

R E V I S T A

VIVER SÃO JOSÉ

REVISTA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS



50 ANOS

HSJ comemora trajetória de muitos desafios com **foco na humanização**

ANÁLISE

O que aprendemos com a pandemia de **Covid-19**

DEFESA DO SUS

30 anos da regulamentação de um sistema que salva vidas

ENTREVISTA

Dr. Anastácio Queiroz avalia perfil de vanguarda da unidade hospitalar



REVISTA

VIVER SÃO JOSÉ

REVISTA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS

A Revista Viver São José nasce do desejo de registrar as múltiplas experiências vividas no Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ) ao longo dos seus 50 anos de história. A proposta da publicação é promover o resgate dessa trajetória, mas sempre com o olhar voltado aos desafios do presente e suas implicações para o nosso futuro.

Por meio de artigos, análises, entrevistas e reportagens, a pesquisa acadêmica surge como uma protagonista na revista, um reflexo direto da relação estreita que a unidade hospitalar tem com a ciência. Nesta primeira edição, o debate sobre a pandemia de Covid-19 norteia as nossas pautas.

Toda essa qualificação teórica, porém, chega ao nosso leitor através da simplicidade, outra marca importante do HSJ. Elegemos expressões do linguajar cearense para dar nome às nossas seções, deixando evidente a nossa vontade de dialogar com o público sem rodeios.

Aproveite o nosso conteúdo!

SUMÁRIO

EXPEDIENTE

HOSPITAL SÃO JOSÉ

Diretor Geral

Edson Buhamra Abreu

Diretora Técnica

Tânia Mara Silva Coelho

Diretora Clínica

Christiane Takeda

Diretor Administrativo-Financeiro

Nadirlan F. Fontinele

REVISTA VIVER SÃO JOSÉ

Editora científica

Melissa Soares Medeiros

Editor de conteúdo

Renato Abê

Designer gráfico

George Farias

Fotos

Tatiana Fortes (Governo do Ceará)
e Acervo Jornal O POVO

Corpo editorial

Tânia Mara Silva Coelho
Érico Antônio Gomes de Arruda
Lisandra Serra Damasceno
Ricardo Coelho Reis
Terezinha do Menino Jesus Silva
Lara Gurgel Fernandes Távora
Ana Cláudia Lima
Isabel Cristina Veras
Andrea Pinheiro Moraes Brandão
Jesus Irajacy Fernandes da Costa
Eder Janes Cavalcante Guerra

Editores juniores

Artur Paiva dos Santos
Luan Victor Almeida
Luis Arthur Brasil Gadelha Farias

Endereço do HSJ

Rua Nestor Barbosa, 315,
Parquelândia, Fortaleza, Ceará

6

Hora 1 | **LERIADO**

O perfil destemido de um hospital humano
e competente

8

Hora 2 | **FALA, ZÉ!**

50 anos de transformações e evoluções

10

Hora 3 | **ARRETADO** - Artigos

Miocardite em paciente com infecção por Sars-
CoV-2: relato de caso e revisão de literatura

Perfil epidemiológico dos óbitos por Sars-CoV-2
no Hospital São José de Doenças Infecciosas

18

CORRALINDA

Defender o SUS: por que é urgente?
por que é preciso?

20

DO TEMPO DO BUMBA - Artigos

Covid-19 em pacientes com doença renal crônica
– grupo de risco ou complicação na população
pediátrica?

Diabetes e Covid-19: a ameaça silenciosa

28

Hora 4 | **FUXICO**

Entrevista com o Dr. Anastácio de Queiroz Sousa

32

Hora 5 | **DA MULESTA** - Matéria de capa

O que aprendemos com a Pandemia
de Covid-19

36

Hora 6 | **PROSEADO**

Relatos de pacientes que venceram a Covid-19

40

Hora 7 | **PEREBAS** - Artigo

Caso clínico de Dermatologia

42

UMA CHAPA - Artigo

Cronariopatia associada à infecção grave pela Covid-19

44

Hora 8 | **ESTUDA, MENINO**

Minha Experiência como Médica Mensageira do HSJ

46

Hora 9 | **FUTRICAR**

Dicas de filmes e livros

50

Hora 10 | **BALADEIRA** - Depoimentos e evento da homenagem

Hospital São José recebe homenagem internacional por atuação
na pandemia

54

Hora 11 | **ESPILICUTE** - Galeria de arte

Um espaço para respirar arte e cultura

56

Hora 12 | **REGRAS DA REVISTA**

Submissão de conteúdo para Revista Viver São José



Foto: Tatiana Fortes - Governo do Ceará

O PERFIL DESTEMIDO DE UM HOSPITAL HUMANO E COMPETENTE

Por **Edson Buhamra**, diretor-geral do HSJ

O Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ) tem o reconhecimento do povo cearense desde a sua inauguração, há 50 anos. Assim como a população, representantes dos meios acadêmicos e do serviço público do Estado sempre respeitaram e compreenderam a importância dessa unidade hospitalar. Ainda na gestão do primeiro diretor, o HSJ já passou a ser entendido como esse espaço onde é feita a coisa correta, com uma equipe humanizada e competente conduzindo os trabalhos. Todo esse legado que nos acompanha há cinco décadas ganha

agora as páginas desta publicação. A Revista Viver São José já nasce com a benção de todos esses profissionais fantásticos que fizeram e fazem um trabalho brilhante, sempre centrado na saúde do paciente.

Até hoje, porém, nossa história é marcada por muitos desafios e o HSJ ainda é um espaço que alguns evitam por conta do perfil das doenças tratadas. Por outro lado, cuidar de doenças infecciosas faz com que se segmente o profissional que vem para cá, pois só aceita essa missão

quem realmente tem convicção sobre o trabalho que quer realizar. Os colaboradores do Hospital São José são especiais e têm essa simbiose saudável com os pacientes, os demais funcionários e a direção do Hospital. Nesta edição de estreia da Viver, alguns depoimentos comprovam essa forte relação estabelecida entre os muitos segmentos que compõem nossa instituição.

Em 2020, a pandemia de Covid-19 trouxe novas questões para o cotidiano dos profissionais que fazem o HSJ. Apesar de todas as dificuldades na busca por tratar uma doença ainda desconhecida, toda a bagagem que o hospital traz possibilitou a orientação de algumas tomadas de decisões diante dessa ameaça global. Uma marca importante do HSJ é não fugir da raia. Estou aqui há mais de 20 anos, fui estudante, residente, trabalhei aqui e sempre vi que historicamente os diretores sempre foram para cima dos desafios.

O São José tem esse espírito de não fugir do compromisso com o nosso paciente, que, muitas vezes, já lida com muitas carências sociais e financeiras. A gente nunca amarelou e vai para cima para o que der e vier. Nas próximas páginas, você lerá a entrevista com o Dr. Anastácio Queiroz, que há mais de quatro décadas está aqui no HSJ e ressalta exatamente esse comportamento comprometido dos funcionários (de todos os setores) do HSJ. Aqui ninguém arreda o pé. A gente busca todas as alternativas para tratar o nosso paciente.

O novo coronavírus é uma prova disso, mas são muitas as lutas que marcam nossa trajetória. Com o HIV, por exemplo, quando ninguém sabia direito o que fazer, fomos em busca de respostas e de um atendimento humanizado. Foi do mesmo jeito com a cólera e dengue, só para citar outros exemplos de doenças que, de repente, chegam. Somos destemidos. Estamos, claro, sempre nos protegendo, mas não tememos encarar de frente.

Em janeiro de 2020, nos precavendo sobre a chegada de Covid-19 já começamos uma série de treinamentos intensos, com ações a respeito da coleta de swab nasal, equipamentos de proteção individual, entre tantos outros pontos. Isso tudo a gente aprendendo em tempo real e buscando toda a literatura disponível sobre o tema. Nos preparamos e, em março, já tínhamos em mãos algumas ferramentas para enfrentar esse período mais agudo.

Desde então não paramos mais de pesquisar sobre Covid-19. A Revista Viver São José traz alguns desses conteúdos que surgiram da experiência com os pacientes, tudo interpretado por diferentes pontos de vista. São profissionais que abordam elementos de diversas especialidades e que aliam conhecimentos para tentar traçar um panorama do momento crítico que estamos vivendo. Essas pesquisas são reflexos de ações multiprofissionais bem coordenadas.

Ao longo das próximas páginas, você, nosso leitor, vai poder conhecer um pouco mais do trabalho realizado nessa instituição que chega aos 50 anos cheia de vida e pronta para novos desafios. Esta é apenas a primeira edição de uma publicação que vai registrar importantes capítulos da nossa história.

Uma boa leitura a todos! Até a próxima edição!



FALA, ZÉ!

