado paliativo precisa ser implementado com o objetivo de proporcionar melhor controle dos sintomas e qualidade de vida a criança, estendendo-se à família (3).

Considerando ainda estes autores, sua pesquisa evidencia que ao redor do mundo quando se trata de cuidados paliativos pediátricos, muitas crianças morreram em sofrimento, sem um controle de sintomas adequado, com dor, fadiga e dispnéia. Ressalta-se que faltam estudos sobre isto na área infantil, sendo por vezes utilizado modelo vivenciado pelos pacientes adultos (3).

A importância da multidisciplinaridade

Claramente, ao pensar no cuidado focado na abordagem paliativa, vemos a exigência de que este se dê em equipe, com médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, etc., pois ao pensar em cuidados paliativos, vemos que a equipe de saúde é o apoio no enfrentamento da doença, tanto para a família como ao paciente.

Para Nascimento et al. (4) a equipe de saúde tem papel fundamental nos cuidados a serem realizados, especialmente quando colabora com a aceitação do diagnóstico, auxiliando no convívio com a enfermidade. Ainda para os autores, estes profissionais devem focar sua assistência de forma integral, oferecendo escuta ativa, uma comunicação efetiva, com o objetivo de diminuir a ansiedade, medo, fantasia e tantos outros afetos da família e da criança, considerando, inclusive, o prognóstico.

Na visão dos autores o cuidar é fundamentado na troca de afetos, de experiências, necessitando de confiança e respeito. Vale ressaltar que tudo isso só se torna possível através de construção de vínculo, que é um processo longo e necessita de cuidados baseados na forma como a assistência se dará (4).

Vale lembrar que, quando falamos desse cuidado, nosso foco não deve ser a doença e sim o sujeito. Para Maciel este deve ser respeitado, informado e estar consciente de todo o processo que ocorre. É um fazer multiprofissional que preconiza individualidade na atenção ao doente e seus familiares, buscando erradicar o sofrimento (5).

Ao falarmos de equipe multidisciplinar, não podemos deixar de pontuar o que Silva et al. (6) afirmam dizendo que esta também sofre com a morte da criança e assim, como a família, busca encontrar mecanismos para enfrentar a perda e elaborar o luto.

Neste sentido, Alves (7) sinaliza que os cuidadores profissionais e não profissionais reconhecem a necessidade do psicólogo na equipe de cuidados paliativos, já que este profissional está apto para disponibilizar aos familiares, paciente e equipe uma escuta especializada, ajudando-os a elaborar os sentimentos decorrentes do agravamento da doença. Ainda para a autora e diante das pesquisas sobre o tema (5,6,7), ficou evidente que a preparação acadêmica é insuficiente para a atuação multidisciplinar nos cuidados paliativos, necessitando de uma qualificação específica diante desse cuidado e das demandas que tal serviço oferece. Ainda se ressalta que a humanização é um fato importante nesta atuação, mas ainda há dificuldade em exercê-la.

Indicações: Quem pode se beneficiar?

Como exposto acima, os Cuidados Paliativos Pediátricos têm como objetivo a melhoria da qualidade de vida, independente do prognóstico da doença. Para se alcançar o objetivo, este deve idealmente ser incorporado no cuidado tradicional de todas as crianças com doenças ameaçadoras da vida, no momento do diagnóstico. Exemplos de pacientes nesta situação estão ilustrados na tabela 1 (8).

Podemos também pensar nas indicações de Cuidados Paliativos Pediátricos em termos dos sofrimen-

tos apresentados pela criança e/ou sua família. Neste sentido, o entendimento das quatro esferas de sofrimento através do Diagrama de Atendimento Multidimensional (DAM – figura 1) pode ser útil. Trata-se de ferramenta utilizada na avaliação da equipe de cuidados paliativos, na qual o paciente se encontra no centro e os presentes e potenciais sofrimentos dele, da família e da equipe são escritos em cada uma das suas respectivas esferas, de maneira a organizar a ação da equipe e a organização do plano terapêutico. Os principais sofrimentos que podem indicar uma avaliação da equipe de cuidados paliativos estão listados na tabela 2.

Cuidados paliativos pediátricos no Hospital Sepaco: retrospectiva de 1 ano

A implementação da equipe de Cuidados Paliativos Pediátricos no Hospital Sepaco iniciou-se em setembro de 2019. Desde então, foram atendidas mais de 80 crianças e suas famílias, sendo aproximadamente metade desta população (48%) constituída de neonatos.

Tabela 2: Exemplos de potenciais sofrimentos que podem ser indicação de avaliação pela equipe de Cuidados Paliativos Pediátricos

Físicos	Psicológicos	Espirituais	Sociais
■ Dor ■ Náuseas e Vômitos ■ Dispneia ■ Constipação ■ Prurido ■ Sede ■ Fadiga ■ Inapetência	■ Tristeza ■ Depressão ■ Ansiedade ■ Angústia ■ Sofrimento existencial	■ Desamparo em relação a Deus ■ Perda ou questionamento da Fé ■ Conflito entre a orientação religiosa e a recomendação médica	■ Rede de suporte ausente ou insuficiente ■ Organização de acesso a benefícios

Tabela 1: Critérios de indicação de Cuidados Paliativos Pediátricos através do diagnóstico da doença de base

Critério	Exemplo
Pacientes cujo tratamento curativo é possível, mas tem chance de falha	1. Cardiopatias congênitas complexas 2. Câncer infantil
Pacientes com doenças cujo tratamento mantém a qualidade de vida, tornando-se uma doença crônica com potencial de piora progressiva	3. Fibrose Cística 4. Distrofias Neuromusculares 5. Imunodeficiências
Pacientes com doenças crônicas, irreversíveis e não progressivas, mas com vulnerabilidade de saúde	6. Encefalopatias Hipóxico-isquêmicas 7. Prematuridade extrema
Pacientes com doenças progressivas sem possibilidade de cura	8. Trissomia 13 9. Trissomia 18 10. Osteogênese imperfeita tipo II 11. Alguns erros inatos do metabolismo

Neste primeiro ano de história, uma em cada três crianças atendidas pela equipe tiveram alta hospitalar (figura 2). Em tais casos, a atuação da equipe envolveu controle de sintomas, acolhimento psicológico e espiritual e elaboração de plano de cuidados para alta hospitalar.

Outro exemplo do impacto da atuação dos cuidados paliativos pediátricos pode ser demonstrado

através do atendimento das crianças cardiopatas que faleceram após a avaliação pela equipe. Trata-se de uma população de alta complexidade e morbimortalidade, o que justifica o envolvimento de cuidados paliativos a partir do momento do diagnóstico em grande parte das cardiopatias. A análise do fim de vida das crianças cardio-

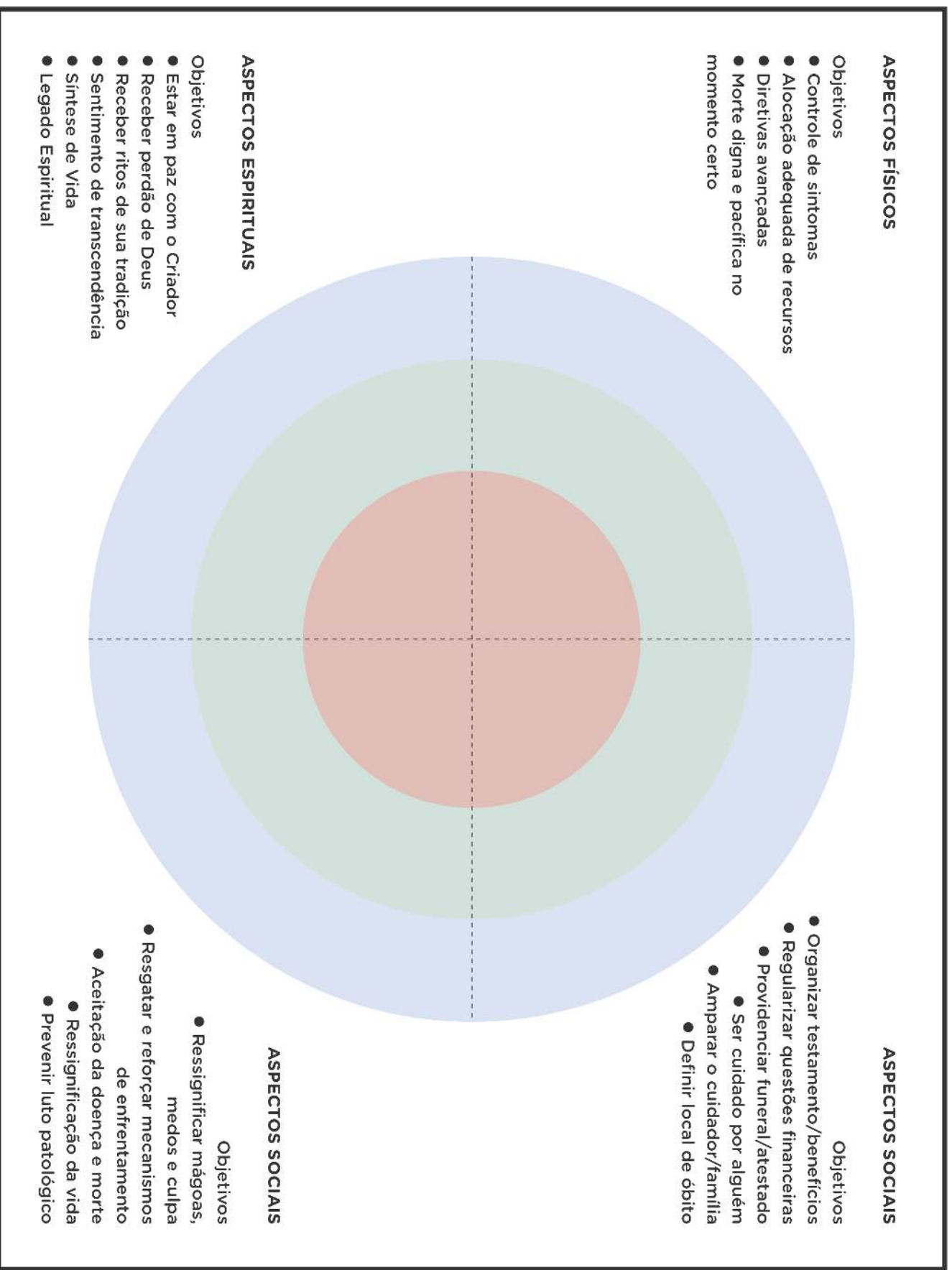


Figura 1: Diagrama de abordagem multidimensional (DAM)

patas atendidas pela equipe desde sua implementação até julho 2020 está demonstrada na figura 3, na qual a população total (14 pacientes) foi dividida em duas metades de acordo com a época de atendimento (Grupo 1: primeiros 7 pacientes. Grupo 2: últimos 7 pacientes). Fica evidente a mudança no perfil de fim de vida, com inserção mais precoce da equipe de cuidados paliativos pediátricos, permitindo maior número de consultas, melhor definição dos valores da família e elaboração de plano de cuidado. Tal inserção mais precoce refletiu no modo de fim de vida destas crianças (figura 4), com menor número de invasões e consequentemente, menor sofrimento.

Considerações finais

Com o avanço do conhecimento na unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal, o número de crianças em condições complexas com as quais é possível conviver, vem crescendo exponencialmente. A integração precoce da equipe de cuidados paliativos pediátricos com o cuidado curativo convencional visa a promo-

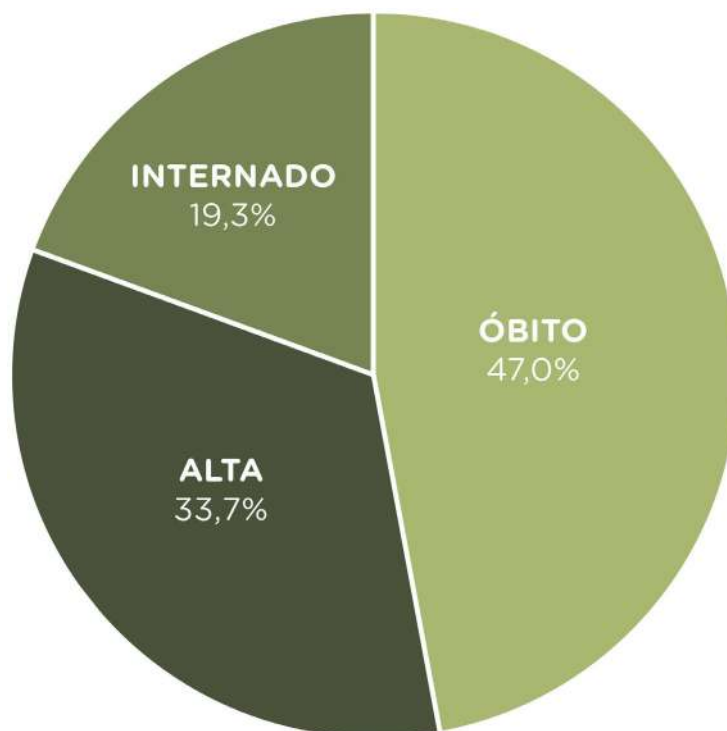


Figura 2: Desfechos das avaliações da equipe de Cuidados Paliativos Pediátricos até Novembro de 2020

ção de uma melhoria da qualidade de vida e alívio dos sofrimentos destes pacientes e seus familiares.

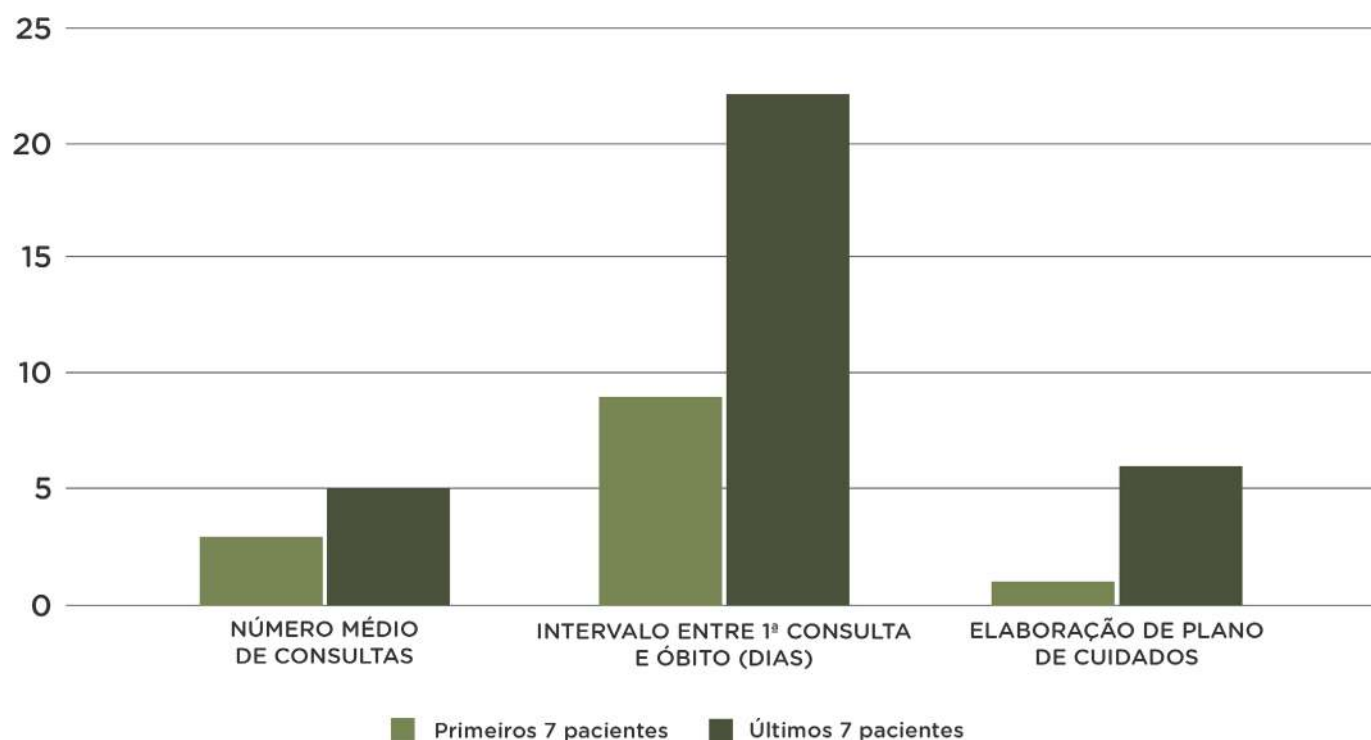
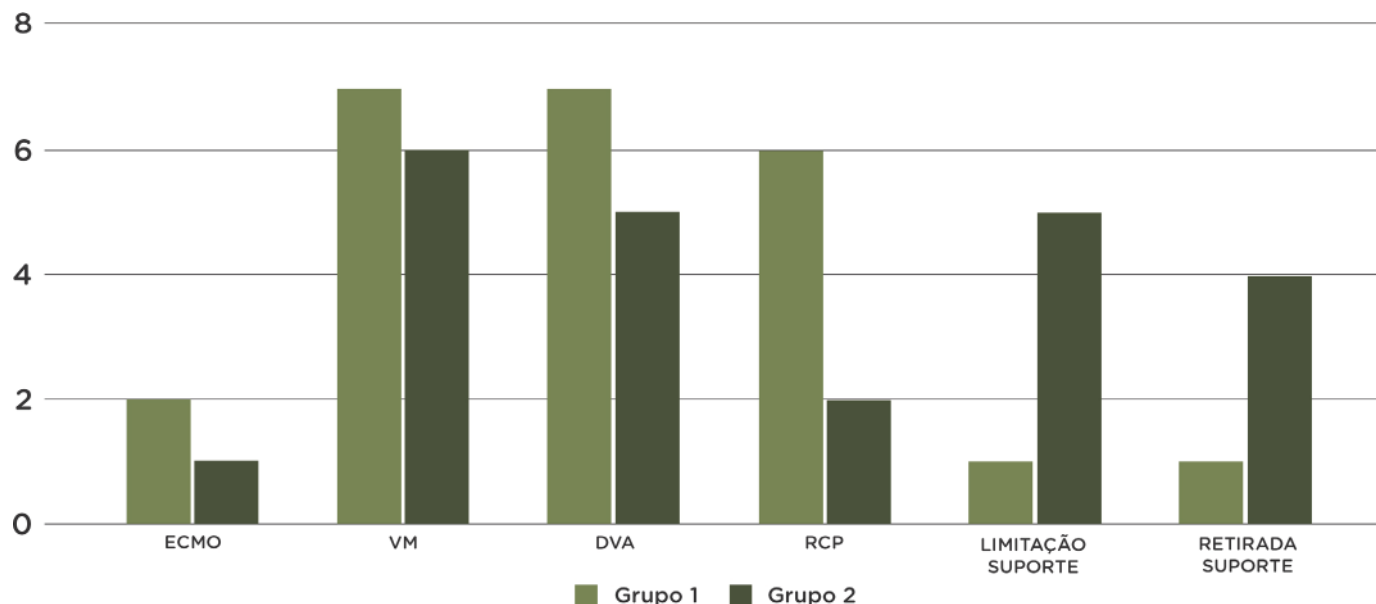