50 ANOS DE TRANSFORMAÇÕES E EVOLUÇÕES

De 1970 a 2020, o Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ) viu o mundo se transformar e se atualizou junto. A unidade da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa) é reconhecida por seu potencial em enfrentar desafios – seja uma pandemia como essa de Covid-19 que vivemos atualmente ou no atendimento cuidadoso de pacientes com enfermidades marcadas por preconceitos. E, apesar das dificuldades constantes, muitas foram as evoluções e muitos são os motivos pra comemorar.

O HSJ tem como missão assegurar um atendimento humanitário e de qualidade no diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa de doenças infecciosas. Quando nasceu, há cinco décadas, era um espaço mais restrito e marcado pelo isolamento dos pacientes, que não podiam receber

visitas e tinham de enfrentar as enfermidades com poucas ferramentas de tratamento disponíveis. Havia a necessidade, no Ceará, de uma unidade que agregasse doenças transmissíveis e tratasse esses casos com a atenção necessária.

O nome da instituição inicialmente era Hospital São José de Doenças Transmissíveis Agudas e a primeira década foi marcada pela internação de pacientes portadores de doenças como tétano, raiva humana, difteria, coqueluche, febre tifóide, meningite, tuberculose e hepatites virais. Com o advento das vacinas, começaram a diminuir alguns casos de determinadas enfermidades e o Hospital seguiu se especializando, na busca pela melhor forma de tratamento.

Com o aparecimento da AIDS, na década de 1980, o HSJ soube bem acolher esses pacientes, tornando-se, por muito tempo, a única unidade a atender pessoas soropositivas no Estado. As primeiras pessoas atendidas com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida no HSJ foram em 1986 e, desde então, essa é a patologia de maior prevalência no perfil atendido pela unidade hospitalar. Com a doença, veio o estigma e o Hospital entrou de cabeça na luta para garantir atendimento humanizado a seus pacientes.

Neste período, foram criadas novas unidades, um ambulatório para acompanhamento, bloco cirúrgico e central de esterilização, além das reformas como a do laboratório. Essa ações configuraram um importante salto para o bom acolhimento e atendimento da população da Capital e do Interior. Com as mudanças, já na década de 1990, a unidade passou a ter o nome atual, Hospital São José de Doenças Infecciosas, considerando que nem todas as patologias atendidas são transmissíveis e agudas.

O HSJ ganhou destaque também pelo trabalho com ensino e pesquisa e, nessas cinco décadas, vem formando médicos infectologistas de várias instituições de ensino da Medicina do Ceará, de outros estados brasileiros e também de outros países. Ao longo do anos, o Hospital foi reconhecido por ter um dos mais modernos centros de estudos do Norte e Nordeste, chancela dada pelo Ministério da Educação, tendo também importante atuação em projetos como a Rede Rute, a Rede Universitária de Telemedicina, uma iniciativa do Ministério da Ciência e Tecnologia para aperfeiçoamento de trocas de experiências com hospitais de várias regiões do Brasil e do exterior.

Dentro da história da unidade hospitalar, outro capítulo importante diz respeito ao trabalho desenvolvido por voluntários em prol dos pacientes. O HSJ foi pioneiro no Estado nessa atividade de recrutar pessoas para o desenvolvimento de ações compartilhadas e, em sua história, tem importantes exemplos como o trabalho do Grupo Girassol, ligado à Associação de Voluntários do Hospital São José (AVHSJ).

Outro ponto positivo é a articulação ativa e direta das direções que já passaram pela unidade. Desde sua criação, o HSJ teve direção geral de Lúcio Gonçalo de Alcântara, Valdenor Benevides Magalhães, Antonio Maia Pinto, Evangelina Maria Pompeu Roberto, Maria Airtes Vitorino,

Anastácio de Queiroz Sousa, Roberto da Justa Pires Neto, Tânia Mara Silva Coelho e chega aos 50 anos sob a direção de Edson Buhamra Abreu.

Atualmente, a unidade conta com cerca de 920 funcionários e reúne grande leque de serviços com ambulatorios especializados, emergência 24 horas, Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Dia, Programa de Atendimento Domiciliar, imagenologia, laboratório, farmácia, entre tantos outros serviços.

PERSPECTIVA DO HSJ

PROPÓSITO

Contribuir para o bem-estar e felicidade das pessoas.

MISSÃO

Cuidar de pessoas portadoras de doenças infecciosas com excelência e geração de conhecimento.

VALORES

- Resultado centrado no cidadão;
- Humanização do atendimento;
- Valorização das pessoas;
- Transparência;
- Conhecimento e inovação.

VISÃO ATÉ 2023

Ser reconhecido pela sociedade e comunidade científica por sua excelência no cuidado, prevenção, ensino e pesquisa de doenças infecciosas.



Foto: Tatiana Fortes - Governo do Ceará



MIOCARDITE EM PACIENTE COM INFECÇÃO POR SARS-COV-2: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Luis Arthur Brasil Gadelha Farias¹, Cícero Allan Landim de Oliveira Lima^{1,2}

Francisco Breno Ponte de Matos^{1,2}, Fernanda Remígio Nunes², Lisandra Serra Damasceno^{2,3}

1 Programa de Residência Médica da Escola de Saúde Pública (ESP-CE), 2 Hospital São José de Doenças Infecciosas

3 Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC)

INTRODUÇÃO

A doença do novo coronavírus, também conhecida como COVID-19, é causada pelo vírus SARS-CoV-2, um betacoronavírus RNA, de provável origem zoonótica isolado inicialmente na cidade de Wuhan, na China.¹ A doença caracteriza-se clinicamente pela presença de sintomas gripais, porém, em pacientes com comorbidades ou idade avançada, pode ser responsável pela síndrome respiratória aguda grave (SRAG) que pode evoluir ao óbito.² A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou pandemia global pelo COVID-19 em 11 de Março de 2020.³ Até 26 de Setembro de 2020, havia o registro de mais de 32 milhões de casos confirmados, com mais de 970 mil óbitos pela doença no mundo.⁴ No Brasil, até 26 de Setembro de 2020, foram registrados 4.718.115 casos, com 4.050.837 recuperados e 141.441 óbitos.⁵

Com o aumento do número de casos confirmados e o acúmulo de dados clínicos, além da apresentação clínica comum da insuficiência respiratória causada pelo SARS-CoV-2, as manifestações cardiovasculares

induzidas por essa infecção viral têm gerado preocupação considerável. Uma miríade de manifestações cardiovasculares relacionadas à COVID-19 têm sido descritas como arritmias, insuficiência cardíaca aguda, síndrome coronariana, miocardite, pericardite, tamponamento cardíaco e morte súbita.

O presente trabalho objetiva relatar o caso de um paciente do sexo masculino que evoluiu com quadro compatível com miocardite relacionada à COVID-19, discutindo os principais achados e atualizações no que tange às manifestações cardíacas pela infecção do SARS-CoV-2 descritas na literatura. O estudo foi conduzido através da revisão de prontuário, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ) (CAAE 35017820.1.0000.5044).

RELATO DO CASO

Homem, 50 anos de idade, natural e procedente de Fortaleza-CE, com história prévia de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), deu entrada na emergência de um hospital de doenças infecciosas apresentando

febre, calafrios, odinofagia, mialgia, tosse seca e dispneia progressiva há aproximadamente 10 dias. Exame físico admissional revelou a presença de crepitações pulmonares bilaterais com saturação de oxigênio (SpO₂) de 93% em ar ambiente, com frequência respiratória de 26 irpm. Demais aspectos do exame físico sem alterações. Tomografia computadorizada (TC) de tórax revelou a presença de opacidades em vidro fosco periféricas, principalmente em bases, acometendo 25-50% dos campos pulmonares. Exames como hemograma, coagulograma, dosagem sérica de lactato desidrogenase (LDH), D-dímero, transaminases, escórias nitrogenadas e sumário de urina estavam normais. Proteína C reativa (PCR) encontrava-se elevada (35mg/L). Troponina à admissão foi negativa. Não havia alterações ao eletrocardiograma (ECG). VDRL, sorologias para HIV, hepatite B e C foram negativas. Reação em cadeia da polimerase de swab nasofaríngeo resultou positivo para SARS-CoV-2.

Durante o internamento, o paciente evoluiu com dispneia, necessitando de oxigênio suplementar por



Foto: Acervo Jornal O POVO

cateter nasal (2 L/min) a fim de manter uma SpO₂ acima de 94%. Dexametasona 10 mg/dia foi usado durante cinco dias, associada à terapia antiparasitária. No 7º dia de internamento hospitalar (DIH), o paciente apresentou piora súbita da dispneia e sinais de congestão pulmonar. Nova TC de tórax com contraste, doppler de membros inferiores e novo D-dímero estavam sem alterações. Novo ECG figura 1 revelou hipertrofia de átrio esquerdo. Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) revelou fração de ejeção de 24%, com hipocinesia do ventrículo esquerdo, insuficiência tricúspide, aórtica e mitral leves. Nova troponina revelou-se positiva. Paciente evoluiu com melhora após introdução de terapia com caverdilol 37,5mg/dia, espironolactona 25mg/dia e enalapril 40mg/dia. Terapia antimicrobiana com piperacilina-tazobactam foi iniciada devido à suspeita de pneumonia bacteriana secundária, porém utilizada em um tempo curto, após o diagnóstico da miocardite. No 10º DIH, paciente recebeu alta hospitalar assintomático para acompanhamento ambulatorial e realização de ECOTT de controle.