Figura 3: Dados dos atendimentos das crianças cardiopatas avaliadas pela equipe de Cuidados Paliativos Pediátricos que faleceram na internação



● **ECMO** = oxigenação por membrana extracorpórea

● **VM** = ventilação mecânica

● **DVA** = drogas vasoativas

● **RCP** = reanimação cardiopulmonar

Figura 4: Dados dos atendimentos das crianças cardiopatas avaliadas pela equipe de Cuidados Paliativos Pediátricos que faleceram na internação

Referências bibliográficas

1. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. [Internet]. World Health Organization. [citado 6 de novembro de 2020]. Disponível em: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
2. Tratamento do Câncer, 2018 [Internet]. Instituto Nacional de Câncer. [citado 21 de novembro de 2018]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos-pediatricos>.
3. Valadares MTM, Mota JAC, Oliveira BM. Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. Rev. bioét. (Impr.). 2013; 21 (3): 486-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300013.
4. Nascimento DM, Rodrigues TG, Soares MR, Rosa MLS, Viegas SMF, Salgado PO. Experiência em cuidados paliativos - à criança portadora de leucemia: a visão dos profissionais. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18 (9): 2721-2728. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900027&script=sci_abstract&lng=pt.
5. Maciel MGS. Definições e princípios. In: Cuidados Paliativos / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf
6. Silva AF et al. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepção, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2015; 36 (2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/-v36n2/pt_1983-1447-rgenf-36-02-00056.pdf
7. Alves RF et al. Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. Fractal: Revista de Psicologia. 2015; 27 (2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v27n2/1984-0292-fractal-27-2-0165.pdf>
8. Himmelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D. Pediatric palliative care. N Engl J Med. 2004; 350 (17): 1752-1762. [PubMed: 15103002]
9. Saporetti, A et al. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: Carvalho RT, Parsons HA. Manual de cuidados paliativos ANCP. São Paulo: Sulina; 2012.

REVISÃO DE LITERATURA: CRISE HIPERTENSIVA NO PACIENTE ADULTO INTERNADO - UMA REVISÃO DE LITERATURA DO MANEJO FOCANDO NA SEGURANÇA DO PACIENTE NÃO CRÍTICO

GABRIELA DE SOUZA MARQUES

Residente de Clínica Médica do Hospital Sepaco

Resumo

A crise hipertensiva, definida por uma elevação aguda da pressão arterial acima de 180x110 mmHg, é muito estudada em ambiente extra-hospitalar. Porém, há pouca evidência quanto ao manejo desta em pacientes internados, embora a elevação da pressão seja um evento frequente em ambiente hospitalar, e seu manejo no cotidiano de profissionais de saúde. O objetivo deste artigo é oferecer uma revisão de literatura focada nesse manejo em pacientes não críticos. Como fluxograma de manejo inicial, é importante conferir a aferição da pressão com técnica adequada, embora o método não-invasivo possa subestimar a pressão sistólica quando alta. Após confirmação, deve-se investigar possível lesão de órgão alvo aguda, que, se presente, diagnostica emergência hipertensiva e esta habitualmente indica cuidados intensivos e anti-hipertensivos venosos. Caso contrário, é classificada como urgência hipertensiva. Neste caso, é importante investigar e tratar fatores precipitantes para elevação aguda de pressão (como dor, retenção urinária e abstinência), além de realizar nova aferição após repouso. Não há evidência de benefício no tratamento agudo da urgência hipertensiva, e alguns deles podem causar danos ao paciente, causando grande variação em protocolos. Consideramos que o ambiente hospitalar permite vigilância adequada da evolução do paciente, em especial o assintomático, permitindo priorizar estratégia espectante com segurança, podendo ajustar anti-hipertensivos de longa duração em certos casos.

Palavra-chave: emergência hipertensiva, unidade de terapia intensiva.

Introdução

Crise hipertensiva ou hipertensão aguda são termos amplos, que se referem a quadros clínicos diversos, tendo eles em comum uma elevação aguda e importante da pressão arterial (PA), em níveis que a literatura geralmente classifica acima de 180mmHg de pressão arterial sistólica (PAS) e/ou 110-120 mmHg de pressão arterial diastólica (PAD) (1,2). Esses valores seriam importantes o suficiente para causar ou piorar lesões agudas de órgãos-alvo, gerando uma preocupação na equipe de saúde com o quadro do paciente. A maioria da literatura desenvolvida em relação a essa situação se refere a pacientes ambulatoriais ou em contexto de pronto atendimento (2,3).

A elevação da PA é comum dentre pacientes hospitalizados, sejam eles portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), ou não. Em uma revisão sistemática de 2011, com estudos predominantemente europeus e americanos, a prevalência de hipertensão entre os pacientes internados ficou entre 50,5% e 72%, dos quais a maioria se manteve hipertensa no *follow-up* após alta (4). Dessa forma, inevitavelmente,

te, profissionais de saúde encontrarão este perfil de paciente em suas práticas clínicas.

Dentro deste contexto, foi publicada em 2010 uma pesquisa com médicos residentes de clínica médica, medicina de família e cirurgia em três universidades dos Estados Unidos, na qual 80% dos entrevistados classificaram o controle da PA no ambiente hospitalar como importante ou muito importante, tratando-a a partir de em média PAS 161-170 mmHg e PAD 101-105 mmHg. A maioria manteria na alta a prescrição hospitalar de anti-hipertensivos modificada durante a internação, para níveis discordantes de PA do paciente enquanto internado (5).

Assim, este artigo objetiva revisar a evidência para o manejo de hipertensão arterial no paciente internado, e adaptar a evidência presente para o paciente extra-hospitalar e de pronto-socorro.

Definições

1) Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A hipertensão arterial sistêmica se trata de uma

doença crônica não transmissível, multifatorial e caracterizada por valores persistentemente elevados de PA (1). Esta é diagnosticada através de ao menos 3 medições ambulatoriais com técnica adequada em ao menos 2 visitas, com valores ≥ 140 mmHg de pressão sistólica e ≥ 90 mmHg de pressão diastólica. Valores diferentes são aplicados para medições por meio de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) ou Automedida da Pressão Arterial (AMPA), visualizados na tabela 1 (1,3). Segundo dados de 2013 da Pesquisa Nacional de Saúde, 21,4% a 32,3% dos adultos brasileiros são portadores de HAS (1).

Porém, esses valores são focados no paciente ambulatorial e assintomático, para determinar tratamento e manter alvos terapêuticos a longo prazo, e evitar lesões de órgãos-alvo crônicas ou progressão de doenças cardiovasculares. O tratamento desses níveis não é feito imediatamente, mas, sim, em um prazo maior, normalmente com reavaliação em cerca de um mês. Quando se trata de um paciente com quadro agudo, internado, há fatores confundidores e também causadores de elevações transitórias de PA (3).

2) Emergência hipertensiva

Emergência hipertensiva é a associação de uma PA muito elevada com uma lesão aguda e/ou progressiva de órgão-alvo e/ou risco iminente de morte que exige intervenção rápida e agressiva para redução dos níveis pressóricos (1,2,6). O valor absoluto acima de 180/110-120 mmHg é o mais comum nesta classificação, porém a velocidade de aumento da PA também é importante na sua relação com o acometimento de órgãos-alvo, em especial cerebrovascular (um bom exemplo é a crise do feocromocitoma). Os órgãos-alvo mais comumente afetados são: cérebro, coração, retina, rins, grandes vasos e microcirculação (1,2). Na tabela 2, segue apresentação clínica da emergência hipertensiva (1,2,6).

3) Hipertensão acelerada ou maligna

Trata-se de uma síndrome caracterizada por uma elevação grave da PA, muitas vezes com valores acima de 200/120 mmHg, associada à retinopatia avançada, bilateral e progressiva. Esta envolve alterações importantes no exame de fundoscopia, como hemorragias, exsudatos algodanosos ou

Tabela 1: Critérios para diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica

Método	Pressão arterial
Ambulatorial (medida manual)	≥ 140 e/ou ≥ 90
MAPA	
Média 24h	>130 e/ou >80
Vigília	>135 e/ou >85
Sono	>120 e/ou >70
AMPA ou MRPA	>135 e/ou >85

- **PAS** = pressão arterial sistólica
- **PAD** = pressão arterial diastólica
- **MAPA** = monitorização ambulatorial da pressão arterial
- **AMPA** = automedida da pressão arterial
- **MRPA** = monitorização residencial da pressão arterial

Tabela 2: Apresentações clínicas de emergências hipertensivas

Acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico
 Síndromes coronarianas agudas
 Dissecção aguda de aorta
 Edema agudo de pulmão cardiogênico
 Encefalopatia hipertensiva / PRES
 Hemorragia subaracnóidea
 Hipertensão acelerada ou maligna / Retinopatia hipertensiva maligna
 Hipertensão com múltiplos danos aos órgãos-alvo (MDO)
 Crise do feocromocitoma
 Crises adrenérgicas graves
 Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade / Eclâmpsia / Síndrome HELLP
 Microangiopatia trombótica hipertensiva

- **PRES** = posterior reversible encephalopathy syndrome
- **HELLP** = hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets

papiledema, na maioria das vezes associados a sintomas visuais, como turvação (6).

4) Urgência hipertensiva

Esta é a elevação aguda da PA para níveis acima de 180/110-120, porém, sem sinais de lesão aguda e/ou progressiva de órgãos-alvo ou risco à vida. Geralmente são oligossintomáticas ou mesmo assinto-

máticas. Os pacientes podem apresentar cefaleia (predominantemente posterior), dispneia, tontura ou epistaxe como sintomas mesmo sem sinais de lesão de órgãos-alvo. A abordagem dessa síndrome já não é intensiva, e tende a priorizar a normalização gradual da PA ao longo de 2 a 7 dias (1,2,6).

Este termo foi definido por precedente histórico e opinião de especialistas, porém não há estudos que indiquem propensão de urgência hipertensiva progredir para emergência, ou que indique o nível de PA que é preocupante exigindo redução rápida (3).

5) Pseudocrise hipertensiva

Esta condição se caracteriza por uma elevação transitória da PA como resposta a um estímulo físico ou emocional, que se resolve após o tratamento deste estímulo (ansiedade, dor, vertigem, síndrome do pânico, etc). Pode assemelhar-se à urgência hipertensiva, sendo importante a exclusão desses fatores causais. A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial também inclui nesta categoria os pacientes hipertensos não tratados ou mal controlados com elevação assintomática, provavelmente crônica, da PA (1).

Esta classificação é bem didática para o raciocínio clínico da hipertensão como resposta reacional a algum estímulo, porém é controversa na literatura. Ela não foi encontrada na Diretriz do ISH ou na do ESC, ou na maioria das referências dessa revisão, geralmente classificada juntamente à urgência hipertensiva (6,7).

Sugestão de uma estratégia de abordagem

A partir dos conceitos apresentados anteriormente, visamos sugerir uma estratégia / fluxograma de abordagem do paciente hipertenso durante a internação hospitalar (tabela 3), com base principalmente em literatura focada no paciente não hospitalizado, uma vez que não há diretrizes ou recomendações específicas para o paciente internado (3).

6) Adequação da medida

Para iniciar a abordagem do paciente, é importante flagrar o aumento da pressão arterial, de forma que se deve seguir certos parâmetros para conseguir uma medida adequada. Caso esteja muito elevada, pode ser apenas um erro de aferição ou interferência externa (tabela 4) (1,6,7,8). Algumas

Tabela 3: Passos para avaliação de crise hipertensiva em pacientes hospitalizados

- 1 Checar se valor de PAS > 180 mmHg e/ou PAD > 110-120 mmHg com técnica adequada
- 2 Avaliar clinicamente suspeita ou evidência de lesão de órgão-alvo
- 3 Avaliar possíveis fatores desencadeantes e tratá-los
- 4 Nova medição após 30 minutos de repouso
- 5 Avaliar PA basal do paciente e velocidade de ascensão
- 6 Avaliar comorbidades e motivo de internação, além de PA alvo nessa internação
- 7 Definir terapêutica

- **PAS** = pressão arterial sistólica
- **PAD** = pressão arterial diastólica
- **PA** = pressão arterial

das condições ideais de aferição são difíceis de se obter com pacientes internados, principalmente o ambiente calmo, a posição ideal, ou até mesmo a presença de manguitos de tamanho adequado para o paciente. Deve-se adaptar o melhor possível à situação do momento.

Um estudo retrospectivo de 2013 conduzido em um hospital de Boston, com 852 pacientes, demonstrou que as aferições de pressão arterial pelo método oscilométrico tendem a ser discrepantes em relação ao método invasivo, principalmente na PAS, superestimada quando menor que 95 mmHg e subestimada quando maior que 95 mmHg, enquanto a pressão arterial média (PAM) tende a ser mais consistente (9). Um ensaio clínico pequeno com 50 pacientes na Itália comparou as aferições do método invasivo com o oscilométrico e também com o auscultatório, após treinamento feito com os profissionais de enfermagem envolvidos para garantir técnica adequada. Mesmo assim, ambos os métodos invasivos tendem a superestimar a PAS quando está mais baixa e subestimá-la quando mais alta (10). Com este dado, principalmente considerando estudos com resultados semelhantes em pacientes cirúrgicos, a orientação da maior porção da literatura

Tabela 4: Recomendações e técnica adequada de aferição da pressão arterial pelo método auscultatório ou oscilométrico

Circunstâncias do paciente

Local calmo, com temperatura confortável.

A bexiga deve estar vazia. Evitar conversar com o paciente durante a medição ou imediatamente antes.

30 minutos antes da aferição, evitar: adrenérgicos como fenilefrina; descongestionante nasal ou dilatadores pupilares; cafeína; bebidas alcoólicas; cigarro ou exercícios. Se não foi possível manter essas condições, realizar nova medida em 30 minutos.

Posição

Preferir posição sentada com o antebraço apoiado ao nível do coração, palma da mão voltada para cima, dorso apoiado na cadeira, pernas descruzadas com pés apoiados ao chão. As roupas não podem garrotear o braço.

Equipamento

O aparelho deve ser validado, e calibrado a cada ano se eletrônico oscilométrico ou seis meses se auscultatório.

O manguito deve ser adequado à circunferência do braço do paciente. O tamanho ideal em método auscultatório é de 80% da circunferência do braço como comprimento do manguito (podendo variar de 70% a 100%) e 40% para largura do mesmo. Manguitos pequenos superestimam a pressão arterial, e grandes subestimam. Verificar orientações do fabricante em aparelhos oscilométricos.

Protocolo

Se PA elevada, realizar 3 aferições com 1 a 2 minutos de intervalo entre elas, considerando o valor médio entre as duas últimas.

Utilize medição em ambos os braços, principalmente se suspeita de emergências hipertensivas. Considere o maior valor.

Método auscultatório

Infle rapidamente o manguito 20 mmHg acima do valor de PAS estimado pelo método palpatório. Desinfle a 2 a 3 mmHg por segundo, registrando os sons de Korotkoff (I como PAS e V como PAD). Se estes forem fracos, peça ao paciente para elevar o braço, abrir e fechar a mão de 5 a 10 vezes e infle o manguito rapidamente. Repita a medida.

Este é preferível em relação ao oscilométrico em pacientes com FA. A maioria dos aparelhos eletrônicos registra a forma de onda de pressão sistólica individual mais alta e não uma média de vários ciclos diferentes que ocorrem na FA. Também, não foram validados para pacientes com FA.

Registro

É importante no registro constar o horário, o membro em que ocorreu a aferição, a posição, o valor da PA sem abreviações, a frequência cardíaca/de pulso e a presença ou não de arritmias.

- PA = pressão arterial
- PAS = pressão arterial sistêmica

- PAD = pressão arterial diastólica
- FA = fibrilação atrial

tura é dar preferência para uma medida de pressão arterial invasiva nos pacientes em que há evidência de emergência hipertensiva, assim como em outros pacientes graves (2).

7) Avaliação clínica de lesão de órgão-alvo

É essencial avaliar o paciente para evidências de lesões agudas de órgão-alvo, uma vez que, se presentes, o paciente passa a se encaixar na classificação de emergência hipertensiva, com critérios de gravidade e indicação de observação e manejo em ambiente intensivo (1,2).

Para realizar essa avaliação de forma efetiva, deve-se começar na anamnese, verificando a presença de sintomas compatíveis com emergências hipertensivas, como sonolência, tontura, convulsões, sinais focais, dor torácica típica, turvação visual ou dispneia. Deve-se seguir com exame físico direcionado para os sintomas presentes. Caso o paciente esteja assintomático, aferição de sinais vitais seguidas de um exame neurológico básico, ausculta cardíaca e pulmonar, palpação de pulso nos quatro membros, avaliação de presença de edema e palpação abdominal devem compor exame mínimo para esse perfil de paciente (1).

O *guideline* da ISH de 2020 orienta como investigação complementar mínima a realização de um eletrocardiograma (ECG), exames laboratoriais contendo hemoglobina, plaquetas, creatinina, sódio, potássio, desidrogenase láctica (DHL), haptoglobina, rotina de urina e proteinúria, associadas a fundoscopia (6), enquanto o do ESC de 2018 sugere ainda fibrinogênio e teste de gravidez para mulheres em idade fértil em acréscimo aos exames anteriores. Já o UpToDate sugere ainda acrescentar radiografia de tórax (7).

Porém é controversa a necessidade dessa análise completa em pacientes assintomáticos (11). Uma série de estudos observacionais conduzidos com pacientes ambulatoriais ou de pronto-atendimentos obtiveram baixa prevalência de pacientes com alguma alteração laboratorial ou de outros exames que resultassem em hospitalização, sendo a maioria dessas alterações crônica e/ou não relacionada ao pico hipertensivo. A principal alteração se deu em função renal (1,2,3,13).

Sugestão: como nessa revisão o enfoque é o pacien-

te hospitalizado, na falta de estudos mais concretos sobre esse cenário, uma boa orientação é um *screening* mínimo com ECG e rotina básica laboratorial, com hemograma completo, função renal e eletrólitos. Em pacientes assintomáticos e oligossintomáticos, coletar esta rotina após a realização dos passos 3 e 4, confirmando a urgência hipertensiva.

Exames adicionais devem ser guiados para esclarecimento de dúvida clínica e para os fatores de risco específicos do paciente. Por exemplo, pacientes com eventos coronarianos prévios ou alterações suspeitas no ECG podem se beneficiar da coleta de marcadores de necrose miocárdica e pacientes com sintomas neurológicos ou oculares devem ter a fundoscopia realizada. Na suspeita clínica de emergência hipertensiva, sugerem-se exames guiados para a lesão orgânica suspeita, como Tomografia computadorizada de crânio em suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) (1,6).

8) Fatores precipitantes (“pseudocrise hipertensiva”)

Por diversas vezes, quando o profissional de saúde é chamado para avaliar um paciente com PA elevada, há algum fator causal específico. Dessa forma é importante observar no paciente se há algum fator precipitante modificável ou tratável (tabela 5). Um bom exemplo é o paciente com dor pós procedimento que apresenta uma elevação da PA reativa. No hospital, especificamente, é importante descartar abstinências, medicações ou excesso de fluido ofertado (1,2). Caso positivo, é importante tratar a causa e reavaliar o paciente após a terapia, observando se houve queda da PA.

9) Nova aferição da PA após 20 a 30 minutos de repouso

Quando se analisa as condições para uma medição adequada da pressão arterial por métodos não invasivos, presentes na tabela 4, a ausência de sintomas, ansiedade e a necessidade de manter o paciente em ambiente calmo e confortável se destacam. Dessa forma, se o paciente não apresentar sinais ou sintomas compatíveis com emergências hipertensivas, é necessário realizar nova medida antes de pensar em tratar ou ampliar a investigação.

Em um ensaio de 2008 conduzido na Argentina com 549 pacientes apresentando urgência hipertensiva, 175 (31,9%) responderam a um período

Tabela 5: Fatores precipitantes para elevação aguda de pressão arterial

Aumento da ingestão de sódio
Hipervolemia / Excesso de administração de fluidos no hospital
Má aderência / não administração hospitalar da medicação anti-hipertensiva
Sintomas
Dor
Retenção urinária ou Lesão renal aguda (por outras causas)
Vertigem
Ansiedade ou pânico; privação de sono
Medicamentosa / tóxica
Abstinência (álcool, nicotina ou benzodiazepínicos principalmente)
Corticoides
Antiinflamatórios não estereoidais
Simpatomiméticos
Cocaína
Anfetamina
Hipertensão secundária: pre-eclâmpsia, glomerulonefrite, feocromocitoma, renovascular, hiperaldosteronismo primário, coarctação da aorta, etc.

de 30 minutos de repouso de forma satisfatória, chegando a níveis pressóricos menores que 180 mmHg de PAS e 110 mmHg de PAD, não necessitando de medidas adicionais (14). Peixoto, na revisão do New England Journal of Medicine de 2019, orienta realizar nova aferição após 20 a 30 minutos em repouso em local confortável e silencioso (2).

10) Determinação da estratégia de tratamento

A primeira etapa para definir uma estratégia de tratamento de uma crise hipertensiva é sua classificação. Por definição, uma emergência hipertensiva apresenta maior risco de morbimortalidade, de forma que o paciente deve ser internado em unidade de terapia intensiva (UTI) e receber anti-hipertensivo endovenoso. Os medicamentos mais usados e disponíveis em nosso meio são: a) vasodilatadores arteriais e venosos: nitroprussiato de sódio (usado na maioria das emergências hipertensivas) e nitroglicerina (mais usada em síndromes coronarianas); b) betabloqueadores venosos (principalmente o metoprolol e esmolol); c) hidralazina (vasodilatador de ação direta usado na eclâmpsia e evitada em outras situações pelo efeito imprevisível) (1,2,3,6,7).

O alvo terapêutico geralmente é reduzir a PAM em até 20 a 25% na primeira hora, e chegar a PA de 160 x 100-110 mmHg em duas a seis horas, alcançando a normopressão em 24 a 48h (redução excessiva e rápida da PA aumenta risco de mortalidade), embora não haja evidências que a redução da PA neste

caso reduza a mortalidade desses pacientes. Excetuam-se situações especiais, como no caso de AVC isquêmico sem indicação de trombólise, no qual é preconizada a hipertensão permissiva a fim de manter perfusão cerebral, uma vez que o mecanismo de autorregulação se encontra desviado para uma pressão mais aumentada (1,2,12).

Já no caso de urgência hipertensiva, há poucos dados na li-

teratura que suportem uma estratégia específica, havendo recomendações conflitantes sobre o uso ou não de anti-hipertensivos orais para o tratamento agudo, mesmo em contexto de pronto atendimento e, caso haja tratamento, se a resolução deve ocorrer em horas ou em até sete dias. Não há evidências que demonstrem benefícios na queda rápida na PA de pacientes sem emergências hipertensivas. O uso de nifedipina de liberação rápida já é proscrito há anos, devido a quedas acentuadas da PA para abaixo da capacidade de autorregulação, que podem gerar isquemia tecidual, principalmente no sistema nervoso central (1,2,3,6,8).

Uma coorte retrospectiva publicada em 2016 no Jama e conduzida em Cleveland com pacientes apresentando urgência hipertensiva, comparou desfechos MACE entre 852 pacientes que receberam alta para casa com os 426 referenciados ao hospital, sem diferença significativa entre eles (15). Outro estudo de 2015 comparou a estratégia de tratamento com anti-hipertensivo oral (primariamente clonidina) contra ausência de prescrição de anti-hipertensivos em pacientes com urgência hipertensiva, em pacientes predominantemente afroamericanos, sem diferença significativa entre os grupos nos desfechos de readmissão em pronto atendimento e mortalidade, de forma que não houve superioridade entre as estratégias (16). A clonidina foi associada em outros estudos à re-

dução rápida e imprevisível da PA (8). Também é importante notar que médicos tendem a focar em redução de PAS em detrimento do valor da PAD, e a redução iatrogênica desta abaixo de 65-70 mmHg demonstrou aumentar o risco cardiovascular, principalmente se a PAD anterior à terapia era normal (3).

A maioria das literaturas indicam redução da PA com medicação oral, sendo as mais comuns captopril ou clonidina, em caso de risco iminente de evento cardiovascular (como em pacientes sabidamente portadores de aneurismas cerebrais ou abdominais) (8), ou em caso de sintomas causados pela hipertensão, sendo esta última indicação mais controversa (2,3). Nesse caso, o objetivo seria reduzir em 20 a 30 mmHg na PA em algumas horas (ou redução de 25-30% da PAM) (2,8). Nos demais casos, a orientação geral é introduzir / ajustar anti-hipertensivos de longa ação e solicitar retorno ambulatorial em até sete dias (1,2,3,6,8).

Sugestão: no paciente internado, há checagem frequente de sinais vitais, de forma que é possível visualizar a PA basal do paciente e a velocidade da subida. Feito isso, pode-se adotar uma postura mais conservadora pela facilidade de acesso ao paciente. Devido à falta de evidências em relação a esse cenário, não se deve realizar tratamento agudo com anti-hipertensivos orais de ação rápida, exceto em casos de pacientes com alto risco frente a pequenas variações (portadores de aneurismas ou dissecções arteriais, por exemplo). Pode-se ajustar o esquema de anti-hipertensivos de longa duração, caso o paciente esteja com aumento persistente nos valores de PA.

11) Acompanhamento após alta hospitalar

Uma grande preocupação no follow-up dos pacientes apresentando crises hipertensivas é o risco de apresentarem um novo episódio, com rehospitalização. O STAT (Studying the Treatment of Acute HyperTension), estudo observacional com pacientes apresentando emergências hipertensivas, apresentou uma taxa de mortalidade em 90 dias de 24%, e 38% dos pacientes não neurológicos foram rehospitalizados, sendo quase um terço por hipertensão (17).

Pacientes com crises hipertensivas, mesmo sem lesão de órgão-alvo aguda, têm um risco cardio-

vascular aumentado a longo prazo, mesmo se comparado com pacientes com níveis pressóricos similares no follow-up (18). Uma coorte de um ensaio randomizado de pacientes com Acidente Isquêmico Transitório (AIT) publicado no Lancet, avaliou 2006 pacientes e observou que uma PAS isolada acima de 180 mmHg assintomática aumentava o risco de AVC em 3 anos quando comparado com ausência de PAS acima de 140 mmHg (19).

Além disso, pacientes que apresentaram um ou mais episódios de urgência ou emergência hipertensiva devem, por muitas vezes, ser considerados suspeitos de hipertensão secundária, se não houver fator precipitante para o aumento pressórico, uma vez que a HAS secundária é mais comum nesse grupo de pacientes (1,2,6,7,12).

Esses fatores orientam que um seguimento de qualidade, com bom controle pressórico de longo prazo e de fatores de risco, seja feito na alta hospitalar.

Porém deve-se tomar o cuidado, em especial, com a população idosa, de não assumir que a pressão arterial ambulatorial será semelhante à hospitalar, necessitando da mesma prescrição de controle. Em uma coorte retrospectiva de 2018, publicada no BMJ, a elevação de pressão arterial no paciente internado por causas não cardíacas era muito relacionada à intensificação da prescrição de anti-hipertensivos no momento da alta hospitalar, mesmo em pacientes previamente bem controlados (20). Em outra coorte com 4056 idosos publicada em 2019 no JAMA, a intensificação nesse mesmo perfil de pacientes resultou em maior risco de readmissões e efeitos colaterais graves em 30 dias, sem reduzir eventos cardiovasculares ou níveis pressóricos de forma significativa em um ano (21).

Dessa forma, é importante avaliar as condições da elevação da pressão arterial do paciente antes de intensificar sua terapia pós-alta. Elevações assintomáticas transitórias em pacientes idosos devem ser acompanhadas por cautela em relação a essas mudanças.

Considerações finais

A hipertensão e crise hipertensiva são bem estudadas em pacientes ambulatoriais e que visitam o pronto atendimento, embora ainda haja lacunas de conhecimento. Porém, no contexto do paciente in-

ternado, faltam estudos, em especial, que envolvam urgência hipertensiva e outras elevações transitórias da PA sem caracterizar emergência hipertensiva.

Considerando que o paciente está em um ambiente controlado e com facilidade no atendimento clínico, não há indícios que elevações de PA assintomáticas sejam indicações de tratamento imediato. Deve-se, assim, verificar o valor medido, analisar

o contexto clínico do paciente e procurar fatores desencadeantes, determinar a PA basal e a velocidade de ascensão da mesma, antes de decidir por uma estratégia de tratamento. Priorizar estratégias conservadoras em relação a agressivas para evitar hipoperfusão e outros efeitos colaterais das medicações pode ser preferível. Também é importante programar seguimento de longo prazo desses pacientes.

Referências bibliográficas

1. Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DHA-SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. Arq Bras Cardiol. 2020. [Internet]. ABC Cardiol. Disponível em: <http://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>.
2. Peixoto AJ. Acute Severe Hypertension. N Engl J Med. 2019; 381 (19): 1843-1852.
3. Stanistreet B, Nicholas JA, Bisognano JD. An Evidence-Based Review of Elevated Blood Pressure for the Inpatient. J AMJ Med. 2020; 133 (2): 165-169.
4. Axon N, Cousineau L, Egan BM. Prevalence and Management of Hypertension in the Inpatient Setting: A Systematic Review. J Hosp Med. 2011; 6 (7): 417-422.
5. Axon RN, Garrell R, Pfahl K, Fisher JE, Zhao Y, Egan B. Attitudes and Practices of Resident Physicians Regarding Hypertension in the Inpatient Setting. J Clin Hypertens. 2010; 12 (9): 698-705.
6. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020; 75 (6): 00-00.
7. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). J Hypertens. 2018; 36 (10): 1953-2041.
8. Varon J, Elliott WJ. Management of severe asymptomatic hypertension (hypertensive urgencies) in adults - UpToDate. 2020. [Internet]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-severe-asymptomatic-hypertension-hypertensive-urgencies-in-adults>.
9. Lehman LW, Saeed M, Talmor D, Mark R, Malhotra A. Methods of Blood Pressure Measurement in the ICU. Crit Care Med. 2013; 41 (1): 34-40.
10. Ribezzo S, Spina E, Di Bartolomeo S, Sanson G. Noninvasive techniques for blood pressure measurement are not a reliable alternative to direct measurement: a randomized crossover trial in ICU. Sci World J. 2014. [Internet]. The Scientific World Journal. [citado 30 de janeiro de 2014]. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/353628/>.
11. Wolf SJ, Lo B, Shih RD, Smith MD, Fesmire FM (American College of Emergency Physicians Clinical Policies Committee). Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients in the emergency department with asymptomatic elevated blood pressure. Ann Emerg Med. 2013; 62 (1): 59-68.
12. Elliott WJ, Varon J. Evaluation and treatment of hypertensive emergencies in adults - UpToDate. 2020. [Internet]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-treatment-of-hypertensive-emergencies-in-adults>.