DISCUSSÃO

COVID-19 é uma nova entidade clínica que pode acarretar quadros graves, principalmente de cunho respiratório, com potencial para o óbito.^{1,2} No entanto, outros órgãos e sistemas também podem ser acometidos, como o sistema nervoso central, cardiovascular, cutâneo e renal. Shi et al. descreveu em estudo com 416 pacientes hospitalizados a presença de lesão cardíaca em 82 pacientes, com maior mortalidade nestes pacientes neste grupo de pacientes (51,2% vs. 4,5%; p < 0,001).

Miocardite infecciosa é uma condição potencialmente letal que pode estar relacionada a causas infecciosas e não infecciosas. Dentre as infecções virais, as causas mais comuns são os adenovírus (A 1, 2 ,3, e 5), eritrovírus [1 (B19V) e 2], herpes vírus humano 6 A/B, citomegalovírus, Epstein-Barr, varicella-zoster, HIV, coxsackie A e B, ecovírus, poliovírus, vírus da hepatite, influenza, vírus sincicial respiratório, vírus da rubéola, dengue e febre amarela. Cerca de 32 casos de miocardite relacionada à infecção pelo SARS-CoV-2 já foram descritos desde o início da pandemia. A tabela 1 revela o perfil demográfico, método diagnóstico e desfecho dos casos de miocardite associada ao COVID-19 relatados na literatura.

Zeng et al. publicaram um relato de caso em um paciente de 63 anos com COVID-19, que apresentava na admissão sinais de pneumonia, e sintomas cardiovasculares, com troponina I elevada, discinesia miocárdica difusa, e diminuição da fração de ejeção do ventrículo esquerdo ao ecocardiograma, semelhante ao caso relatado no presente estudo. Em apenas um caso publicado na literatura foi possível a realização de biópsia do miocárdio que foi compatível com miocardiopatia de origem viral, com RT-PCR positivo para SARS-CoV-2 no tecido cardíaco. Outros casos descritos revelaram a extensão do acometimento cardíaco até o pericárdio, causando complicações como tamponamento cardíaco. Exames tomografia computadorizada cardíaca ou a ressonância magnética são recomendados para uma melhor avaliação do acometimento miocárdico.

No caso clínico aqui relatado, o diagnóstico foi dado baseado nas

manifestações clínicas, positivação da troponina durante o internamento e alteração miocárdica evidenciada no ECG e ECOTT, com reversibilidade do quadro após terapia específica para disfunção miocárdica. Ressonância magnética ou tomografia cardíaca não estavam disponível em nosso serviço. Hussain et al. também relataram um caso de miocardite relacionada à COVID-19 com o diagnosticado baseado apenas nas alterações clínicas, das enzimas cardíacas e eletrocardiográficas. Outros autores descreveram casos de miocardite associada à infecção pelo SARS-CoV-2 baseado apenas nas manifestações clínicas, e nas alterações observadas no ECG e ECOTT.

A fisiopatologia do envolvimento miocárdico na COVID-19 ainda não está bem esclarecida. Acredita-se que um aumento no estresse cardíaco devido à insuficiência respiratória e hipoxemia possam estar relacionados, bem como a ocorrência de síndrome coronariana aguda, lesão indireta por resposta inflamatória sistêmica e infecção direta do miocárdio por SARS-CoV-2.

Portanto, as complicações cardíacas graves da COVID-19, como miocardite e insuficiência cardíaca, devem sempre ser monitoradas, já que esta complicação tem sido cada vez mais observada nos pacientes com infecção SARS-CoV-2. Este é o primeiro caso descrito no Ceará de miocardite infecciosa associada à infecção por SARS-CoV-2. Mais estudos são necessários para compreender os aspectos clínicos, fisiopatológicos e tratamento da miocardite relacionada à COVID-19.

REFERÊNCIAS

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020;395(10223):497-506. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).

2. Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. Nature. 2020;579(7798):270-3. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>.

3. World Health Organization (WHO). Discurso de abertura do Diretor-Geral da OMS na conferência de imprensa sobre COVID-19, realizada em 11 de março de 2020 [Internet]. Genebra: WHO; 2020; [acesso em 27 de Setembro de 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-oncovid-19---11-march-2020>.

4. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (Covid-19) pandemic [Internet]. Genebra: WHO; 2020; [acesso 27 de Setembro de 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.

5. Ministério da Saúde (MS). Covid-19 no Brasil [Internet]. Brasília: MS; 2020; [acesso 27 de Setembro de 2020]. Disponível em: https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html.

Autor	Título	Mês/Ano	País	Idade	Sexo	Diagnóstico	Desfecho
<i>Zeng JH. et al.</i> ¹²	First case of COVID-19 complicated with fulminant myocarditis: a case report and insights.	Out/2020	China	63	M	Sintomas clínicos, troponina elevada e ecocardiograma.	óbito
<i>Kim IC. et al.</i> ¹³	COVID-19-related myocarditis in a 21-year-old female patient	Mai/2020	Coreia do Sul	21	F	Troponina e NT-PROBNP elevados, Tomografia cardíaca, Ressonância magnética cardíaca	ND
<i>Paul JF. et al.</i> ¹⁴	Myocarditis revealing COVID-19 infection in a younWg patient	Jul/2020	França	35	M	Troponina elevada, ressonância magnética cardíaca	Alta hospitalar
<i>Inciardi NM.</i> ¹⁵	Cardiac Involvement in a Patient With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)	Jul/2020	Itália	53	F	WClinica, laboratório e ressonância magnética cardíaca	Alta hospitalar
<i>Ortiz Al. et al.</i> ¹⁶	Fulminant myocarditis due to COVID-19	Abr/2020	Espanha	59	F	Troponina e NT-PROBNP elevados, eletrocardiograma e ecocardiograma	Alta hospitalar
<i>Doyen D. et al.</i> ¹⁷	Myocarditis in a patient with COVID-19: a cause of raised troponin and ECG changes	Mai/2020	França	69	M	Clínica, laboratório, eletrocardiograma, ecocardiograma e ressonância magnética cardíaca.	Alta hospitalar
<i>Trogen B. et al.</i> ¹⁸	COVID-19-Associated Myocarditis in an Adolescent	Ago/2020	EUA	17	M	Clínica, laboratório e ressonância cardíaca	Alta hospitalar
<i>Coyle J. et al.</i> ¹⁹	A Recovered Case of COVID-19 Myocarditis and ARDS Treated With Corticosteroids, Tocilizumab, and Experimental AT-001	Jul/2020	EUA	57	M	Clínica, laboratório, eletrocardiograma, ecocardiograma, ressonância magnética cardíaca	Alta hospitalar
<i>Luetkens JA. et al.</i> ²⁰	Diffuse Myocardial Inflammation in COVID-19 Associated Myocarditis Detected by Multiparametric Cardiac Magnetic Resonance Imaging	Mai/2020	Alemanha	79	M	Clínica, laboratório, eletrocardiograma, ecocardiograma, ressonância magnética multiparamétrica cardíaca	Alta hospitalar
<i>Sala S. et al.</i> ²¹	Acute myocarditis presenting as a reverse Tako-Tsubo syndrome in a patient with SARS-CoV-2 respiratory infection	Mai/2020	Itália	43	F	Clínica, troponina e NT-PROBNP elevados, eletrocardiograma e ecocardiograma.	ND
<i>Besler M. et al.</i> ²²	Acute myocarditis associated with COVID-19 infection	Jun/2020	Turquia	20	M	Clínica, laboratório e ressonância magnética cardíaca	Alta hospitalar
<i>Kesici S. et al.</i> ²³	Fulminant COVID-19-related myocarditis in an infant	Ago/2020	Turquia	2	M	Troponina elevada, ecocardiograma, histopatológico	ND
<i>Rehman M. et al.</i> ²⁴	Atypical Manifestation of COVID-19-Induced Myocarditis	Jun/2020	EUA	39	M	Clínica, laboratório e eletrocardiograma	Alta hospitalar
<i>Purohit R. et al.</i> ²⁵	Acute Myopericarditis with Pericardial Effusion and Cardiac Tamponade in a Patient with COVID-19	Jul/2020	EUA	82	F	Troponina, eletrocardiograma, ecocardiograma, tomografia computadorizada de tórax	Alta hospitalar
<i>Katri A. et al.</i> ²⁶	Coronavirus disease 2019 (Covid-19) presenting as purulent fulminant myopericarditis and cardiac tamponade: A case report and literature review	Jun/2020	EUA	50	M	Troponina e NT-PROBNP, eletrocardiograma, ecocardiograma	Alta hospitalar
<i>Pavon AG. et al.</i> ²⁷	Share First Documentation of Persistent SARS-Cov-2 Infection Presenting with Late Acute Severe Myocarditis.	Ago/2020	Suíça	64	M	Clínica, Troponina, D-dímero, ressonância magnética cardíaca	Alta hospitalar
<i>Richard G. et al.</i> ²⁸	An Atypical Presentation of Fulminant Myocarditis Secondary to COVID-19 Infection.	Jul/2020	EUA	28	F	Clínica, laboratório, eletrocardiograma, ecocardiograma e ressonância magnética cardíaca	Alta hospitalar
<i>Gnecchi M. et al.</i> ²⁹	Share Myocarditis in a 16-year-old boy positive for SARS-CoV-2.	Jun/2020	Itália	16	M	Clínica, laboratório, eletrocardiograma, ecocardiograma e ressonância magnética cardíaca	Alta hospitalar
<i>Naneishvili T. et al.</i> ³⁰	Fulminant myocarditis as an early presentation of SARS-CoV-2.	Set/2020	Reino Unido	44	F	Clínica, laboratório, eletrocardiograma, ecocardiograma	Alta hospitalar
<i>Garot J. et al.</i> ³¹	SARS-CoV-2 Fulminant Myocarditis.	Jul/2020	França	18	M	Clínica, laboratório, eletrocardiograma, ecocardiograma e ressonância magnética cardíaca	Alta hospitalar
<i>Hussain H. et al.</i> ³²	Coronavirus (COVID-19) Fulminant Myopericarditis and Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) in a Middle-Aged Male Patient.	Jun/2020	EUA	51	M	Clínica, laboratório, eletrocardiograma	Alta hospitalar