13. Karras DJ, Kruus LK, Cienki JJ, Wald MM, Ufberg JW, Shayne Pet al. Utility of routine testing for patients with asymptomatic severe blood pressure elevation in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2008; 51 (3): 231-239.
 14. Grassi D, O'Flaherty M, Pellizzari M, Bendersky M, Rodriguez P, Turri D et al. Hypertensive Urgencies in the Emergency Department: Evaluating Blood Pressure Response to Rest and to Antihypertensive Drugs With Different Profiles. *J Clin Hypertens.* 2008; 10 (9): 662-667.
 15. Patel KK, Young L, Howell EH, Hu B, Rutecki G, Thomas G et al. Characteristics and Outcomes of Patients Presenting With Hypertensive Urgency in the Office Setting. *JAMA Intern Med.* 2016; 176 (7): 981-988.
 16. Levy PD, Mahn JJ, Miller J Shelby A, Brody A, Davidson R et al. Blood Pressure treatment and outcomes in hypertensive patients without acute target organ damage: a retrospective cohort. *Am J Emerg Med.* 2015; 33 (9): 1219-1224.
 17. Mayer SA, Kurtz P, Wyman A, Sung GY, Multz AS, Varon J et al. Clinical practices, complications, and mortality in neurological patients with acute severe hypertension: the Studying the Treatment of Acute hyperTension registry. *Crit Care Med.* 2011; 39 (10): 2330-2336.
 18. Vlcek M, Bur A, Woisetschläger C, Herkner H, Laggner AN, Hirschl MM. Association between hypertensive urgencies and subsequent cardiovascular events in patients with hypertension. *Journal of Hypertension.* 2008; 26 (4): 657-662.
 19. Rothwell PM, Howard SC, Dolan E, O'Brien E, Dobson JE, Dahlöf B et al. Prognostic significance of visit-to-visit variability, maximum systolic blood pressure, and episodic hypertension. *Lancet.* 2010; 375 (9718): 895-905.
 20. Anderson T, Wray CM, Jing B, Fung K, Ngo S, Xu E et al. Intensification of older adults' outpatient blood pressure treatment at hospital discharge: national retrospective cohort study. *BMJ.* 2018; 362. [Internet]. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k3503>.
 21. Anderson TS, Jing B, Auerbach A, Wray CM, Lee S, Boscardin J. Clinical Outcomes After Intensifying Antihypertensive Medication Regimens Among Older Adults at Hospital Discharge. *JAMA Intern Med.* 2019; 179 (11): 1528-1536.
-

EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS ADULTO DO HOSPITAL SEPACO

MARCOS EIRÓ MIRANDA

Coordenador da Equipe de Cuidados Paliativos Adulto e Coordenador da Clínica Médica na Unidade de Internação

CAROLINA MENEZES MARSON

Psicóloga da Equipe de Cuidados Paliativos Adulto e Pediátrico

Resumo

Objetivo: Observa-se um crescimento do envelhecimento no Brasil, bem como o aumento de doenças crônicas. Diante disso, temos visto a necessidade de oferecer um cuidado integral até o fim da vida. Em nossa experiência, o acesso aos Cuidados Paliativos (CP) tem sido fundamental para o suporte nesta fase, mas ainda é limitado no Brasil. Descrever a experiência de implantar uma equipe de CP em um hospital de alta complexidade tem sido um desafio. Inicialmente, formou-se uma comissão institucional, composta por profissionais do hospital, para planejar, discutir, estudar e possibilitar a implantação do atendimento em CP. Elaborou-se um protocolo institucional para organização do fluxo de atendimento dos pacientes em fase avançada de doença, reformulado a partir dessa comissão. A iniciativa foi inovadora ao aplicar CP em um hospital geral privado, com resultados iniciais satisfatórios. Apresentaremos uma discussão sobre este modelo de aplicação dos CP e dos resultados já coletados.

Palavra-chave: Cuidados Paliativos, Implantação, Equipe Multiprofissional, Hospital.

Introdução

Nos últimos anos, temos visto um aumento de cursos, grupos, especializações e palestras focando o conceito de Cuidado Paliativo (CP), bem como exigência pelos Centros de Acreditação Hospitalar, como a Joint Commission International (JCI) e a Organização Nacional de Acreditação (ONA), de equipes de CP dentro das instituições de saúde.

Para Matsumoto, muito tem se falado nas últimas décadas de um envelhecimento progressivo da população, o aumento da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas. Além disso, o avanço tecnológico alcançado principalmente a partir da segunda metade do século XX e o desenvolvimento da terapêutica, fizeram com que muitas doenças mortais se transformassem em crônicas, levando a longevidade dos portadores. Contudo, a morte continua sendo uma certeza, ameaçando o ideal de cura e preservação da vida, para o qual nós, profissionais da saúde, somos treinados (1).

No Hospital Sepaco e no Brasil, vê-se que os pacientes “fora de possibilidade de cura” têm sido uma realidade comum, muitas vezes recebendo invariavelmente assistência inadequada, quase sempre

focada na tentativa de cura e utilizando métodos invasivos. Tais abordagens, muitas vezes, são exageradas e quase sempre ignoram o sofrimento. Por falta de conhecimento adequado, são incapazes de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo a dor o principal deles (1).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), revisada em 2002, “CP é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (2).

Portanto, ainda para Matsumoto, o CP não se baseia em protocolos, mas em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. Não falamos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, desta forma afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem incluiu a espiritualidade dentre as dimensões do ser

humano. A família é lembrada, e assistida também após a morte do paciente, no período de luto (1).

A equipe de CP é multiprofissional e a troca de experiência é fundamental, porém é necessário que todos procurem ter clareza sobre as possibilidades e limites do seu campo de trabalho, evitando tomar para si modelos estranhos à sua prática. Além disso, o CP demanda da equipe a habilidade de comunicar-se com profissionais de outras áreas do conhecimento.

A valorização da atuação multiprofissional se fundamenta na compreensão de que o doente sofre globalmente. Cada membro da equipe aborda o sofrimento a partir da perspectiva que seu saber lhe autoriza. O objetivo comum é o de garantir que necessidades distintas do doente, da família e da equipe possam ser reconhecidas e atendidas pela articulação de ações de diferentes naturezas.

Segundo Nunes, o conceito de “dor total” foi desenvolvido na década de 1960 pela médica inglesa Cicely Saunders e reconhece o fator emocional, bem como o social e o espiritual, como aspectos envolvidos na dor ao lado a esfera orgânica. A ideia de dor total reconhece que não há um organismo biológico independente dos estados psíquicos (3).

Nunes ainda acrescenta que em CP, costuma-se ampliar a noção de “dor total” para o de “sintomas totais”, já que não é só na dor, mas também em outros sintomas (tais como ansiedade, depressão, distúrbios do sono, vômito, dispneia, etc.) que os fatores psicológicos, sociais e espirituais se fazem presentes (3).

Contextualização

Segundo o Atlas da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), os profissionais da saúde são formados com a ideia de que havia necessidade de se fazer todo esforço terapêutico pela cura de um paciente. Contudo, o processo de morrer e a morte sempre estiveram presentes e havia muita confusão com os limites terapêuticos e objetivos da assistência nessa fase. Atualmente, vê-se um melhor entendimento sobre o final de vida e dos diagnósticos que são instalados, como a terminalidade e o processo ativo de morte e através disso, pode se estabelecer o conceito de adequação do esforço terapêutico. Segundo a ANCP “a adequação do esforço terapêu-

tico é definida pelo entendimento das necessidades de um paciente em relação ao momento em que ele se encontra na curva de determinada doença, permitindo intervenções proporcionais e que tenham o objetivo de melhora da qualidade de vida” (4).

Através de levantamento realizado pela ANCP na nova edição do Atlas de CP de 2020, observou-se que em 2018 havia no Brasil 177 serviços de CP, já em 2019 havia 190, mostrando um aumento no país de 9% destes. Ainda sinalizam que anteriormente o Brasil era classificado como nível 3a, no que tange o CP, indicando que este serviço era oferecido de forma isolada. Hoje encontramos-nos em nível 3b, significando que este serviço é oferecido de forma generalizada, possuindo maior investimento financeiro das instituições. A região Sudeste é a que conta com o maior número de serviços, seguida da região Sul. Considerando os estados isoladamente, São Paulo aparece na primeira posição com 66 serviços cadastrados, seguido por Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro (4).

O Atlas ainda ressalta que o surgimento de resoluções éticas e técnicas sobre CP reflete o aumento dessa abordagem, contudo, quando falamos em políticas públicas ainda há disparidades (4).

Considerando o levantamento acima, a ANCP ainda pontua a predominância do atendimento público: 96 serviços são públicos (50%), 69 (36%) pertencem à iniciativa privada e 26 (14%) oferecem tanto atendimento em Cuidados Paliativos pelo SUS quanto de forma particular. Para a ANCP, tais dados são um indício importante considerando que, de acordo com o último levantamento divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em setembro de 2019, 47.105.097 de brasileiros (22,4%) eram beneficiários de planos privados de assistência médica. Temos, assim, mais de 163 milhões de brasileiros que dependem do oferecimento de cuidados via SUS ou da capacidade de arcar com os custos de atendimento (4).

Relato de Experiência

Em nossa instituição, a ideia de ações paliativas começou através de um protocolo desenvolvido em 2017, que não tinha o objetivo de engessar o conceito, a prática e as ações, mas sim de nortear as conversas e de possibilitar a sensibilização das equipes e da instituição para que os princípios desse cui-

dado pudessem acontecer neste ambiente. Alguns conceitos eram discutidos nas visitas multiprofissionais da unidade de internação adulto, diante de casos complexos, que demandavam um olhar integral. Temas foram abordados em simpósios, reuniões científicas e algumas ações práticas puderam ser realizadas com pacientes internados.

Percebendo a necessidade de uma ampliação desse olhar, das discussões, de englobar a família e o paciente no processo de tomada de decisões e sentindo o desejo deste cuidado em grande parte das equipes da instituição, em 2018 criamos a comissão de CP, constituída em grande parte por profissionais da unidade de internação adulto, com o objetivo de garantir um dia, horário e espaço fixo para discussões de conceitos e ações dentro da instituição para que uma equipe pudesse ser construída. Passamos a envolver outros profissionais e outras unidades.

A ideia das conferências e reuniões familiares ganhou corpo neste momento e o foco do cuidado após a morte foi um diferencial na Instituição, favorecendo o retorno das famílias, a possibilidade de intervenção diante de lutos complicados e a observação do que era importante melhorar em nossa assistência.

Em 2019 sentimos a necessidade de reformulação do protocolo inicial, para que este garantisse um fluxo de chamado pela equipe e trouxesse norteadores para aqueles que ainda não tivessem claros os conceitos. Ainda sentíamos a dificuldade de assumir ou participar de casos complexos diante de uma equipe não formalizada, diante de preconceitos de diversos profissionais, mas seguimos firmes e insistentes na proposta de um cuidado integral.

Aumentamos o número de reuniões científicas para discussões sobre o tema, apresentamos alguns indicadores de qualidade sobre dados já colhidos sobre este cuidado e neste momento tivemos o retorno da instituição que este projeto seria oficializado.

Em 2020, em meio a pandemia, tivemos a percepção da influência positiva que nosso trabalho teve para os pacientes com COVID-19 e sem a doença. O foco em comunicação, deliberação e controle de sintomas nortearam as condutas e garantiram a construção de vínculo e acolhimento ao sofrimento. A equipe foi oficializada e tivemos experi-

ências marcantes, histórias complexas e oferecemos mortes dignas.

O ano de 2020 possibilitou a construção da equipe. Conseguimos garantir que as reuniões científicas se mantivessem durante todos os meses, com temas amplos sobre CP em formato *online*. Garantimos também reuniões de equipe duas vezes por semana, participação nas visitas multidisciplinares e treinamentos das equipes assistenciais. Percebeu-se a importância das reuniões familiares e seguimos construindo nossos indicadores de qualidade.

Nossa equipe buscou levantar os dados do que fizemos até o momento, pautado através de protocolos abertos. Neste sentido, vale ressaltar que o protocolo institucional nos serviu de norteador para encontrar os pacientes que acompanhamos desde novembro de 2017. O protocolo não foi norteador de condutas e não engessou nossa prática diante da complexidade dos casos.

Abaixo seguem os gráficos relacionados a alguns dados que já foram possíveis de ser coletados no ano de 2020 (figura 1, 2 e 3).

Observa-se que diante da Figura 1 entre janeiro e setembro de 2020 foram abertos 135 protocolos de CP adulto com a faixa etária de 81 à 90 anos, ou seja, 37% dos pacientes. Com critérios conforme doença de base, sendo 37% correspondente a síndromes demenciais e 13% de acidente vascular cerebral (fase crônica, com proporcionalidade dos cuidados com 88%); a média de permanência de internação foi de 16 dias. Já na Figura 2, foi possível observar que 40% (52) dos nossos pacientes foram de alta hospitalar e 60% (83) evoluíram para óbito. Vale considerar que destes óbitos, 59% (49) ocorreram na Unidade de Internação (UI) e 41% (34) na unidade de terapia intensiva (UTI).

A partir do mês de julho de 2020, houve a formalização da equipe de CP, com aumento expressivo do número de reuniões familiares, aumento comparativo em mais de 150% com a mesma época do ano anterior. Houve um aumento médio de 25% na instituição de diretivas antecipadas de vontade (DAV) em um maior número de pacientes, aumento médio de 25% em comparação aos seis primeiros meses do ano, com maior variabilidade de doenças relacionadas à instituição de CP e maior número de solici-

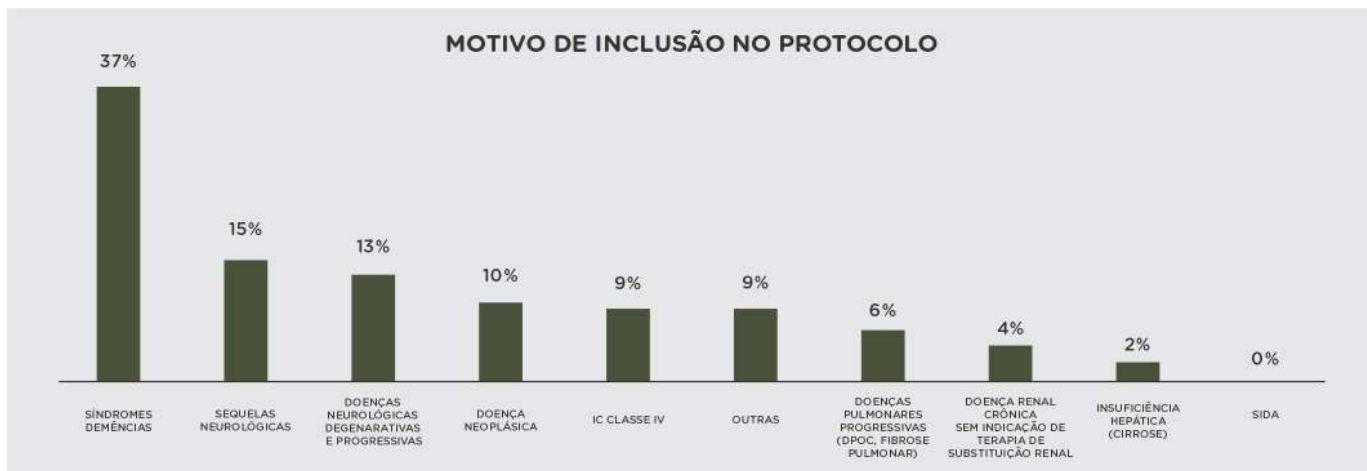


Figura 1 - Motivo da Inclusão no Protocolo. Fonte: Hospital Sepaco - BI, 2020.

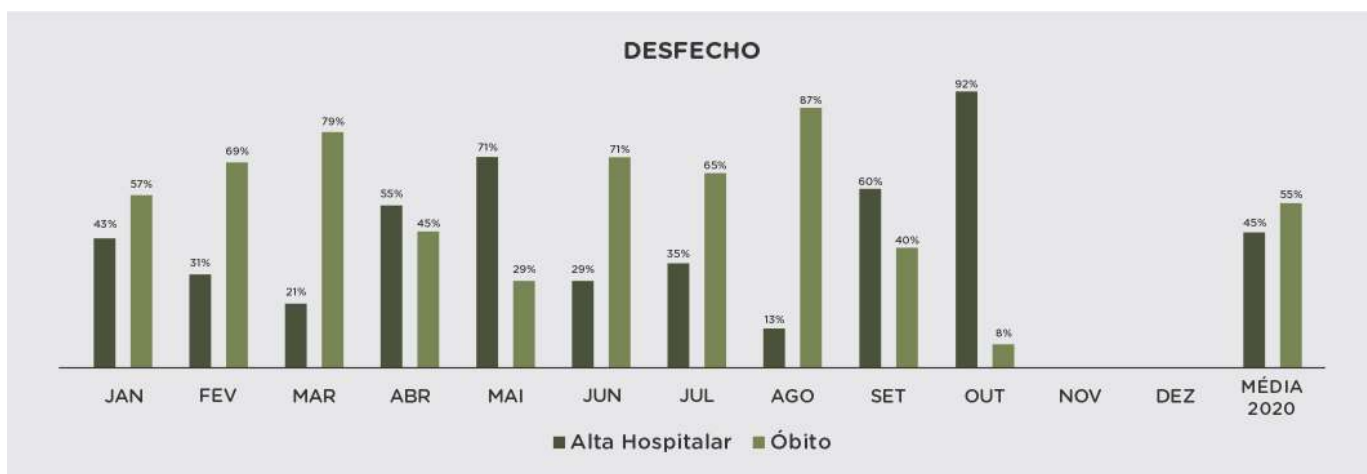


Figura 2 - Desfecho. Fonte: Hospital Sepaco - BI, 2020.

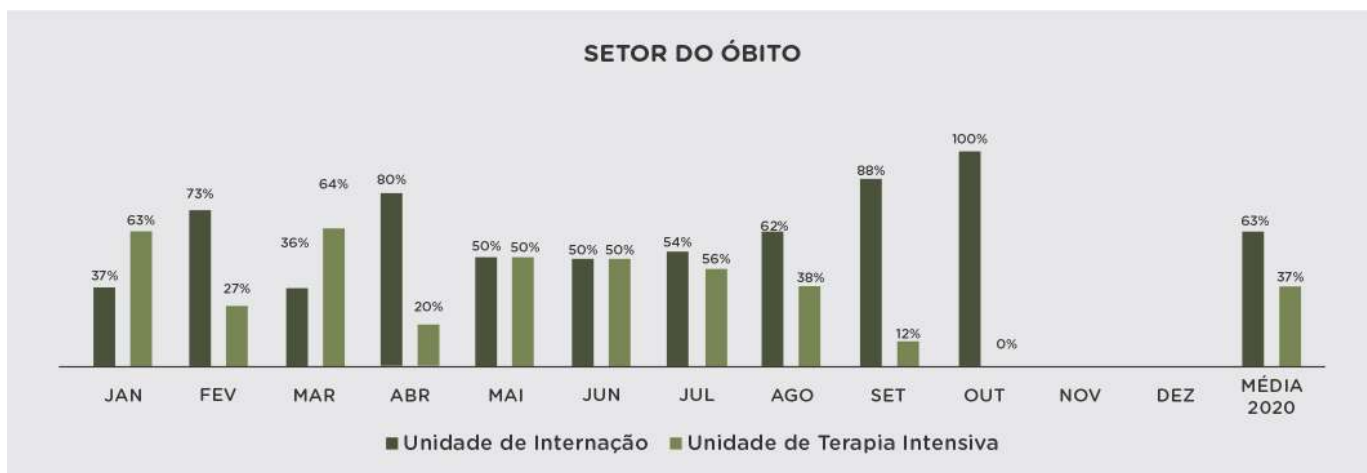


Figura 3 - Local do óbito. Fonte: Hospital Sepaco - BI, 2020.

tação de pareceres por parte de médicos assistentes, culminando em um aumento destes casos.

Discussão

Diante do relato acima e através da literatura, o que se observa é que ainda há falhas que persistem em nosso país, estas estão relacionadas às resoluções e políticas públicas, há também gran-

des desafios ligados ao atendimento de crianças e adolescentes (4).

Pensando na rotina deste serviço, nota-se que, no cotidiano do trabalho, os profissionais de saúde esbarram em obstáculos ao aplicar os cuidados paliativos. Segundo a literatura, os profissionais encontram dificuldades na tomada de decisão, na

comunicação com os familiares, no controle da dor, entre outros. Além disso, profissionais também relataram conflitos com a família do paciente, a morte inesperada e a impossibilidade de aliviar a dor (5,6,7).

Nota-se que a escassez de conhecimento sobre a temática e sobre os aspectos ético-legais envolvidos, as equipes, incluindo a da nossa instituição, encontraram dificuldade em indicar a abordagem paliativa e determinar os cuidados a serem efetuados. Tomando a crítica que a ANCP sinalizou, torna-se imperiosa a necessidade de elaboração de uma política nacional que respalde o cuidado ao paciente crítico em CP, ampliando discussões sobre a temática no cenário da medicina intensiva, quando vemos que a equipe é solicitada nesta unidade (8).

Comentários Finais

Diante disso, este artigo colabora para atentar para as complexidades e dificuldades de se implantar um novo serviço de CP em uma instituição, além de agregar conhecimento diante do que tem sido feito pela equipe.

Com base nisso, a proposta diante da construção desse artigo é seguir melhorando e aperfeiçoando a equipe, além de sedimentar projetos já existentes como pós-óbito em CP, reuniões científicas e reuniões familiares envolvendo a equipe multiprofissional. Melhorar a previsibilidade de plano terapêutico, com foco em redução do tempo de permanência do paciente. Aumento da sensibilização das equipes assistentes, para solicitação precoce de interconsultas. Consolidação do atendimento ambulatorial, atingindo um número cada vez maior de pacientes. Alinhamento de alternativas de desospitalização com operadoras que prestam o cuidado, com *home care* e hospitais de retaguarda.

Não podemos deixar de sinalizar que tudo isso se trata de um começo, que ainda segue cheio de desafios, dúvidas e muito trabalho, mas com motivação para que a assistência se torne cada dia melhor e este é o diferencial dessa equipe para a instituição: um cuidar integral, agregando valores dos pacientes e familiares, com olhar humanizado, alinhado à ética do Hospital Sepaco.

Referências bibliográficas

1. Matsumoto D Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30. [Internet]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
2. World health organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. S. d. 2020. [Internet]. Disponível em: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
3. Nunes LV. O papel do psicólogo na equipe. In: Carvalho RT, Parsons HA. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.337-340. [Internet]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
4. Santos AFJ, Ferreira EAL, Guirro UBP. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019 (ANCP), 2020. [Internet]. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf
5. Carter BS, Hubble C, Weise KL. Palliative medicine in neonatal and pediatric intensive care. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2006; 15 (3): , 2006, 759-777.
6. Carvalho MVB, Perina EM. Cuidados paliativos pediátricos: a “essência do cuidar” da criança/adolescente/famílias nas situações limites. O mundo da Saúde. 2003; , 27 (1): , 2003, 93-97.
7. Costa JC, Lima RAG. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005; , 13 (2): , 2005. 151-157.
8. Silva CF, Souza DM, Pedreira LC, Santos MRS, Faustino TN. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013; , vol.18 (9): , n.9, pp.2597-2604.



Foto: Jonatas
Oliveira

Amanda Germano Pereira

Técnica de Segurança do
Trabalho no Hospital Sepaco

Graduada em Engenharia Civil
pela Universidade Nove de Julho

Pós-Graduada em Engenharia de
Segurança do trabalho pelo
Centro Universitário Senac

E-mails: agpereira@sepaco.org.br
e segtrab@sepaco.org.br

■ ERGONOMIA NO DIA A DIA

Dores no corpo são comuns e podem ser geradas por vários motivos, tanto no ambiente de trabalho como fora dele.

A ergonomia é a disciplina científica preocupada com a compreensão das interações entre humanos e outros elementos, que aplica teoria, princípios, dados e métodos para aperfeiçoar o bem-estar humano e o desempenho geral do sistema. A aplicação da ergonomia no trabalho auxilia na diminuição de afastamentos por fatores osteomusculares, aumenta a produtividade, reduz custos e níveis de estresses, dentre outros benefícios.

Pensando na melhoria das atividades e evitarmos distúrbios osteomusculares, com uma união de eficiência e saúde e segurança do colaborador o SESMT (Serviço Especializado em Medicina e Segurança do Trabalho) desenvolveu Análise Ergonômica do Trabalho (AET) ferramenta que permite avaliar a situação real dos postos de trabalho, identificando possíveis causas e ligações com problemas organizacionais. Desse modo, é possível realizar ações que visam corrigir falhas nos ambientes de trabalho e evitar condições conflitantes com as ideais.

A análise ergonômica contemplou todos os setores do Sepaco e se deu a partir de entrevistas com colaboradores, registro fotográfico e utilização de metodologias de ergonomia, para alcançar melhor precisão em seus resultados. A partir daí surgiram diagnósticos e por fim foram feitas recomendações ergonômicas. Na página seguinte, temos um esquema de organização da AET.

Para elaboração da AET foram utilizadas três das diversas ferramentas de ergonomia existentes, são elas (figura 1):

Análise da Demanda: Análise da descrição da atividade desenvolvida, entendimento da natureza dos problemas relacionados ao trabalho.
Análise da Tarefa: Análise entre a diferença do que é descrito e o que é executado pelo colaborador. (entrevista)
Análise da Atividade: Análise do que é realmente executado pelo colaborador. (visualização da atividade para registro fotográfico)
Formulação de Diagnóstico: O diagnóstico busca descobrir a causa que provoca o problema descrito na demanda a partir das metodologias utilizadas.
Recomendações: As recomendações são medidas a serem realizadas para melhorar o problema diagnosticado.

Figura 1: Organização AET - Esquema elaborado pelo autor.

RULA - Avaliação Rápida da Postura dos Membros Superiores

Nome: _____ Função/Operação: _____ Data: _____ Luminosidade: _____
 Área/Departamento: _____ Analista: _____ Temperatura: _____

A - Análise dos Membros Superiores e Punhos

Passo 1: Identificar a posição do segmento superior dos braços
 Observar a Figura 1 e pontuar utilizando o seguinte critério

1 = Para 20° de extensão a 20° de flexão
 2 = Para flexão entre 20° e 45°
 3 = Para flexão entre 45° e 60°
 4 = Para flexão maior que 60°
 +1 = Adicionar 1 quando o ombro estiver elevado.
 +1 = Adicionar 1 para braço abduzido.
 +1 = Subtrair 1 quando o braço estiver suportado por algum apoio.

Pontuação final para tronco = _____

Passo 2: Identificar a posição dos antebraços
 Observar a Figura 2 e pontuar utilizando o seguinte critério

1 = Para flexão entre 60° e 100°
 2 = Para flexão com menos que 60° e mais que 100°
 +1 = Adicionar 1 quando o antebraço estiver cruzando a linha média do corpo.
 +1 = Adicionar 1 quando o antebraço estiver aberto em relação ao tronco.

Pontuação final para antebraços = _____

Passo 3: Identificar a posição do punho
 Observar a Figura 3 e pontuar utilizando o seguinte critério

1 = Para punho em posição neutra
 2 = Para flexão ou extensão entre 0° e 15°
 3 = Para flexão ou extensão maior que 15°

Pontuação final para punho = _____

Passo 4: Lateralização do punho
 +1 = Para punho rotado ou ulnar
 +1 = Para trabalho com rotação de punho.

Pontuação da lateralização do punho = _____

Passo 5: Resumo da pontuação da tabela A
 Use os valores das pontuações 1, 2, 3 e 4 para identificar a pontuação da postura na Tabela A.

Pontuação da postura - Tabela A = _____

Passo 6: Identificar a pontuação do trabalho muscular
 Se a postura é estática = adicionar 1
 Se a postura é dinâmica, mais que 4 mov./minuto = adicionar 1

Pontuação do trabalho muscular = _____

Passo 7: Pontuação de força/movimento
 0 = Carga intermitente ou força menor que 2 Kg
 1 = Carga intermitente ou força de 2 a 10 Kg
 2 = Repetição ou carga estática e forças de 2 a 10 Kg
 3 = Repetição ou carga estática e forças maiores que 10 Kg
 4 = Carga ou força com aceleração do movimento.
 (Após de secado estáu dar observações)

Pontuação de força/movimento = _____

Passo 8: Identificação da linha correspondente na tabela C
 A pontuação obtida da análise dos membros superiores e punho será usada para identificar a linha correspondente na tabela C.

Pontuação final dos membros superiores e punho = _____

B - Análise de Pescoço, Tronco e Pernas

Passo 9: Identificar a posição do pescoço
 Observar a Figura 4 e pontuar utilizando o seguinte critério

1 = Para flexão de 0° a 10°
 2 = Para flexão de 10° a 20°
 3 = Para flexão maior que 20°
 4 = Extensão
 +1 = Adicionar 1 para pescoço rotacionado
 +1 = Adicionar 1 para inclinação lateral do pescoço

Pontuação final para pescoço = _____

Passo 10: Identificar a posição do tronco
 Observar a Figura 5 e pontuar utilizando o seguinte critério

1 = Para trabalho sentado com as costas bem apoiadas e ângulo entre coxa/tronco entre 60° e 110°
 2 = Para flexão do tronco para posição em pé entre 0° e 20°
 3 = Para flexão do tronco para posição em pé entre 20° e 60°
 4 = Para flexão do tronco maior que 60° na posição em pé
 +1 = Adicionar 1 para rotacionado do tronco
 +1 = Adicionar 1 para inclinação lateral do tronco

Pontuação final para o tronco = _____

Passo 11: Pernas
 +1 = Pernas e pernas apoiadas na posição sentada
 1 = Para posição em pé com o peso do corpo distribuído em ambos os pés
 2 = Para pé e pernas sem suporte, em pé ou sentado

Pontuação final para pernas = _____

Tabela B

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pescoço	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tronco	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pernas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Punho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Força	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Movimento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tabela C

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Pontuação Final

Cruzamento Linha e Coluna

Figura 2: Exemplo de formulário de avaliação da metodologia RULA. Adaptado de McAtmney, L. et al., *Applied Ergonomics*, 1993. Cf. modelo completo em www.sepaco.org.br/ergonomia

RULA Análise Rápida dos Membros Superiores (RULA - *Rapid Upper Limb Assessment*). Análise rápida dos membros superiores é um método simples de levantamento de informações com fins na investigação ergonômica nos postos de trabalho que tenham potencial causador de desordens musculoesqueléticas. O método usa diagramas das posturas do corpo e três escores que permitem a avaliação da exposição aos fatores de risco; por ser um método simples, não precisa de nenhum equipamento especial para a realização da análise (figura 2).

REBA - *RAPID ENTIRE BODY ASSESSMENT* (REBA) é um método desenvolvido para avaliar posturas de trabalho imprevisíveis e foi baseado no RULA, OWAS e NIOSH. O método permite a análise das posturas adotadas no trabalho, de forças aplicadas, de tipos de movimentos ou ações realizadas, atividade muscular, trabalho repetitivo e o tipo de pega adotada pelo trabalhador ao realizar o trabalho. O REBA permite avaliar tanto posturas estáticas quanto dinâmicas e, ainda, mudanças bruscas

ou inesperadas na postura. Divide o corpo em segmentos para serem codificados individualmente, e avalia tanto os membros superiores, como o tronco e pescoço, e os membros inferiores.

Checklist de Couto é uma avaliação simplificada de fator biomecânico, no risco para distúrbios musculoesqueléticos de membros superiores relacionados ao trabalho. Tem como objetivo combater e corrigir possíveis ocorrências de LER e DORT. Através do *checklist* são abordados problemas com perguntas, que tem a resposta negativa ou positiva, gerando uma variação de 0 a 1 respectivamente, podendo esses valores se inverterem de acordo com a abordagem do questionamento. Ao fim do questionário

somam-se as respostas e tiram-se a porcentagem delas comparando, em seguida, com um padrão que estabelece os critérios de avaliação que relata as condições ergonômicas em cada posto de trabalho abordado pelo *checklist* (figura 3).

Condições	Não (0)	Sim (1)
1 - A bancada de trabalho/máquina está localizada em altura correta (trabalho pesado: ao nível do púbis / trabalho moderado: na altura do cotovelo / trabalho leve: a 30 cm dos olhos)?		
2 - A bancada ou máquina tem regulagem de altura deforma a possibilitar ao trabalhador adequar a altura do posto de trabalho à sua?		
3 - Tem-se que sustentar pesos com os membros superiores para evitar seu deslocamento seja na vertical seja na horizontal?		
4 - Tem-se que apertar pedais estando de pé, em frequência maior que 3 vezes por minuto?		
5 - O trabalho exige a elevação dos braços acima do nível dos ombros?		
6 - O trabalho exige ficar parado na posição de pé durante grande parte do tempo (mais que 60%)?		
7 - No caso de se trabalhar sentado, há espaço suficiente para as pernas?		
8 - A cadeira tem inclinação correta, compatível com o trabalho executado?		
9 - O corpo trabalha no eixo vertical natural, ou em ângulo de 100 graus entre as coxas e o tronco (no caso de trabalho sentado)?		
10 - Os membros superiores têm que sustentar pesos?		
11 - Fica-se de pé, parado, durante a maior parte da jornada?		
12 - Estando sentado, fica-se em posição estática?		
13 - Existem pequenas contrações estáticas, porém por muito tempo (por exemplo, pescoço excessivamente estendido, braços suspensos, sustentação dos antebraços pelos braços, falta de apoio para os antebraços)?		
14 - Os objetos e materiais de uso frequente estão dentro da área de alcance?		

Figura 3: Exemplo simplificado do checklist de Couto - adaptado pelo autor. Cf. modelo completo em www.sepaco.org.br/ergonomia

Além das metodologias citadas também foram consultadas a Norma Regulamentadora 17 e Normas Técnicas Brasileiras (NBR) como NBR 11228-2:2017 - Movimentação Manual - Parte 2: Empurrar e Puxar, NBR 11228-1:2017 - Ergonomia - Parte 1: Levantamento e Transporte de Cargas; NBRISO 11226:2013 - Ergonomia - Avaliação de posturas estáticas de trabalho; ABNT ISO/TS 20646:2017 - Diretrizes ergonômicas para a otimização das cargas de trabalho sobre o sistema musculoesquelético.

Em um período de 8 meses, foram observados 92 setores do Sepaco, onde foram apuradas 172 tarefas. A análise foi elaborada considerando as atividades mais repetitivas em cada tarefa executada

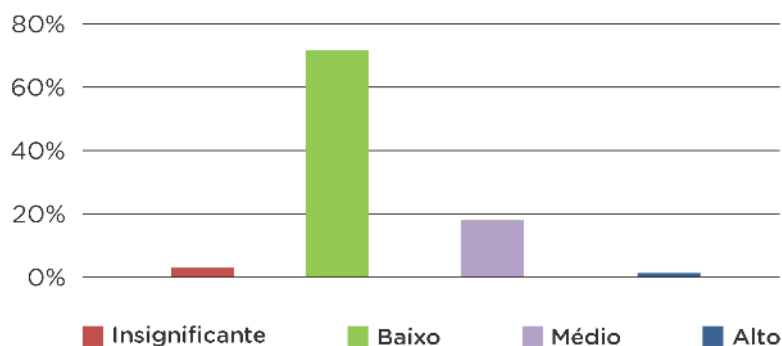


Figura 4: análise do risco ergonômico da instituição

pelo colaborador e a partir daí, foram extraídos os resultados, sendo: 130 situações de nível baixo que corresponderam por 76% do total, 38 de nível médio correspondente a 22% do total, 4 de nível insignificante representando 2% do total e



Figura 5: Parte da equipe responsável pela análise do Sepaco: Ezequias dos Santos Andrade, Amanda Germano Pereira e Genivaldo Pereira da Silva Junior. Foto: Jonatas Oliveira

nenhum em risco alto ou grave. A figura 4 ilustra o balanço realizado pelo SESMT.

O estudo não fez comparações entre o biotipo do homem e mulher e sim às atividades realizadas, idealizando a melhor situação para ambos, nos postos de trabalho.