ND: Não disponível. M: masculino. F: Feminino. Mai: Maio. Jun: Junho. Jul: Julho. Aug: Agosto. Set: Setembro. Out: Outubro.



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR SARS-COV-2 NO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS

Madalena Isabel Coelho Barroso¹, Antônia Rosileide Pinheiro^{1,4}, Raquel Amâncio Correia¹,
Heloísa Helena Oliveira de Deus¹, Claudevan Pereira Freire^{2,3}

1 Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Hospital São José de Doenças Infecciosas; 2 Serviço de Farmácia. Hospital São José de Doenças Infecciosas;
3 Mestrado em Saúde Pública. Universidade Federal do Ceará; 4 Especialização em Nefrologia. Universidade Estadual do Ceará

1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que o surto pela Doença do coronavírus 19 (COVID-19) é uma pneumonia aguda bastante grave causada pelo SARS-CoV-2 iniciada em dezembro de 2019 em Wuhan, província da China e declarada como emergência de Saúde Pública de importância internacional em janeiro de 2020 e de importância nacional em 03 de fevereiro de 2020 pelo Ministério da Saúde do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) foram notificados 31.425.029 casos de COVID e 967.164 mortes desde o início da pandemia até setembro de 2020 e no Ceará foram registrados 8.882 óbitos e na capital, 3.846 óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

No final de fevereiro de 2020, o Brasil registrou o primeiro caso importado da Itália. No dia 20 de março o MS anunciou transmissão comunitária em todo território nacional depois da ocorrência de casos autóctones. Até 5 de maio, já haviam cerca de 100 mil casos notificados e 9.897 óbitos pela COVID-19 confirmados por PCR (CORREIA et al, 2020).

Ela apresenta elevada transmissibilidade e distribuição global dos casos infectados. Sua transmissão ocorre principalmente entre pessoas por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminados. O vírus rapidamente infectou muitos indivíduos.

Relata-se que há um grande número de casos de óbitos sem confirmação diagnóstica. Utilizam-se principalmente o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) para a notificação dos óbitos nos grandes centros urbanos onde se concentra a epidemia, embora com causa da morte ainda mal definida ou imprecisa. Tratando-se de COVID-19 acredita-se que haja relevante subnotificação dos casos de óbito por alguns empecilhos como dificuldade na identificação, ausência de coleta de material para o PCR, ou na má qualidade dessa amostra para análise ou diagnóstico não concluído na hora do óbito (FRANÇA et al, 2020).

Estudos mostram a relação entre o aparelho circulatório e a COVID-19: o vírus pode causar alterações cardiovasculares. Estudo observacional transversal envolvendo 197 óbitos por COVID-19 que tinham

pelo menos uma doença do aparelho circulatório previamente (SOUZA et al, 2020).

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal realizado entre março a setembro de 2020 no Hospital São José de Doenças Infecciosas. Foram analisadas as seguintes variáveis: Idade, sexo e município. Os dados foram obtidos através dos prontuários e das fichas de notificação para casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG-HOSPITALIZADO) do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica.

Os dados foram coletados e analisados através do programa LibreOfficeCalc e apresentado por meio de gravuras.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram notificados 250 casos de óbito ocasionados por COVID-19 nessa unidade hospitalar referência em doenças infecciosas e confirmados 210 casos. Até o momento 4 casos ainda se encontram sob investigação e outros 36 já foram descartados.



Houve prevalência dos óbitos na população masculina (n = 120 57,1%), enquanto que no feminino foi de 90 casos (42,9%) esses dados vão ao encontro do Boletim Epidemiológico da 44ª semana (SESA, 2020) em que 56,5% casos eram do sexo masculino, 38,0 % do sexo feminino, e 5,5% sem informação.

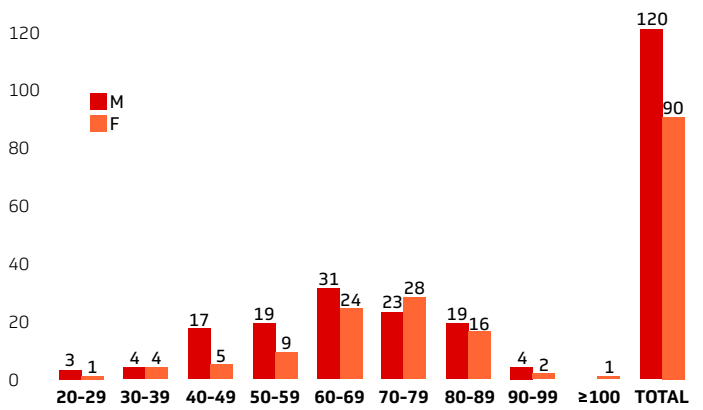
Quadro 1: Variáveis analisadas de casos de óbito por COVID-19 no HSJ com valores absolutos e frequências relativas de março de 2020 até o dia 30/09/2020.

Variável	Frequências	
Sexo	N	%
Masculino	120	57,1
Feminino	90	42,9
Status do Sistema de Informação de Agravos de Notificação		
Notificados	250	50,0
Confirmados	210	42,0
Descartados	36	7,2
Investigação	4	0,8
Município		
Fortaleza	158	75,2
Acarape	1	0,5
Alto Santo	1	0,5
Baturité	3	1,4
Boa Viagem	1	0,5
Cascavel	4	1,9
Caucaia	6	2,9
Chorozinho	1	0,5
Eusébio	1	0,5
Guaiúba	5	2,4
Itaitinga	1	0,5
Itapajé	1	0,5
Jaguaribe	1	0,5
Maracanaú	3	1,4
Maranguape	1	0,5
Ocara	1	0,5
Pacoti	4	1,9
Palhano	1	0,5
Pentecoste	2	1,0
Pindoretama	1	0,5
Redenção	11	5,2
São Gonçalo	1	0,5
Tejuçuoca	1	0,5
Total	210	100,0

Fonte: Dados do SIVEP-GRIPE

Os óbitos de pacientes que mais prevaleceram foram de Fortaleza n= 158 (75,2%), Redenção n= 11 (5,2%), Caucaia n= 6 (2,9%) e Guaiúba n= 5 (2,4%). Dados do boletim estadual (SESA, 2020) indicam que a capital apresenta a maior prevalência nos casos de óbito por COVID-19. O fato se justifica devido a população de Fortaleza ser a maior em todo o estado do Ceará com população estimada para 2020 de 2.686.612 habitantes, densidade demográfica de 2010, em torno, 7.786,44 hab/km² (IBGE, 2020).

Gráfico 1: Diagrama da relação entre os sexos de óbitos por COVID-19 no HSJ com valores absolutos e frequências relativas de março de 2020 até o dia 30/09/2020.



Fonte: Dados do SIVEP-GRIPE

A prevalência do intervalo de idades entre os óbitos foi de 60-79 anos de idade. Verificou-se a maior prevalência em homens entre 60-69 anos de idade. Dados da Secretaria de Saúde (2020) informam que a média de óbitos foi de 68 anos. Atenta-se ao fato do registro de óbitos (n = 12) na população abaixo de 40 anos de idade (Cavalcante et al, 2020).