Os resultados obtidos indicam que a instituição está no caminho certo, promovendo na medida do possível, condições favoráveis de trabalho. Entretanto, ainda temos oportunidades para melhorias. O importante é que, no geral, os colaboradores dispõem de condições favoráveis de trabalho e a empresa se preocupa com isso.

A partir dos resultados obtidos, foram elaborados planos de ações setoriais, que estão em fase de implantação. A disponibilização de alguns materiais ergonômicos (apoio de punho, mouse pad, suporte para monitor e apoio para pés) praticamente já foram concluídos.

A análise ergonômica do trabalho (AET) propõe um novo patamar, onde as características do ambiente se adequem ao colaborador, com a finalidade de conciliar a otimização das atividades e conforto. As análises realizadas, quantificando as dificuldades de cada tarefa, demonstram o que está adequado e o que pode se aperfeiçoar no processo, buscando sempre a melhoria contínua nos postos de trabalho.

O objetivo de agora em diante é manter os avanços e adequar as situações em nível médio, gerando conforto e segurança para os colaboradores e diminuindo afastamentos do trabalho.



SAIBA MAIS

Acesse os modelos de formulários, tabelas e outros conteúdos específicos deste artigo no site www.sepaco.org.br/ergonomia. Se preferir, fotografe o QR Code ao lado com o seu celular.



Expansão Sepaco Mogi das Cruzes

Na expansão da Unidade do Sepaco de Mogi das Cruzes serão inaugurados novos setores, sendo eles:

UTI Neonatal:

Possui uma referência nacional para alta complexidade. Esta mesma qualidade poderá ser encontrada na unidade Mogi das Cruzes que inaugura 06 leitos de UTI Neonatal com equipamentos modernos para monitorização e suporte à vida, além de todas as especialidades e recursos para o cuidado do seu bem maior.

Acomodações e Alojamento Conjunto:

O Sepaco Mogi das Cruzes possui acomodações modernas nas categorias "Apartamento" e "Enfermaria", estas contam com cortinas retráteis que garantem maior privacidade para cada paciente. Começar uma nova vida praticando o alojamento conjunto é muito importante, tanto para a mãe, quanto para o recém-nascido e seus familiares. O alojamento conjunto é o sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece com a mãe, 24 horas por dia, em um mesmo ambiente, até a alta hospitalar.

Sala de Parto Normal:

O Hospital preza pela qualidade e bem-estar de seus pacientes, portanto, nossa sala de parto conta com um ambiente acolhedor para esse momento especial.

As salas possuem:

- Barra de exercício
- Bola suíça
- Balanço pélvico
- Banqueta de parto
- Iluminação simulando céu estrelado

Berçário:

O berçário foi cuidadosamente planejado com 05 leitos. Contamos com uma equipe médica especializada para dar o melhor atendimento, conforto e segurança aos pacientes.



R. Dr. Osmar Marinho Couto, 78
Alto Ipiranga,
Mogi das Cruzes - SP,
CEP: 08730-500

@sepacomogi
www.sepaco.org.br/mogidascruzes



Foto: Karoline
Santanhelo

Adriana Soares Costa

Supervisora de Relacionamento e Comunicação do Hospital Sepaco

Graduada em Gestão Hospitalar pela UNOPAR

Pós-graduada em Gestão do Relacionamento com o Cliente pelo Centro Universitário SENAC

Participou da Oficina de Experiência do Cliente pela FGV

E-mails: ascosta@sepaco.org.br

AS DEFINIÇÕES DE EXPECTATIVAS FORAM ATUALIZADAS

Há alguns dias, lancei uma enquete numa rede social sobre o comportamento do consumidor da saúde em tempos de pandemia.

Em abordagens sobre o tema com um grupo de amigos, chegamos à conclusão de que “Sim”: as definições de expectativas foram atualizadas.

Há também o impacto emocional e as crenças limitantes que têm tornado o ambiente hospitalar cada vez mais indesejado e amedrontador. Certamente, isto vem ameaçando a saúde financeira do mercado, além, é claro, da saúde do próprio consumidor do serviço, que posterga o início ou continuidade do seu tratamento.

Pensando na jornada do cliente, há muitos apelos que podem ser feitos, com estratégias bem definidas afim de tranquilizá-lo e desmistificar o ambiente hospitalar ou serviço de saúde. Precisamos passar segurança, sermos transparentes e acima de tudo, realmente estarmos preparados a cada ponto desta jornada para atrair o nosso público e garantir a melhor experiência, um diferencial. A tarefa não é fácil, obviamente. Pensa comigo: Como atrair um consumidor para uma área considerada de risco?

Me atrevo a ir mais além, como prover um acolhimento, um atendimento humanizado, se em paralelo, no mesmo cenário, encontramos colaboradores/prestadores deste serviço que também exigem cuidados específicos para continuar a prover uma boa experiência?

Mas além do risco, há o benefício, e ambos conflituam independente do cenário no nosso consumidor, o consumidor de serviços de saúde. E é daí que podemos sair em vantagem, investindo em ações assertivas, cuidando do cliente e, paralelamente, do colaborador. Mas como? Com o cuidado centrado na pessoa.

Pensando que o perfil deste consumidor foi modificado, seus valores mudaram e, agora ele não busca somente um atendimento rápido e de qualidade, o que engloba a segurança também, ele está nos avaliando sob uma ótica muito mais crítica, cada vez mais exigente e comparativo.

E são nestes tempos “difíceis” que evoluímos, nos reinventando. Buscando nos entender e entender as necessidades do outro. Buscando



O Comitê de Experiência do Cliente do Hospital Sepaco se reúne periodicamente para debater oportunidades de melhoria. Foto: Karoline Santanhelo

alternativas e trabalhando a empatia nas nossas relações. São nestes tempos que boas ideias surgem e que ações, a princípio, temporárias, permanecem e geram grandes resultados.

Estamos vivendo a Era da Experiência, graças à evolução tecnológica, o acesso rápido às informações e o aumento da concorrência. Os consumidores não se contentam apenas com o produto ou serviço, eles estão levando em consideração toda a experiência no contato com a marca. Nesta disputa, ganha quem faz a melhor entrega, quem de fato quer encantar o seu cliente, quem quer marcar positivamente o consumidor, cada vez mais exigente e consciente do seu valor.

O Sepaco vem trabalhando arduamente para disseminar a cultura do cuidado centrado na pessoa, marcando positivamente as experiências de nossos clientes, independente do desfecho clínico.

Com a prática do cuidado centrado na pessoa, os profissionais de saúde trabalham em parceria/colaboração com o paciente, num processo de cocriação, adaptando o tratamento às necessidades individuais de cada pessoa, atuando com humanização, dignidade, compaixão e respeito. Este conceito teve início na década de 80, mas até hoje, principalmente no Brasil, ainda é consi-

derado algo novo e minimamente praticado nas instituições de saúde.

A experiência do cliente, nada mais é do que a soma das percepções afetivas, sensoriais e comportamentais do cliente, em todo e qualquer contato com a empresa. Antes mesmo dele ter o contato físico, ele já está vivenciando a experiência seja através de site, propaganda, ligações, pesquisas em mídias sociais, a marca já está causando algum tipo de impacto nas suas percepções.

Um Comitê de Experiência do Cliente vem atuando na instituição desde novembro de 2020, os encontros do grupo acontecem na unidade Vila Mariana. O grupo multidisciplinar conta com o apoio e acompanhamento da Superintendência. Nos encontros, em que sou facilitadora, fazemos o uso de ferramentas de *design thinking*, identificamos personas, utilizando o mapa da empatia e mapeamos as jornadas por estágio e pontos de contato. Estas ferramentas possibilitam encontrarmos oportunidades de melhorias através da percepção do cliente.

A instituição começa a colher os frutos deste trabalho, com ações sendo colocadas em prática, beneficiando os nossos clientes e, ao mesmo tempo, favorecendo os colaboradores.



Foto: Karoline
Santanhelo

Dra. Julianne Avelar

Coordenadora do Serviço de
Cardiologia Pediátrica do
Hospital Sepaco

Cardiologista e Ecocardiografista
Pediátrica e Fetal

E-mail: julianneavelar@gmail.com

CATETERISMO CARDÍACO EM BEBÊS PREMATUROS E BAIXO PESO COM CARDIOPATIA CONGÊNITA

Devido ao avanço tecnológico e ao conhecimento na área da medicina, muitos bebês que antigamente nasciam antes do tempo e morriam, hoje estão sobrevivendo. Mesmo com um desenvolvimento dentro do esperado, as crianças prematuras necessitam de um olhar mais atento. E por isso a necessidade cada vez mais crescente de Centros com profissionais especializados e treinados para o suporte de bebês prematuros e principalmente bebês prematuros com cardiopatias congênitas. Trata-se de um desafio permanente os cuidados com estes recém-nascidos.

Prematuridade e doenças cardíacas congênitas (DCC) são importantes causas de morbidade e mortalidade entre crianças, e as duas condições frequentemente coexistem. Um grande estudo multicêntrico demonstrou mortalidade significativamente maior entre crianças com muito baixo peso ao nascimento (<1500g), nascidos com 29 semanas de idade gestacional e cardiopatia grave, em comparação com bebês semelhantes sem cardiopatia.

Frequentemente, o objetivo do atendimento é a estabilização médica até que o reparo cirúrgico possa ser feito com segurança. Existem muitas dúvidas, incluindo se um bebê prematuro pode tolerar a fisiologia alterada da doença cardíaca, se a cirurgia cardíaca é possível em bebês muito pequenos e, em caso afirmativo, se o bebê prematuro pode sobreviver a tal cirurgia.

Portanto, intervenções baseadas em cateterismo cardíaco como uma opção paliativa e/ou terapêutica têm sido cada vez mais utilizadas para melhorar o resultado destes casos de alto risco quando a correção cirúrgica definitiva não é possível ou correções que em alguns casos podem ser feitas via hemodinâmica.

Uma das cardiopatias congênitas mais comuns nessa faixa etária é a Persistência do Canal Arterial (PCA), que trata-se de uma manutenção da conexão fetal (canal arterial) entre a artéria pulmonar e a aorta após o nascimento, tipicamente resultando em um fluxo contínuo da esquerda para a direita. A presença de um PCA além da primeira semana de vida ocorre em até 50% dos bebês prematuros e em mais de 80% dos prematuros gravemente com extremo baixo peso ao nascer (<1000 g). Isso foi associado a um risco aumentado de desenvolver enterocolite necrosante, doen-

ça respiratória crônica, hemorragia pulmonar, hemorragia intraventricular e morte.

Atualmente, surgiram inúmeras evidências clínicas sugerindo que o fechamento por cateterismo de PCA pode ser realizado com segurança e eficácia em bebês prematuros, tão pequenos quanto 700g ou menos. O fechamento transcatereter do PCA para bebês prematuros é uma alternativa menos invasiva do que a ligadura cirúrgica e que deverá ser adotada nos serviços mais avançados do mundo.

Recentemente realizamos no nosso Serviço, dois procedimentos em recém-nascidos via cateterismo intervencionista com bom resultado:

1- Atriostomia por balão (procedimento de Rashkind) em criança de 1420g em laboratório de hemodinâmica com sucesso;

2- Fechamento percutâneo de canal arterial em bebê de 1100g também no laboratório de hemo-

dinâmica com sucesso.

Além disso, diversos outros procedimentos podem ser realizados via hemodinâmica em recém-nascidos prematuros e baixo peso como: valvoplastia pulmonar, valvoplastia aórtica, stent na via de saída do ventrículo direito, stent no canal arterial. Casos bem selecionados para intervenções adequadas têm bons resultados a curto e longo prazo.

O Hospital Sepaco possui uma UTI neonatal/pediátrica com profissionais altamente capacitados para este cuidado, tanto equipe multiprofissional, quanto equipe médica (intensivistas, anestesistas, cardiologistas pediátricos, hemodinâmica intervencionista e cirurgia cardíaca infantil). É necessário um esforço colaborativo destas equipes para gerenciar o curso perioperatório. As técnicas e níveis de habilidade estão melhorando continuamente, tornando-se cada vez mais seguro a correção de malformações cardíacas e quando possível minimamente invasivas nessa população tão frágil.

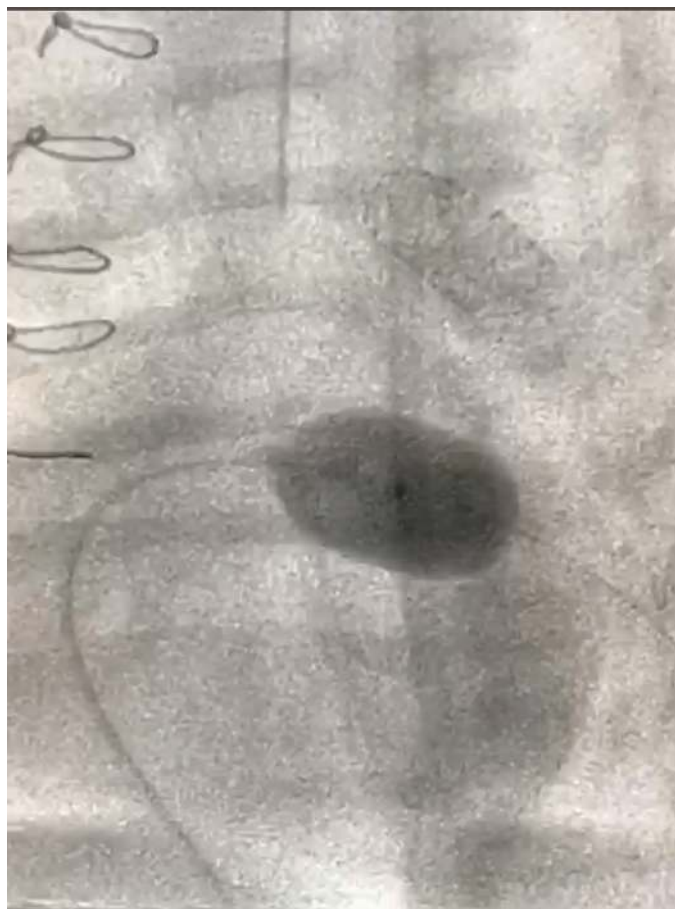
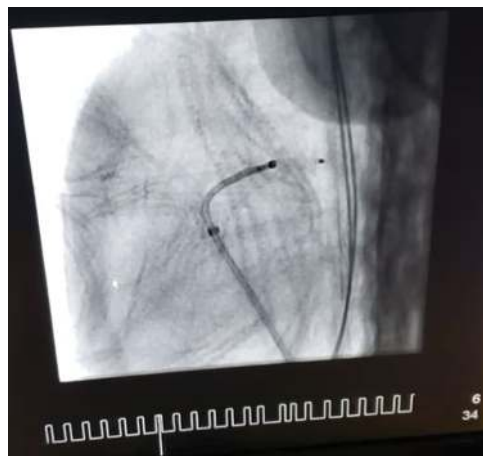


Imagem do procedimento de Rashkind (abertura por cateterismos de comunicação interatrial). Foto: Germana Cerqueira/Arquivo Pessoal



Fechamento percutâneo de canal arterial em prematuros com a prótese Amplatzer Piccolo ocluder: posicionamento da prótese em canal arterial de bebê prematuro. Imagem do procedimento de Rashkind (abertura por cateterismos de comunicação interatrial). Foto: Germana Cerqueira/Arquivo Pessoal



Fechamento percutâneo de canal arterial em prematuros com a prótese Amplatzer Piccolo ocluder: desenho esquemático da prótese bem posicionada em canal arterial. Foto: Germana Cerqueira/Arquivo Pessoal



Foto: Petterson
Lima

**Dra. Patrícia Tiemi Kamiya
Yonamine**

Médica da UTI Pediátrica e
membro do Time de ECMO do
Hospital Sepaco

Pediatra pela FAMERP e pela
Sociedade Brasileira de Pediatria

Intensivista pediátrica pela Uni-
fesp/EPM e pela Associação de
Medicina Intensiva Brasileira

E-mail: patritiemi@gmail.com

O QUE É ECMO?

A ECMO (oxigenação por membrana extracorpórea) é uma modalidade de suporte de vida extracorpórea que possibilita a assistência temporária à falência da função pulmonar e/ou cardíaca, refratária ao tratamento clínico convencional. Nos últimos anos, essa tecnologia vem se tornando cada vez mais conhecida e o seu uso vem aumentando progressivamente em todo o mundo. Só em 2019, a ECMO foi utilizada em 15.875 casos, conforme registros da ELSO (Extracorporeal Life Support Organization).

Cabe ressaltar que a ECMO não é uma terapêutica curativa, e sim uma forma transitória de suporte que permite a otimização dos cuidados ao paciente até que o mesmo recupere suas funções cardíacas e/ou pulmonares.

Existem duas modalidades de ECMO que podem ser utilizadas: a veno-venosa e a veno-arterial. Na ECMO veno-venosa, o sangue é drenado de uma veia central, impulsionado por uma bomba mecânica para que atravesse uma membrana extracorpórea localizada no circuito da ECMO (onde são realizadas as trocas gasosas) e então, o sangue é reinfundido de volta para a circulação venosa do paciente. Na ECMO veno-arterial, o sangue oxigenado retorna para o sistema arterial do paciente, fornecendo um suporte hemodinâmico, além do suporte ventilatório.

A principal indicação da ECMO são nos casos de insuficiência cardíaca ou pulmonar graves, não responsivos aos tratamentos clínicos convencionais. A ECMO tem um risco de mortalidade em torno de 50%, portanto, ela é indicada nas situações com risco de mortalidade maior que 80%. Uma outra indicação que vem cada vez mais sendo utilizada são nos casos de parada cardiorrespiratória prolongada (eCPR), realizada em centros com um programa de ECMO bem estruturado e consolidado.

A primeira ECMO realizada no hospital Sepaco foi no ano de 2013 na UTI pediátrica, em um paciente em pós operatório de cirurgia cardíaca que apresentou falha na saída de CEC (circulação extracorpórea utilizada em cirurgia cardíaca), sob as orientações do Dr. Lucio Flávio Peixoto de Lima (coordenador da UTI neonatal e pediátrica) e do Dr. Carlos Eduardo Tossuniam (chefe do serviço de cirurgia cardíaca pediátrica). Desde então, mais de 40 ECMOs foram realizadas na instituição, sendo a maioria em crianças e em casos de pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Diante da alta complexidade destes pacientes, a instituição iniciou a estruturação e treinamento do time de ECMO, que conta com uma equipe multidisciplinar com a capacitação requerida ao atendimento desse perfil de paciente.

A ECMO é uma ferramenta muito útil nos dias atu-

ais, ampliando o horizonte da terapêutica disponível para pacientes graves. Porém, a sua eficácia é diretamente relacionada com o manejo adequado do conjunto máquina/paciente, exigindo um contínuo aprendizado de todos os envolvidos nos seus cuidados.



ECMO é uma forma de suporte para os cuidados com o paciente até a recuperação de suas funções cardíacas e/ou pulmonares.
Foto: Patrícia Tiemi Kamiya Yonamine/Arquivo Pessoal



Foto: Jonatas
Oliveira

Carolina Menezes Marson

Psicóloga nas Equipes de
Cuidado Paliativo Adulto e
Pediátrico do Hospital Sepaco

Especialista em Psicologia
Hospitalar pelo HC FMUSP

Especialista em Cuidados
Paliativos pelo Instituto Paliar

E-mail: cm.marson@uol.com.br

ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA NA NEONATOLOGIA E VÍNCULO FAMILIAR

Iniciar a construção desse texto para falar de um setor específico do hospital pede que se retome a própria história da Psicologia Hospitalar até chegarmos à Neonatologia. Neste sentido, vemos que o psicólogo adentra na cena hospitalar com Freud, no Hospital Salpetrière, estudando fenômenos que o discurso médico não podia explicar, apesar destes acontecerem no corpo das pacientes (somatização). A histeria, então, surge como a possibilidade de resgatar a subjetividade do paciente, então perdida no ambiente hospitalar, onde o corpo e a doença ganham espaço e o sujeito fica relegado a objeto, o objeto-doença. Contudo, como especialidade regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), a psicologia hospitalar, no Brasil, é recente, sendo apenas no ano de 2000 assim reconhecida.

Atualmente, psicólogos hospitalares adentram este espaço para ofertar escuta aos aspectos psicológicos em torno do adoecimento, tais aspectos estão relacionados a qualquer doença e em qualquer fase do desenvolvimento humano, pois a hospitalização sempre é um momento de ruptura na vida do sujeito, trazendo perdas e modificações não apenas em seu corpo, mas possivelmente em sua vida. Isto posto, vale lembrar que ao falamos do adoecimento, a família passa a ser envolvida neste processo, pois esta é extensão do paciente e muitas vezes adocece junto com ele.

Considerando o ambiente neonatal, vale lembrar tratar-se de uma unidade de terapia intensiva, permeada por intensidades de cuidado, situações agudas e geradores de estresse na família, que assiste as intercorrências e as vezes é parte delas. Além disso, vemos bebês graves, que assim que nascem já se deparam com a possibilidade de finitude ou de uma vida que será permeada por limitações importantes em seu desenvolvimento, por isso, atualmente, é muito comum paralelamente ao cuidado neonatal, o cuidado paliativo com o reconhecimento de que a dor e o desconforto podem afetar o recém-nascido e nem sempre o controle desses sintomas era tido como importante no cuidado destes bebês. Ainda numa unidade neonatal, depara-se com a separação física da mãe/da família com o bebê e esta é uma experiência precoce para todos os envolvidos, podendo ser traumática e geradora de sofrimento psíquico.

É neste sentido que a família vive uma situação de crise, sentimentos podem oscilar e geralmente a ambivalência está presente. É

comum existir culpa, sentimentos de impotência, medo, sintomas depressivos, que podem perdurar por longos períodos da internação, nestas famílias. Pensando nelas, o psicólogo em neonatologia, pode oferecer espaço de escuta e suporte emocional, ajudando na elaboração dessa vivência traumática e auxiliando na construção de estratégias de enfrentamento diante do quadro clínico do bebê.



O vínculo familiar é um dos principais fatores que influenciam na evolução do paciente e na minimização do sofrimento.. Foto: Freepik

Ainda hoje, muitos profissionais, ainda consideram pouco intensa a perda de um bebê neste período, entendendo como não dolorosa, acreditando que este vínculo ainda é pequeno, contudo, quando um casal espera uma criança, constroem-se expectativas, planos, desejos e essa criança passa a ser idealizada pela mãe e pela família, que imaginam um rosto, escolhem um nome e quando ela chega, vem acompanhada de toda essa carga emocional de uma vida já construída para ela. Considerar que esse bebê idealizado pode morrer ou vir de forma diferente do que se esperava (malformação) rompe com todas essas expectativas, gerando frustração e luto.

Através de uma escuta compreensiva e diferenciada, o psicólogo favorece a elaboração da dor, que para muitos, é insuportável. Esta escuta tem objetivo de minimizar o sofrimento, ajudar na elaboração do luto do bebê ideal para o bebê real e também em relação ao diagnóstico que nem sempre é possível de se concluir antes do nascimento.

A UTI Neonatal do Hospital Sepaco, recebe bebês graves, com doenças crônicas e que ameaçam a continuidade da vida, neste sentido, nem sempre o bebê responde aos apelos dos pais e familiares

que vivenciam a possibilidade constante da morte destes. O psicólogo, sendo parte da equipe assistencial, precisa se colocar como ponto de referência para esta família, colaborando para que seja possível construir a história desse bebê, ajudando os pais a falarem do nascimento, como forma de organizar seus pensamentos e afetos, não esquecendo que este pode ser um caminho de adaptação das representações do bebê real, diferente daquele idealizado, possibilitando a eles ultrapassar as ambivalências e reações intensas que o bebê real provoca, em especial no contexto de nascimento prematuro.

Neste ambiente, permeado por dores, sofrimentos e também conquistas, há muitas possibilidades de atuação da psicologia, pensando na família, porém, teríamos um texto extenso e esgotaria a possibilidade de discutirmos tantas questões em outros momentos, contudo, não podemos esquecer que estes bebês podem ter irmãos, a família pode ter uma religião e desejar rituais específicos, bem como as visitas de avós, mesversários, e tudo isso tem sido possível na UTI Neonatal do Hospital Sepaco, com uma equipe multiprofissional e muita sensibilidade destes, que mesmo diante de um momento tenso, pela pandemia, não deixou de se importar com a dor de quem cuidam e muito menos de tornar menos difícil a distância

que se fez necessária. Deixarei um texto na versão original de uma vivência pessoal com uma criança que passou pela UTI Neonatal e Pediátrica nesta

Instituição. A mãe autorizou a publicação do texto e este já foi lido por ela, por isso, preservamos o nome, em homenagem a essa pequena.

“Eu caí na Pediatria, quando buscava mudanças na minha vida profissional. Tão acostumada com o ambiente dos idosos, me vi nesta outra ponta, uma ponta intensa e por vezes dolorosa.

Desde essa “queda”, que tem sido reconstrução: de valores, conceitos, aprendizados, muitos pequenos passaram por mim.

Mas hoje, quero me deter e escrever dessa pequena, pequenina de corpo, mas com 7 longos meses de vida e de experiências. Já marcada por muitas perdas, cheia de histórias de amor.

O trabalho no hospital e especialmente do cuidado paliativo tem sido onde me realizo e onde sinto que devo estar, por vezes é muito difícil lidar com dor e sofrimento todo dia, mas poder ser expectadora (as vezes ativa) da história de uma família, recompensa todas as angústias e dúvidas. Neste caso, uma história que todo dia se transforma muito mais em amor e resiliência, do que em sofrimento.

Pais que se permitem generosidade diante daquele serzinho que mais amam e pela dor que

percebem, genuinamente, puramente, favorecem, oferecem conforto, respeito e paz, me toca tão intensamente que só consigo ser grata pelo aprendizado que nenhuma teoria ou livro vai ensinar.

Quem lê, pensa numa trilha que segue reta e tranquila, quem participa e quem vivência vê muitos caminhos que se entrecruzam, conflitos, medos, sonhos. Não é uma trilha reta e certa, há muita descida, há subida, nunca sabemos onde ela vai dar.

A pequena me mostrou que isso não importa, se o que queremos, o que cremos é no amor. Nesta família, essa é a linha que não os deixa se perderem, que os liga, mesmo que cada um siga trilhas diferentes neste monte de caminhos que se colocaram a eles. A pequena me mostrou, que no final temos uma garantia: a do encontro, encontro de pessoas diferentes mas que buscam a mesma coisa, encontro de experiências, encontro de decisões.

A pequena, nos seus 7 longos meses de vida, trouxe vida em momentos muito escuros, me fez reafirmar o que quero seguir fazendo. Grata sou, pelo meu caminho, nada reto e certo, ter encontrado com o dela.”



Erivan Silva Santos Junior
Supervisor de Engenharia Clínica
do Hospital Sepaco

Graduado em Engenharia Civil
pela Universidade Paulista

Graduado em Tecnologia em
Sistemas Biomédicos pela Facul-
dade de Tecnologia de São Paulo
(FATEC)

Pós-Graduado em Engenharia
Clínica pelo Instituto Albert Eins-
tein

Pós-Graduado em Engenharia
de Manutenção Hospitalar pelo
Centro Universitário FEI

Membro efetivo da Comissão do
PGRSS (Plano de Gerenciamento
dos Resíduos Sólidos de Serviço
de Saúde) do Hospital Sepaco

E-mail: esjunior@sepaco.org.br

GERENCIAMENTO DOS RECURSOS ENERGÉTICOS PARA MITIGAÇÃO DO IMPACTO AMBIENTAL ADVINDOS DA ATIVIDADE ECONÔMICA HOSPITALAR

O Serviço Social da Indústria do Papel, Papelão e Cortiça do Estado de São Paulo, conhecido como Sepaco, é um hospital Filantrópico, inaugurado em 1979, é referência no controle de infecção hospitalar no Brasil. Voltado para atender alta complexidade, conta com 09 salas cirúrgicas e centro obstétrico, possui infraestrutura de internação robusta com mais de 250 leitos de internação e serviço de apoio diagnóstico terapêutico (SADT) completo, com equipamentos modernos para realização de exames e procedimentos em diversas modalidades como Hemodinâmica, Ultrassom, Ressonância Magnética, Tomografia, Raio-X, Endoscopia, Colonoscopia, etc.

Desde a sua concepção, a instituição é engajada com o desenvolvimento de procedimentos, protocolos e práticas nas áreas assistenciais e de saúde que promovem ações ambientais, zelando pelas políticas de qualidade com foco nos clientes, fornecedores e colaboradores. A Instituição é reconhecida pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), por meio de sua Instituição Acreditadora IBES (Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde), com o selo de certificação em grau máximo: nível 3, que significa “excelência na prestação de serviços”.

Segundo Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL, os Estabelecimentos de Atendimento a Saúde (EAS) no Brasil ocupam a segunda posição no ranking de maiores consumidores de energia, perdendo apenas para o setor de Indústria automobilística, desta forma, sabendo do princípio que a energia é um recurso finito utilizado na instituição 24 horas por dia, 7 dias por semana, 365 dias por ano, sendo item fundamental para o funcionamento dos serviços de saúde, recomendado e regulamentado pela ANVISA e COVISA, a criação de protocolos e dispositivos de segurança que atendam todo o complexo hospitalar ininterruptamente com redundância. O Hospital Sepaco através de suas ações e intervenções vem intensificando os controles socioambientais da instituição, apregoando e estratificando as políticas ambientais classificadas em principais e secundárias, coibindo o desperdício dos recursos naturais, mitigando e minorando o impacto ambiental oriundo de suas rotinas de funcionamento.

Nos últimos anos, a preocupação com o meio ambiente, atrelada às legislações ambientais, foram exaustivamente debatidas na instituição, tornando como pauta central o desenvolvimento de ações e planejamentos socioambientais, que visam a redução do impacto das atividades econômicas dentro e fora de suas fronteiras.

Durante a última década foram implantadas diversas ações e projetos que refrearam e atenuaram o impacto ambiental, mesmo com a expansão constante, a instituição apresenta uniformização do consumo energético, com pouca variação entre os exercícios. Estas expansões e ampliações foram absorvidas pelas ações constantes de troca de equipamentos com baixo consumo de energia e melhor eficiência energética, com destaques para

as novas centrais de ar comprimido, vácuo, iluminação, Boiler e o sistema de climatização.

Ao longo dos últimos anos, houve a necessidade da criação de cronogramas e comitês internos voltados à gestão energética, com interação e participação de equipes multidisciplinares, em destaque para os Departamentos de Arquitetura, Compras, Engenharia Civil e de Manutenção, Engenharia Clínica, Hotelaria, Recursos Humanos e Tecnologia da Informação, com apoio da Alta Direção (Superintendência). O resultado desses comitês culminaram no mapeamento das oportunidades de melhorias, classificando-as em principais e secundárias, com a definição de metas e objetivos para redução do consumo dos recursos energéticos, conforme ilustramos na figura 1, abaixo.



Figura 1 - Planejamento das atividades principais

Seguimos destacando abaixo as ações realizadas ao longo do tempo, conforme mencionadas acima:

I. Substituição do parque de iluminação para lâmpadas de tecnologia LED

A instituição alcançou no ano de 2019 a troca de 100% do parque de iluminação para tecnologia LED, que resultou em menor consumo de energia do grupo de iluminação, conforme demonstramos na figura 2.

A. Instalação de Sensores

Ressaltamos na figura 3 a instalação de sensores

de presença nos corredores, escadas de emergência, banheiros coletivos e áreas externas com baixo fluxo de pessoas.

II. Substituição dos equipamentos de climatização de expansão direta (Gás Refrigerante)

O Hospital Sepaco realizou a troca de 100% dos equipamentos que utilizavam gás refrigerante. O sistema atual possui 420 máquinas de climatização do tipo expansão indireta e CGA - (Central de Água Gelada) que abastece toda a instituição. O novo sistema proporcionou vantagens significativas, financeiras e ambientais, visto que alguns gases refrigerantes chegam a ter um potencial de

aquecimento global maior que 5.000 vezes o do CO₂, conforme evidenciamos na figura 4.

III. Instalação de sistema de aquecimento de água híbrido (Solar / Gás Natural)

A figura 5 atesta a instalação do sistema híbrido, realizado no ano de 2020. Os três sistemas instalados utilizam as tecnologias solar e gás natural, com selo PROCEL categoria A, diminuindo o consumo de gás natural e abrandando a emissão de CO₂ oriundo da queima do gás.

IV. Substituição das Centrais de Vácuo e Ar comprimido

O Departamento de Engenharia realizou o estudo e a viabilidade para aquisição de equipamentos com altíssima eficiência e desempenho energético, dentre os principais se destacam as novas Centrais de Vácuo e Ar Comprimido.

Os sistemas adquiridos possuem inversor de frequência e resfriamento a óleo, conforme demonstramos nas figuras 6 e 7, foram substituídas as máquinas obsoletas que utilizavam cerca de 2000 litros de água/dia e consumo elevado de energia elétrica.

V. Substituição da Modalidade de aquisição de energia elétrica

O planejamento energético permitiu a migração da modalidade cativa de aquisição de energia elétrica, constatando vantagens socioambientais que atenuam sua utilização. A modalidade do mercado livre de energia permite a obtenção de energia exclusiva de fontes renováveis, diminuindo a emissão de gases de efeito estufa, tal mudança é certificada e reconhecida pela empresa Comerc-Siner Consult de energia renovável, ao qual atesta a redução de emissão de gás de efeito estufa evitado, pelo uso dessa energia incentivada.

O Hospital Sepaco foi condecorado no ano de 2020 com reconhecimento pela SES – Secretaria Estadual de Saúde, juntamente com a rede Global de Hospitais Verdes e Saudáveis pelas ações estabelecidas que vão ao encontro da Emenda de Kigali ao Protocolo de Montreal com redução expressiva dos gases hidrofluorcarbonetos (HFCs), firmando seu compromisso com o meio ambiente, ganhando o prêmio do PAMA – Projeto Amigo do Meio Ambiente (figura 8).