5. CONCLUSÃO

A COVID-19 surgiu no mundo de forma inesperada e rápida no espaço e tempo de atingir vários países de forma contínua e progressiva. Autoridades de todo o mundo estavam diante de uma nova pandemia causada pelo SARS-CoV-2. O desfecho para muitos indivíduos foi a morte.

Os Serviços de Vigilância Epidemiológica tornaram-se mais importantes para doenças transmissíveis de rápida disseminação, em especial nas pessoas imunodeprimidas, pois a oportunidade de detecção o mais rápido possível da introdução de medidas preventivas e disseminação na população, possibilitando medidas de controle a tempo hábil.

Percebeu-se grande problema para os casos suspeitos de COVID-19 devido a demora de protocolos nacionais e má interpretação dos divulgados pela OMS todos com clínica compatível com a doença mesmo que sem exames confirmatórios.

França e colaboradores (2020) chegaram à conclusão que em situações de pandemia as precárias assistências médica na fase terminal da doença ou más condições de trabalho médico nos Prontos-Socorros corroboraram para o mal preenchimento das declarações de óbito o que compromete o conhecimento real da magnitude das mortes por COVID-19 declarados como outras causas.

BIBLIOGRAFIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019.** Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas COVID-19. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2020.

Corrêa, PRL; Ishitani, LH; Abreu, DMX; Teixeira, RA; Marinho, F; França, EB. **A importância da vigilância de casos e óbitos e a epidemia da COVID-19 em Belo Horizonte, 2020.** Revista Brasileira de Epidemiologia, 2020.

França, EB; Ishitani, LH; Teixeira, RA; Abreu, DMX; Corrêa, PRL; Marinho, F; Vasconcelos, AMN. **Óbitos por COVID-19 no Brasil: quantos e quais estamos identificando?** Revista Brasileira de Epidemiologia, 2020.

Souza, CDF; Leal, TC; Santo, LG. **Doenças do Aparelho Circulatório em Indivíduos com COVID-19: Descrição do Perfil Clínico e Epidemiológico de 197 Óbitos.** Carta ao Editor. Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Cavalcante, JR; Abreu, AJL. **COVID-19 no município do Rio de Janeiro: análise espacial da ocorrência dos primeiros casos e óbitos confirmados, 2020.**

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Doença pelo novo coronavírus.** Boletim Epidemiológico nº 44, Ceará, 2020.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama da População de Fortaleza.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>. Acesso em 30/09/2020.



Foto: Acervo Jornal O POVO



DEFENDER O SUS: POR QUE É URGENTE? POR QUE É PRECISO?

Maria Elisabeth Sousa Amaral¹

1 Gerente do Serviço Social e Mestre Gestão, Planejamento e Políticas de Saúde

O Hospital São José fez bonito nos 30 anos de regulamentação do SUS, numa semana cívica, alegre, criativa, provocadora e formativa. Sim, é preciso defender o SUS! Assim como no HSJ, todos os dias, milhares de trabalhadores de todas as categorias profissionais devotam seu tempo e saber a acolher, tratar, gerir e cuidar de pessoas, processos e serviços assistenciais da mais alta relevância para a sociedade. As jornadas diárias são extenuantes, sobretudo nestes tempos de pandemia.

Mergulhados nas tarefas diárias, trabalhadores do SUS são tragados pelo fazer, sobrando pouco tempo ou nada para refletir sobre o SUS como Sistema Universal, Público e Gratuito, esteio para 7 em cada 10

brasileiros que precisam de cuidados assistenciais. Hoje o SUS está gravemente ameaçado de cumprir o seu papel em função da Emenda Constitucional 95 de 2016 que congelou seus recursos por 20 anos. Paíra, desde então, dúvidas quanto ao ditame constitucional expresso no Art. 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Dados do Conselho Nacional de Saúde informam que, somente em 2019, a perda de investimentos na área representou R\$ 20 bilhões, o que significa, na prática, a desvinculação do gasto mínimo de 15% da receita da União com a Saúde. Com o orçamento congelado por 20 anos, o prejuízo ao Sistema Único de Saúde pode ultrapassar R\$ 400 bilhões, afirma o presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Fernando Pigatto. Contudo, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2019), a parcela da população com mais de 65 anos era de 10,5% em 2018, e poderá atingir um percentual de 15%, em 2034, alcançando 25,5% em 2060, o que se traduz no incremento substancial por demandas de toda ordem e em todas as redes assistenciais de saúde, porém, num contexto de desfinanciamento do SUS e não mais de subfinanciamento.

Por que então refletimos tão pouco sobre isso? Por que esta pauta não convoca ou mobiliza de forma permanente todos que têm sua



história de vida associada aos serviços públicos de saúde? Por que os usuários parecem tão alheios a estas preocupações? Por que a sociedade brasileira como um todo não defende o SUS como um valor universal? Para esta pergunta não há resposta simples, pois demanda uma práxis como reflexão e ação de sujeitos coletivos como, por exemplo, a inquietação de profissionais de saúde em seus locais de trabalho, suas entidades de classe, conselhos de saúde, universidades, associações de usuários, partidos políticos, enfim, um conjunto que expresse o pensamento da sociedade sobre a importância de se ter e manter o SUS como a maior política pública de saúde do povo brasileiro, pois



representa uma das maiores conquistas civilizatórias da sociedade no século passado.

Talvez uma pequena contribuição tenha sido dada pelo HSJ na semana de aniversário da regulamentação do SUS. Passo 1: ‘fazer memória’, buscar no baú da história o conjunto de avanços e conquistas através da construção da linha do tempo em forma de árvore e cada galho espalhando os frutos do trabalho de tantos, na formulação e efetivação de políticas de saúde, as mais variadas porque muitas e diversas são as necessidades da população.

Mobilização através das imagens, frases, faixas, mensagens, vídeos e símbolos que nos fazem enxergar que somos sim, um coletivo que defende a vida, mas não como crença vazia, ausente de leitura e reflexão crítica, mas consubstanciada num Sistema que sustenta esta grande arquitetura que é o SUS e que se expressa por diversos serviços assistenciais e de vigilância em saúde.

Pequenos diálogos, rodas de conversa com profissionais e usuários, porque sem reflexão não há tomada de consciência e consequentemente não há ação que reverbere e seja capaz de gerar mudanças.

Palestra sobre o SUS como política pública e discussões sobre a EC/95 de 2016 atingindo as forças vivas do HSJ e momentos de pura alegria e celebração, com direito a bolo, balões, músicas, poesia e cordel.

Em 2006 o Ministério da Saúde publicou o Pacto pela Saúde, Portaria 333/2006 que convocou os gestores nas três esferas do governo, a dar ênfase nas necessidades de saúde da população, implicando o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Em 2020, quando comemoramos o aniversário da regulamentação do SUS, vemos o quão atual é o Pacto em Defesa do SUS, pois se trata de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. Dentre as prioridades do Pacto em Defesa do SUS estão:

IMPLEMENTAR UM PROJETO PERMANENTE DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL COM A FINALIDADE DE:

- Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;
- Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;
- Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde;
- Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.



Vimos ao final desta bela semana, que o ato de Defender o SUS é tarefa diária e de todos os profissionais de saúde nos seus espaços de prática e junto aos usuários, devendo estar associada a qualquer iniciativa ou processo de educação permanente sobre protocolos, rotinas, fluxos, porque não há cisão mas confluência nesta construção que é de todos nós.

VAMOS CONTINUAR DEFENDENDO O SUS! O SUS NÃO É DE NENHUM GOVERNO, O SUS É DO POVO BRASILEIRO.





DO TEMPO DO BUMBA | Artigos

COVID-19 EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA – GRUPO DE RISCO OU COMPLICAÇÃO NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA?

Lia Cordeiro Bastos Aguiar¹, Flávia Dias Silveira², Márcia Dias Silveira³, Melissa Soares Medeiros⁴

1. Professora Centro Universitário Unichristus/ Nefropediatra no Hospital Infantil Albert Sabin; 2. Nefropediatra Hospital Infantil Albert Sabin
3. Acadêmica de Medicina UECE, 4. Professora Centro Universitário Unichristus /Infectologista Hospital São José

INTRODUÇÃO

Com a expansão da infecção pelo Coronavírus (COVID-19), a identificação de fatores preditores de formas mais graves da doença têm sido indispensável para permitir estratificação de pacientes de maior risco, otimizar distribuição de recursos da saúde e guiar recomendações e intervenções dos órgãos responsáveis pela saúde pública. Em adultos, já existe a descrição de que a Doença Renal Crônica (DRC) é associada a maior risco de pneumonia pelo coronavírus tanto em pacientes internados como ambulatoriais. Além disso, a mortalidade parece ser maior que na população em geral em cerca de 14 a 16 vezes¹.

Na faixa etária pediátrica, a literatura sobre associação entre COVID-19 e DRC ainda é escassa. Nesse estudo, fizemos uma revisão da literatura pertinente buscando responder se as crianças portadoras de DRC são grupo de risco para quadros graves de infecção pelo coronavírus e se o uso de terapia imunossupressora por doença de base pode complicar sua evolução.

MÉTODOS

Realizamos uma pesquisa nas bases eletrônicas de pesquisa (Pubmed) utilizando os termos: “Coronavírus” “Chronic kidney disease” “Pediatric”, buscando textos publicados entre 2019 e a data atual, sem restrição de língua. Encontramos 29 publicações que foram avaliadas na íntegra pelos autores. As publicações consideradas mais relevantes (por maior tamanho de amostra, ou maior detalhamento clínico dos casos) foram selecionadas e descritas na discussão. Também buscamos dados com grande relevância estatística em fontes oficiais (Ministério da Saúde) para melhor descrever a situação atual da infecção por coronavírus no Brasil e especialmente na região Nordeste.



DISCUSSÃO

A pandemia pelo coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2) tem sido responsável por inúmeras mudanças científicas, econômicas e sociais. Constatamos uma corrida de estudiosos do mundo inteiro em busca de um melhor conhecimento sobre o novo vírus e de estratégias para combatê-lo.

Pertencente à família Coronaviridae, o SARS-CoV-2 é um vírus de RNA capaz de causar sintomas respiratórios variados, desde quadros leves à síndrome respiratória aguda grave (SRAG). A transmissão ocorre por gotículas

e, até o momento, acredita-se que pessoas portadoras assintomáticas são capazes de transmitir o vírus.^{2,3}

No Brasil, até 4 de outubro de 2020, foram confirmados 4.915.289 casos de COVID-19 em todas as faixas etárias, com uma letalidade de 3%. No Nordeste, neste mesmo período, foram 1.341.190 pessoas acometidas pela doença, com cerca de 3% de óbitos⁴.

Na faixa etária pediátrica (0 a 19 anos), até a 39ª semana epidemiológica foram registrados 9965 crianças hospitalizadas por síndrome respiratória aguda grave associada ao SARS-CoV-2. Neste mesmo período foram 776 casos de Influenza nesta mesma faixa etária. Os óbitos por SRAG associada COVID-19 foram 939, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 9,4%. Em

relação aos óbitos registrados por SRAG associada à Influenza foram 39 (5%)⁴.

Em relação à influência das patologias de base nesses dados epidemiológicos, constata-se que a presença de comorbidades está associada a um aumento na taxa de mortalidade em todas as faixas etárias, porém mais evidente em maiores de 60 anos. Entre as semanas epidemiológicas 8 e 39, 64% dos óbitos ocorreram em pacientes que apresentavam pelo menos uma comorbidade ou fator de risco para a doença. As condições que mais se associaram a esse tipo de evolução grave foram cardiopatias, diabetes e doença renal⁴.

Estudos envolvendo adultos descrevem a associação de doença renal crônica com a pior evolução dos casos de infecção por SARS-CoV-25. Essa relação não está bem estabelecida na população pediátrica, com poucos dados na literatura sobre este tema.

Um estudo chinês realizado com 1391 crianças testadas para infecção por SARS-CoV-2 devido à sintomatologia ou história de contato com indivíduos sintomáticos para COVID-19, 171 tiveram RT-PCR positivo. A média de idade foi 6,7 anos e as queixas mais comuns foram febre, tosse e dor de garganta. Das 171, 15,8% eram assintomáticas e só foram testadas devido ao histórico de contato com pessoas sintomáticas. Três pacientes evoluíram com maior gravidade, necessitando de unidade de terapia intensiva e de ventilação mecânica invasiva, sendo todos portadores de outras patologias (hidronefrose, leucemia, intussuscepção). Uma criança veio a óbito após 4 semanas de internação, esta tinha história de intussuscepção⁶.

Na Espanha, um estudo retrospectivo realizado no período de 1 de março a 15 de abril, envolvendo 16 crianças portadoras de doenças renais que tiveram infecção por SARS-CoV-2, verificou-se uma evolução favorável dos pacientes. Esse estudo incluiu crianças internadas e ambulatoriais que tiveram o teste RT-PCR positivo para SARS-CoV-2. O exame foi indicado baseado em um dos seguintes critérios: criança sintomática ou contato com paciente sabidamente portador do vírus. Como resultado, verificou-se que nenhuma das crianças necessitou de uso de oxigenoterapia ou cuidados intensivos e nenhuma evoluiu para óbito. Em relação à sintomatologia, 62,5% das crianças apresentavam tosse ou rinorreia, 50% febre, 25% sintomas gastrointestinais e 19% delas eram assintomáticas. Das 16 crianças deste estudo, 8 foram assistidos ambulatorialmente e 8 hospitalizados. Três pacientes foram diagnosticados com lesão renal aguda à admissão, 2 deles devido à baixa ingestão de líquidos e um devido à nefrotoxicidade por Tacrolimus. Todos esses voltaram aos níveis basais de taxa de filtração glomerular após correta hidratação e suspensão da droga nefrotóxica⁷.

Desde o início dos estudos envolvendo COVID-19 e doenças crônicas, pensou-se na associação do uso de terapias imunossupressoras e uma pior evolução clínica. Esta suposição não tem sido comprovada nem em estudos pediátricos nem em adultos. Estudos italianos e espanhóis realizados com crianças portadoras de doenças renais e doenças hepáticas (autoimune e hepatocarcinoma em quimioterapia) não revelaram mudanças evolutivas em pacientes com ou sem uso da terapia imunossupressora^{7,8}. Os coronavírus não demonstraram causar doença mais grave em pacientes imunossuprimidos, isso porque a própria resposta imune do hospedeiro, uma vez desregulada e excessiva, é causa importante



Foto: Tatiana Fortes - Governo do Ceará

de dano nos tecidos durante a infecção pelo coronavírus⁹. Alguns estudos realizados em população pediátrica e adulta recomendam a suspensão ou redução da dose dos antimetabólitos e manutenção das doses dos inibidores da calcineurina em pacientes que fazem uso dessas terapias imunossupressoras e que apresentam infecção por SARS-CoV-2⁷.

Alguns relatos de casos publicados recentemente mostram a forma de acometimento da infecção pelo SARS-CoV-2 em grupos específicos de pacientes portadores de doenças renais. Vale a pena citar um relato de caso de COVID-19 em paciente portador de glomerulopatia por C3, condição rara e cujo tratamento depende de terapia imunossupressora. Neste caso especificamente, o paciente foi diagnosticado com infecção por SARS-CoV-2 concomitantemente a um quadro de sepse por *S. aureus*. Evoluiu com melhora do quadro bacteriano após instituição da antibioticoterapia, além de melhora da pneumonia por SARS-CoV-2 com oxigenoterapia não invasiva. Em relação à condição renal, contudo, paciente não apresentou recuperação da função, permanecendo em terapia hemodialítica. Essa piora progressiva da função renal foi justificada pela descompensação da doença de base (glomerulopatia por C3) e pela impossibilidade do uso do imunossupressor em vigência do quadro infeccioso¹⁰.

Ainda são necessários mais estudos sobre as formas de acometimento do SARS-CoV-2 em pacientes com doença renal crônica, uma vez que ampla é a diversidade de doenças causadoras de DRC. Supõe-se que o coronavírus possa ser um fator deflagrador na descompensação de doenças relacionadas aos rins, porém os dados na literatura ainda são escassos.

CONCLUSÃO

Apesar do curto período de tempo desde o início da pandemia pelo SARS-CoV-2, já existe grande produção científica sobre este tema. Os trabalhos referentes à COVID-19 em pacientes pediátricos portadores de doença renal crônica ainda são limitados, contudo até o momento não se verificou diferença na evolução clínica desse grupo de crianças quando comparadas às saudáveis da mesma faixa etária. Uso de terapia imunossupressora em pacientes com patologias renais também não esteve associado a pior prognóstico durante infecção pelo coronavírus.