Figura 2 - Substituição do parque de iluminação para LED.
Foto: Jonatas Oliveira



Figura 3 - Instalação de sensores de presença.
Foto: Jonatas Oliveira



Figura 4 - Equipamentos Hidrônicos. Fotos: Jonatas Oliveira



Figura 5 - Instalação do Sistema de Aquecimento Híbrido.
Fotos: Jonatas Oliveira



Figura 7 - Troca do sistema de Vácuo. Fotos: Jonatas Oliveira



Figura 6 - Troca do sistema de Ar Comprimido.
Fotos: Jonatas Oliveira



Figura 8 - Prêmio Amigo do Meio Ambiente.
Imagem: Reprodução



*Equipe envolvida nas ações de sustentabilidade: Allan Botelho da Silva, Mara Carolina Bernardo da Silva, Pedro de Souza Santiago, Sueli de Fatima da Luz, Luci Meire Pivelli Usberco, Erivan Silva Santos Junior, Waldir Baltar, Douglas Magalhães Pereira.
Foto: Jonatas Oliveira*



Treinamentos e orientações da equipe também fizeram parte das ações. Na imagem, Erivan conversa com Edilson Martiniano Lameu sobre as configurações de um dos equipamentos. Foto: Jonatas Oliveira

A Scientia - Revista Multidisciplinar do Hospital Sepaco - convida, a cada edição, dois integrantes da equipe médica para falar sobre a carreira e também compartilhar suas experiências e visões. Para esta edição, conversamos com a Dra. Natália Luiz Simões, residente em Pediatria no Hospital Sepaco e com a Dra. Talita Gongora Lodi Rizzini, Coordenadora da Equipe de Pediatria do Hospital Sepaco.



Natália Luiz Simões é de Cachoeira Paulista e formada em Medicina pela UniFOA em Volta Redonda. Atua como Médica Residente em Pediatria no Hospital Sepaco. Foto: Arquivo Pessoal

NATÁLIA LUIZ SIMÕES

Por que você optou por seguir carreira na área médica?

Cresci à volta de profissionais de outras áreas, não tinha familiares próximos que fossem da área da saúde, porém sempre tive muita curiosidade em conhecer o funcionamento do corpo humano, essa máquina maravilhosa que somos. Fui então buscar na área da saúde uma formação que me proporcionasse tal conhecimento, optei pela medicina pois me daria a oportunidade de conhecer a fundo o funcionamento do corpo humano e do ser humano. Na medicina eu teria a oportunidade de entender melhor quem somos, física e psicologicamente, e com tudo isso ainda teria a oportunidade de fazer uma das coisas que mais gostava e que vivenciei e aprendi de diferentes formas durante minha criação e crescimento, poder ajudar ou às vezes simplesmente confortar as pessoas.

Por que o Hospital Sepaco?

A residência médica do Hospital Sepaco faz parte do processo seletivo da Secretaria Estadual de Saúde, processo esse em que temos a oportunidade de escolher uma vaga em um dos hospitais participantes do processo seletivo. Quando, então, fui pesquisar sobre as instituições participantes o hospital Sepaco me chamou atenção principalmente por ser um serviço que preza pelo aprendizado científico, contando com um corpo clínico altamente capacitado com preceptores atualizados e empenhados a oferecer uma boa formação profissional. Além disso, o Hospital Sepaco possui uma grande estrutura para o cuidado e atenção à criança em todos os setores, sendo também um hospital referência para alta complexidade, trazendo assim a oportunidade de nos colocar em contato com patologias raras e com diversas subespecialidades pediátricas. Como faço

parte da primeira turma de residentes do hospital, o fato de o corpo clínico contar com profissionais atuantes em outras instituições acadêmicas de destaque também foram pontos importantes na escolha. Além do enfoque na atenção multidisciplinar e humanizada que o hospital preza.

Qual foi a maior decisão que você teve que tomar no ano passado? Por que foi tão difícil?

Me formei em 2017 e em 2020 estava em um bom emprego e realizando uma pós-graduação na área em que eu trabalhava, quando recebi a notícia que havia sido aprovada na residência médica tive que decidir entre a estabilidade ou iniciar a residência médica naquele momento. Embora tivesse a certeza de que Pediatria era a minha escolha de especialidade para a vida, o momento que me cercava era repleto de inseguranças pessoais e financeiras. Tomar essa decisão de largar tudo, literalmente, de um dia para o outro e iniciar a residência médica foi um momento cercado de inseguranças e incertezas e certamente essa foi a maior decisão que tive que tomar no ano de 2020.

Qual sua motivação para seguir na sua carreira?

Os momentos de gratidão dos pacientes. Ver um familiar, um pai, uma mãe ou o próprio paciente te agradecendo por ter feito diferença na vida de uma pessoa é muito gratificante! Saber que você marcou positivamente a história de uma pessoa e de uma família é, sem dúvidas, o maior combustível, é o que me impulsiona e me faz querer estar cada vez mais preparada, sempre buscando conhecimento para estar munida de informação científica para poder ajudar as pessoas que pela minha história passarão.

O que você gosta de fazer no seu tempo livre em paralelo a sua vida profissional?

Em paralelo a vida profissional gosto de estar com a minha família e amigos. Gosto muito de viajar, conhecer lugares e culturas diferentes (embora não estejamos em um momento propício para isso, quando não precisarmos mais do isolamento social, essa não deixará de ser a minha paixão). Gosto, também, de praticar atividade física, sendo por meio de uma dança, no balé, com uma corrida/caminhada no parque ou esportes em geral, gosto de estar em movimento e se junto a familiares e/ou amigos, isso fica ainda melhor e torna completamente feliz e agradável os momentos que concilio com as atividades relacionados à vida profissional.

TALITA GONGORA LODI RIZZINI

Por que você optou por seguir carreira na área médica?

Escolher a medicina é, na verdade, um sonho em constante construção. Não foi fácil chegar à conclusão de que ser médica era o trabalho que eu queria realizar, pois antes de uma profissão, a medicina é um estilo de vida que exige abdições e muito esforço... Mas o fato de ajudar e cuidar de pessoas, entender suas histórias, seus sonhos, sempre me encantaram e daí a escolha aconteceu.

Por que o Hospital Sepaco?

O convite aconteceu em parceria com um grande amigo que não trabalha na instituição, inicialmente era um desafio, que se transformou no jeito Sepaco de ser e ver. O Hospital Sepaco preza por boas práticas, respeito, humanização, segurança. As pessoas que trabalham no Hospital tem orgulho de estar ali e isso é motivador. Tenho muito orgulho de ser Sepaco.

Qual foi a maior decisão que você teve que tomar no ano passado? Por que foi tão difícil?

O ano de 2020 foi muito desafiador! O ano teve início com muitas expectativas, a construção da residência médica em pediatria, expandir outras especialidades pediátricas,



Talita Lodi Rizzini Holtel é de São José do Rio Preto/SP. É especialista em pediatria e hebiatria, coordenadora do Pronto Atendimento Infantil e da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Sepaco e Supervisora do Programa de Residência Médica.
Foto: Arquivo Pessoal

dentre outros sonhos. Em meados de março, nos deparamos com a pandemia Sars CoV-2, que trouxe medo, insegurança, perdas, mas ao mesmo tempo, reflexões, adaptações, evolução e muita felicidade. Passar momentos distante da família foi penoso, mas nos reencontros uma alegria sem fim. Ver um paciente grave, muito difícil, mas a cada recuperação, a cada alta, uma vitória.

Qual tarefa ou projeto você considera sua conquista mais significativa na carreira até hoje?

Gosto de novos projetos, desafios e novos sonhos. Um deles foi a conquista da residência médica em pediatria, iniciada em 2020.

O que você gosta de fazer no seu tempo livre em paralelo à sua vida profissional?

Estar com minha família, brincar com minhas filhas, fazer arte mesmo.... além de cozinhar...



Dra. Talita e Dra. Natalia durante pausa no atendimento na Pediatria. Foto: Jonatas Oliveira

Confira as atividades científicas realizadas pelas equipes médicas e multidisciplinares integrantes do Hospital Sepaco.

Legenda

Artigo Científico

Congresso

Livro

2020

Cristina Coura Napoleão, Neusa de Jesus Pires Unger e Juliana Martins Cano - Nutrição

CANO, J.M.; NAPOLEÃO, C.C.; UNGER, N.J.P. Manual prático de assistência nutricional ao paciente geriátrico: Desnutrição e Obesidade. 1. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2020. 161 p.

10/2020

Dr. Flávio G Rezende de Freitas - Medicina Intensiva Adulto

Rev Bras Ter Intensiva. Oct-Dec 2020; 32(4): 493-505. doi: 10.5935/0103-507X.20200081.

Statistical analysis plan for the Balanced Solution versus Saline in Intensive Care Study (BaSICS)

Lucas Petri Damiani, Alexandre Biasi Cavalcanti, Rodrigo Santos Biondi, **Flávio Geraldo Rezende de Freitas**, Rodrigo Cruvinel Figueiredo, Wilson José Lovato, Cristina Prata Amêndola, Ary Serpa Neto, Jorge Luiz da Rocha Paranhos, Viviane Cordeiro Veiga, Marco Antonio Vieira Guedes, Eraldo de Azevedo Lúcio, Lúcio Couto Oliveira Júnior, Thiago Costa Lisboa, Fabio Holanda Lacerda, Tamiiris Abait Miranda, Israel Silva Maia, Cintia Magalhães Carvalho Grion, Flavia Ribeiro Machado, Fernando Godinho Zampieri

10/2020

Dra. Mariana de Gouveia-Pereira Pimentel - Pediatria

J Pediatr. Out 2020. doi.org/10.1016/j.jpmed.2020.10.014.

Combined immunodeficiencies

Carolina Sanchez Aranda, Rafaela Rola Guimarães, **Mariana de Gouveia-Pereira Pimentel**

11/2020

Cintia Johnston - Fisioterapia

Cintia Johnston - Fisioterapia

Clinics. Nov 2020; 11 75: e2250. doi: 10.6061/clinics/2020/e2250. eCollection 2020.

COVID-19 and Liver Damage: Narrative Review and Proposed Clinical Protocol for Critically ill Pediatric Patients

Michele Luglio, Uenis Tannuri, Werther Brunow de Carvalho, Karina Lucio de Medeiros Bastos, Isadora Souza Rodriguez, **Cintia Johnston**, Artur Figueiredo Delgado

12/2020

Dra. Lisandra Stein Bernardes - Medicina Fetal

Participação no 2º Simpósio Sepaco: Cuidados do Feto ao Nascimento em Bebês Prematuros e Baixo Peso com Cardiopatia Congênita / 26º Congresso Brasileiro de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular Pediátrica - dez/2020, com **Seguimento Pré-Natal e Procedimentos Intraútero**

12/2020

Dra. Renata Castro - UTI Neonatal e Pediátrica

Participação no 2º Simpósio Sepaco: Cuidados do Feto ao Nascimento em Bebês Prematuros e Baixo Peso com Cardiopatia Congênita / 26º Congresso Brasileiro de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular Pediátrica - dez/2020, com **Manejo Pré-Operatório do RN Prematuro e Baixo Peso com Cardiopatia Congênita**

12/2020

**Dra. Germana Coimbra – Hemodinâmica
Pediátrica**

Participação no 2º Simpósio Sepaco: Cuidados do Feto ao Nascimento em Bebês Prematuros e Baixo Peso com Cardiopatia Congênita / 26º Congresso Brasileiro de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular Pediátrica – dez/2020, com Procedimentos Hemodinâmicos em **Bebês Prematuros e Baixo Peso**

12/2020

**Dr. Carlos Eduardo Tossuniam – Cirurgia
Cardíaca Pediátrica**

Participação no 2º Simpósio Sepaco: Cuidados do Feto ao Nascimento em Bebês Prematuros e Baixo Peso com Cardiopatia Congênita / 26º Congresso Brasileiro de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular Pediátrica – dez/2020, com **Procedimentos Cirúrgicos em Neonatos Prematuros e Baixo Peso**

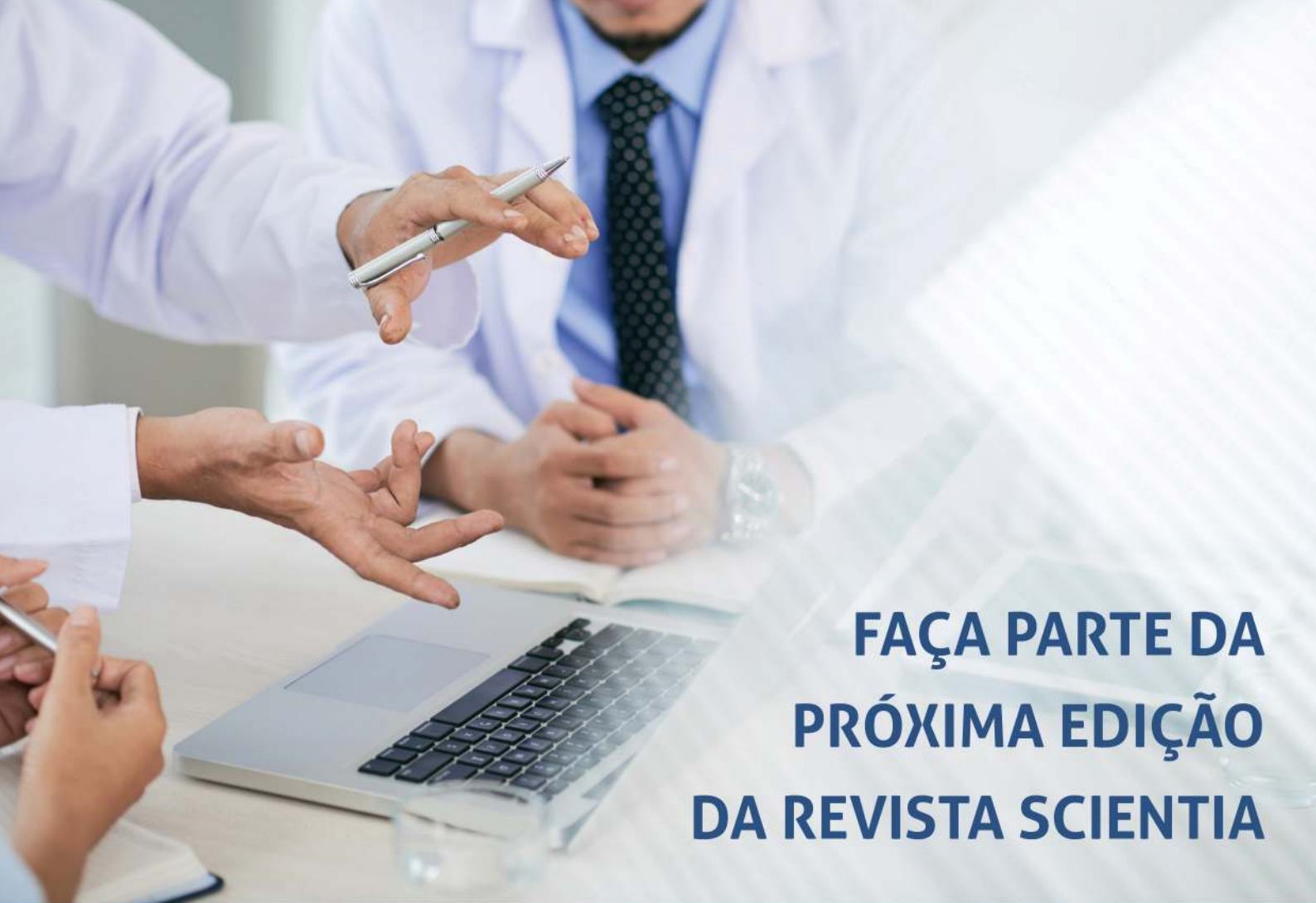
01/2021

Dr. Flávio G Rezende de Freitas e Dr. Eduardo S. Pacheco – Medicina Intensiva Adulto

BMJ. 2021; 372: n84. doi: 10.1136/bmj.n84.

Effect of tocilizumab on clinical outcomes at 15 days in patients with severe or critical coronavirus disease 2019: randomised controlled trial

Viviane C Veiga, João A G G Prats, Danielle L C Farias, Regis G Rosa, Leticia K Dourado, Fernando G Zampieri, Flávia R Machado, Renato D Lopes, Otavio Berwanger, Luciano C P Azevedo, Álvaro Avezum, Thiago C Lisboa, Salomón S O Rojas, Juliana C Coelho, Rodrigo T Leite, Júlio C Carvalho, Luis E C Andrade, Alex F Sandes, Maria C T Pintão, Claudio G Castro Jr, Sueli V Santos, Thiago M L de Almeida, André N Costa, Otávio C E Gebara, **Flávio G Rezende de Freitas, Eduardo S Pacheco**, David J B Machado, Josiane Martin, Fábio G Conceição, Suellen R R Siqueira, Lucas P Damiani, Luciana M Ishihara, Daniel Schneider, Denise de Souza, Alexandre B Cavalcanti, Phillip Scheinberg, Coalition covid-19 Brazil VI Investigators



FAÇA PARTE DA PRÓXIMA EDIÇÃO DA REVISTA SCIENTIA

A Revista Scientia é um periódico multidisciplinar do Hospital Sepaco. O objetivo é publicar informações internas, reportagens técnicas e artigos científicos, promovendo a divulgação de informações entre os profissionais de saúde do Hospital, fomentando o debate interdisciplinar e melhorando o cuidado dos pacientes.

O envio dos materiais deve ser feito por meio do email:
publicacoes.iep@sepaco.org.br

Em caso de dúvidas, entre em contato pelo telefone:
(11) 2182-4604

Consulte as Normas de Publicação em nosso site:
www.sepaco.org.br/iep



Pioneiro no controle de infecção hospitalar

www.sepaco.org.br