REFERÊNCIAS

1. Henry BM, Lippi G. Chronic kidney disease is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection. *Int Urol Nephrol*. 2020 Jun;52(6):1193-1194. doi: 10.1007/s11255-020-02451-9. Epub 2020 Mar 28. PMID: 32222883; PMCID: PMC7103107.
2. Hui DSC, Zumla A. Severe acute respiratory syndrome: historical, epidemiologic, and clinical features. 2019 [acesso em 23 jun 2020]; 33(4):869-889. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7127569/>.
3. Calvo C, García López-Hortelano M, de Carlos Vicente JC, Vázquez Martínez JL. Recomendaciones sobre el manejo clínico de la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV2. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría (AEP). *Na Pediatr (Barc)*. 2020 [acesso em 05 jun 2020]; 92(4): 241.e1-241.e11. Disponível em: <https://www.analesdepediatría.org/es-recomendaciones-sobre-el-manejo-clinico-articulo-S169540332030076X>.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial. Doença pelo coronavírus COVID-19. Semana epidemiológica 39. Versão 1
5. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatrica*. 2020 [acesso em 23 jun 2020]; 109(6): 1088-1095. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.15270>.
6. Lu X, Zhang L, Du H, Zhang J, Y. Li Y, Qu J, et al. SARS-CoV-2 Infection in Children. *N Engl J Med* 2020 [acesso em 15 maio 2020]; 382:1663-1665. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc2005073?articleTools=true>.
7. Melgosa M, Madrid A, Álvarez O, Lumbreras J, Nieto F, Parada E, et al. SARSCoV-2 infection in Spanish children with chronic kidney pathologies. *Pediatr Nephrol* 2020 [acesso em 02 jun 2020]. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00467-020-04597-1>.
8. D'Antiga L. Coronaviruses and immunosuppressed patients: the facts during the third epidemic. *Liver Transpl*. 2020 Jun [acesso em 03 jun 2020]; 26(6):832-834. Disponível em: <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/lt.25756>.
9. Mandl JN, Ahmed R, Barreiro LB, Daszak P, Epstein JH, Virgin HW, et al. Reservoir host immune responses to emerging zoonotic viroses. *Cell*. 2015 Jan 15 [acesso em 15 jun 2020]; 160(1): 20-35. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4390999/>.
10. Silveira, F.D., Zuntini, K.L.D.C.R., Silveira, M.D., Rocha, K.V., Dantas, A.B.L., Dantas, B.C., Santos, C.C.Q. Infecção por SARS-CoV-2 em portador de rara glomerulopatia crônica: um relato de caso.



DIABETES E COVID-19: A AMEAÇA SILENCIOSA

Ana Maria Luna Neri Benevides¹, Jayanne Antonia Ferreira Rabelo², Pablo Ravell de Holanda Soares³, Beatriz Gurgel Barreto Cavalcante⁴, Renata Noronha Ferreira⁵, Zuila Rafaella Cavalcante de Oliveira⁶

1. Mestranda do Mestred – Programa de Mestrado em Tecnologia e Ensino da Saúde
2,3,4,5,6 Alunos da Graduação do Curso de Medicina da Unichristus

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica e complexa, representando um importante problema de saúde pública no mundo, inclusive sendo considerada uma epidemia global¹. A atual pandemia do COVID -19 acrescentou mais uma preocupação sob essa população, de modo que é visto uma maior morbidade e mortalidade nesses pacientes infectados. Estudo de dois hospitais na cidade de Wuhan, incluindo 1561 pacientes com COVID-19, mostraram que os diabéticos (9,8%) tiveram um risco aumentado para admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou para óbito². Igualmente, outro estudo de coorte realizado na Inglaterra incluindo 5693 pacientes com COVID hospitalizados, o índice de morte foi maior nos pacientes que apresentavam diabetes descontrolada³.

Em 2019, International Diabetes Federation (IDF) estimou que 8,8% da população mundial entre 20 e 79 anos vivia com diabetes, representando 415 milhões de pessoas¹. Essa condição clínica confere ao paciente risco aumentado para infecções. Estudos prévios confirmaram uma relação entre HbA1c e o risco de hospitalização por infecções gerais, principalmente relacionadas ao trato respiratório, reforçando a necessidade de definir a precisa associação da DM com o prognóstico do COVID-19⁴.

Epidemiologicamente, no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, existem mais de 13 milhões de pessoas com DM¹. Em 2017, o Brasil ocupava o quarto lugar de países com maior número de diabéticos⁵. É preciso analisar, concomitantemente, a prevalência de casos de COVID-19 no Brasil, que em 08 de outubro de 2020, havia 5.028.444⁶.

A diabetes não confere um risco aumentado para adquirir o COVID-19, porém essa doença hiperglicêmica é mais comum em pacientes que apresentam uma clínica grave do COVID-19. Um estudo na China mostrou que pacientes com diabetes apresentavam mais pneumonia grave, altas concentrações de lactato do-hidrogenasse, alanina aminotransferase e Y-glutamilttransferase⁷. Diante disso, é visto uma necessidade de realizar uma revisão de literatura com os principais aspectos encontrados na associação dessas duas doenças, COVID -19 e Diabetes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Essa revisão de literatura foi elaborada a partir de uma busca eletrônica nas bases de dados Scielo, no mês de outubro de 2020. As palavras chaves utilizadas foram “Covid-19”, “DM”, “SARS-CoV-2”, “Doenças crônicas” e suas correspondentes em inglês.

Foram encontrados 5 artigos que trouxeram significativa importância de dados e de prováveis fisiopatologias que explicam a evolução mais grave do SARS-CoV-2 em pacientes com DM.

Nos estudos incluídos nesta revisão, foram coletados os seguintes dados: Referência (título, autor e ano); Amostra (pacientes com DM e covid-19); Método (coleta de dados).

DISCUSSÃO

Artigos da literatura já comprovaram a relação entre pacientes diagnosticados com diabetes com o risco aumentado em três vezes as chances de apresentar a clínica mais grave do COVID -19 e até morrerem decorrente da doença. Cabe ressaltar que as pessoas com diabetes tipo 1 são tão suscetíveis quanto aqueles com diabetes tipo 2, entretanto, com bem menos riscos⁸. Portanto, é fundamental avaliar as implicações do COVID-19 nos pacientes com diabetes tipo 1 e 2.

Estudo mostrou que a idade avançada, obesidade, hipertensão, doenças renais crônicas que são condições clínicas normalmente associadas com a diabetes, aumentam significativamente a necessidade de um tratamento na Unidade de Terapia Intensiva com uso de ventilação mecânica⁹.

É importante salientar que, segundo um estudo publicado na Lancet, o

SARS-CoV-2 pode afetar as células β causando uma redução da secreção de insulina. Ademais, também há uma produção significativa de citocinas, que podem induzir a resistência à insulina. Com isso, ocasionando os quadros de hiperglicemias nos pacientes com COVID. Nessa perspectiva, foi visto que o aumento dos níveis de glicose no sangue podem ocorrer potencialmente não apenas em pessoas com diabetes conhecida, mas também naquelas com diabetes não diagnosticado, pré-diabetes ou com grande predisposição à doença. Portanto, é importante o controle da hiperglicemia desde o momento da hospitalização, pois pode reduzir a progressão da doença em forma grave ou morte¹⁰.

Além disso, outra análise que aborda essa relação, foi o estudo que realizou divisão em grupos com pacientes euglicêmicos na admissão ($n = 5149$), pacientes com glicose de $0,140 \text{ mg / dL}$ ($7,8 \text{ mmol / L}$), mas sem diabetes conhecida ($n = 566$), e pacientes com o diagnóstico anteriormente de diabetes ($n = 556$). Comparando esses conjuntos, a categoria que tinha os pacientes com hiperglicemia sem diabetes deteve a maior taxa de mortalidade (39% vs. 17%, razão de risco 2,20 [IC 95% 1,27-3,81], $P = 0,005$). À vista disso, a hiperglicemia foi um forte preditor de mortalidade⁸.

CONCLUSÃO

Diante destas perspectivas, sabendo das evidências que o COVID implica em indivíduos com diabetes e com outras comorbidades, é de extrema importância o controle e o manejo adequado dessas doenças crônicas, com isso reduzindo as taxas de mortalidade e morbidade.

Portanto, faz-se necessário, também, nesse momento crucial, que os profissionais da saúde abordem e esclareçam aos seus pacientes, os riscos que os indivíduos com DM abrangem no contexto do COVID.

Ademais, é imprescindível um controle adequado da hiperglicemia, visto que apresentam relação com progressão do COVID para casos graves. Nesse contexto, percebe-se que é preciso de mais estudos que comprovem a necessidade de um controle da hiperglicemia desde o momento da hospitalização e como essa abordagem pode ser feita de forma adequada.

REFERÊNCIAS

1. APICELLA, Matteo et al. COVID-19 in people with diabetes: understanding the reasons for worse outcomes. Covid, [s. l.], 17 jul. 2020. DOI [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30238-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30238-2). Disponível em: www.thelancet.com/diabetes-endocrinology. Acesso em: 8 out. 2020.
2. GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018;392(10159):1859–922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32335-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32335-3)
3. Williamson E, Walker AJ, Bhaskaran K, et al. Factors associated with COVID-19-related hospital death in the linked electronic health records of 17 million adult NHS patients. J Gen Intern Med. 2020;55(5):450–458.
4. Booth CM. Clinical features and short-term outcomes of 144 patients with SARS in the greater Toronto area. JAMA. 2003; 289: 2801–09.
5. <https://www.endocrino.org.br/international-diabetes-federation-2017/>
6. <https://covid.saude.gov.br/>
7. Shi Q, Zhang X, Jiang F, et al. Clinical characteristics and risk factors for mortality of COVID-19 patients with diabetes in Wuhan, China: a two-center, retrospective study. Diabetes Care. 2020; 43: 1382–91.
8. Riddle, C. M. Diabetes and COVID-19: Moving From News to Knowledge and a Glucose Hypothesis. August 4, 2020. American Diabetes Association. Disponível em : <https://care.diabetesjournals.org/content/43/10/2336> .
9. Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, Marder EP, Raz KM, Felix SEB, Tie Y, Fullerton KE. Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance — United States, January 22–May 30, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69:759–765
10. A.E. Caballero, A. Ceriello, A. Misra, P. Aschner, M.E. McDonnell, M. Hassanein, L. Ji, J.C. Mbanya, V.A. Fonseca, COVID-19 in people living with diabetes: An international consensus, Journal of Diabetes and its Complications, Volume 34, Issue 9, 2020.





FUXICO | Entrevista com Anastácio de Queiroz Sousa

“
A relação com
o paciente
do HSJ nos
enriquece
muito

”



Apaixonado por fotografia e estudioso do Santo Sudário, Dr. Anastácio encontra na Medicina uma maneira de refletir a gratidão que tem pela vida

A história do Hospital São José (HSJ) se confunde com a trajetória de um médico conhecido por seu perfil arrojado no trato com seus pacientes: Dr. Anastácio de Queiroz Sousa. Dos depoimentos de residentes de Medicina surpreendidos pela postura destemida do profissional à gratidão de pacientes que guardam bonitos relatos, o médico infectologista se destacou, ao longo das quase cinco décadas de carreira, por enfrentar desafios — desde os primeiros casos de Aids no Ceará até a atual pandemia de Covid-19.

Para além do profissional que é reconhecido também como referência em administração hospitalar e gestão em saúde, há um homem de perfil observador, que encontra

na fotografia uma ferramenta para registrar momentos da carreira e guardar paisagens por onde passou. Natural do município de Coreaú, Dr. Anastácio também carrega desde a infância a marca da religiosidade que, atualmente, se traduz também no interesse em pesquisar temas como o Santo Sudário.

Na entrevista a seguir, Dr. Anastácio dialoga com Dra. Tânia Mara Coelho, diretora técnica do HSJ. Os dois dividiram percepções sobre a gestão da unidade médica da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa) e sobre os aprendizados e obstáculos do novo coronavírus.

BIOGRAFIA

Anastácio Queiroz possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (1976) e residência Médica em Clínica Médica pela Universidade Federal do Ceará (1978). Realizou Doutorado em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (2009) e possui especialização em Medicina Tropical pela Universidade de Virgínia (1983) e em Doenças Infecciosas pela Universidade de Miami (1984).

Foi diretor do Hospital São José de Doenças Infecciosas no período de 1986 a 1994 e no período de 2007 a 2013. Atuou como secretário da Saúde do Estado do Ceará no período de 1995 a 2002. É professor da Universidade Federal do Ceará, lotado no Departamento de Medicina Clínica e no Departamento de Patologia e Medicina Legal.

Dra. Tânia Mara Coelho – O que levou o senhor a escolher a Medicina como caminho de vida?

Dr. Anastácio Queiroz – Na realidade, a primeira vez que eu fiz vestibular tentei para Engenharia. No vestibular, tinha uma nota mínima na primeira prova, que era a de português. O concorrente tinha que tirar, pelo menos, a nota 5. Eu, que não tinha muita experiência, respondi só o que eu tinha certeza, aí tirei 4,6 e fui reprovado (risos). Na segunda vez, resolvi fazer Medicina, porque achava médico uma profissão interessante. Não tenho nenhum familiar médico, mas é aquela coisa que você não tem uma explicação muito clara, eu quis Medicina. Meu pai ficou até meio assim, ele queria um filho engenheiro...

Dra. Tânia – Com o que mais o senhor se identificou no Hospital São José?

Dr. Anastácio – Eu trabalhei no São José por muitos anos e eu me identifiquei muito com essa pesquisa com doença infecciosa. É impressionante. Sempre o paciente tem características diferentes. O São José sempre foi um hospital muito rico em patologias. Com a doença infecciosa, muitas pessoas se recuperam 100%, diferente de outras doenças que deixam sequelas. Claro que muita gente morre, principalmente de algumas doenças, mas o fato é que é um aprendizado muito grande aqui no HSJ.

Dra. Tânia – Como a experiência no HSJ tem transformado sua vivência em relação ao contato com o outro?

Dr. Anastácio – Uma coisa que eu aprendi na Medicina, que é algo que eu digo muito para os estudantes, é que nós somos profissionais que temos a chance de ajudar as pessoas e eu acho que quando você ajuda, você é ajudado. É muito bom ajudar as pessoas.

Infelizmente tem muito sofrimento, as pessoas chegam com muita

dificuldade. Não só gente humilde, mas também gente de posse. Eu atendia um advogado que precisou rodar muito até chegar aqui no HSJ. As pessoas confiam no hospital, aí ele veio para o meu ambulatório. Ele tem uma tuberculose cutânea, tem duas úlceras na perna, um rapaz jovem, ele está há 17 meses rodando e veio para cá. São muitos casos e a gente acaba aprendendo muito.

Dra. Tânia – Doutor, nós devemos grande parte da credibilidade do HSJ ao senhor...

Dr. Anastácio – A todos nós!

Dra. Tânia – Quando se fala em HSJ, o senhor é a primeira pessoa que vem na cabeça das pessoas. Sempre acontece... ‘Dr. Anastácio ainda está por lá?’, sempre perguntam...

Dr. Anastácio – É que eu sou muito antigo... (Risos) Eu vi desaparecer daqui a poliomielite, eu vi desaparecer praticamente a raiva, o tétano, o sarampo... Eu vi chegar a AIDS... Nos primeiros casos de AIDS, tudo era muito difícil. Eu abria tórax para fazer biópsia pulmonar e para tirar pedaço do fígado, porque a patologia não queria.

Eu lembro que a gente apresentou até o primeiro trabalho com o tema num congresso, aí perguntaram por que a gente estava apresentando os casos todos de São Paulo, porque os pacientes estavam todos vindo de SP. Em todo canto, o pessoal tinha muito medo, como em todas as doenças novas.

Você vê que, com o coronavírus, todo mundo trabalhava de face shield, mas é que as doenças infecciosas deixam as pessoas com medo... E as pessoas ainda têm medo do São José, né? O medo não é do hospital, mas é das doenças... Mas acho que é muito gratificante estar aqui, pois é um hospital em que a gente aprende muito e as pessoas são muito gratas. Os pacientes trazem as coisas que eles

nem têm para a gente. Eu já recebi tudo. Já ganhei até um tatu morto temperado (Risos). Deu vontade de dizer: ‘Por que você matou o bichinho?’’. Trazem dúzias de ovos, tem gente que traz caixa de bananas no ônibus, traz castanha, as pessoas são muito gratas.

Eu me sinto muito grato por trabalhar no Hospital São José. É um aprendizado diário. Todo dia eu vejo coisas que eu não tinha visto. Tem as pessoas, os colegas todos. Eu gosto muito do grupo todo daqui.

Dra. Tânia – Qual é o maior desafio ao lidar com o estigma em torno do diagnóstico da AIDS?

Dr. Anastácio – Teve muito problema. Eu me lembro que a gente se reuniu várias vezes com hospitais privados. Sobre a AIDS, eu ouvia assim dos gestores: ‘Quando a sociedade aceitar bem, a gente interna’. Eu achei engraçado. A gente não ia internar nunca. Era muito difícil, o doente se internava na enfermaria e ninguém queria se internar. Hoje não, melhorou mais, as pessoas dividem a enfermaria sem problema, mas assim mesmo ainda tem muita discriminação.

Dra. Tânia – No caso da Covid-19, qual o maior ensinamento que o senhor extrai da pandemia?

Dr. Anastácio – Pela própria maneira como progrediu, a doença deixou todo mundo muito assustado, mas eu entendo que não devemos ter disputa entre colegas médicos. Houve muito acirramento de colegas defendendo uma coisa ou outra. Isso eu jamais tinha visto. Tanto que acabou que grandes revistas cometeram erros. Revistas como New England e The Lancet publicaram coisas que a gente percebeu que só foram publicadas porque tinha dinheiro envolvido. Depois elas se retrataram.

Eu procurei acompanhar a literatura sobre Covid-19,

desapaixonadamente, eu sei que houve muitos questionamentos com a hidroxicloroquina, por exemplo, mas tudo foi muito complexo.

Dra. Tânia – Dr. Anastácio, o São José completa 50 anos em 2020. O senhor acha que a gente teve muitos avanços? Qual avaliação o senhor faz?

Dr. Anastácio – O São José foi o primeiro hospital no Ceará que criou esse espírito do voluntariado. As pessoas faziam seleção aqui dia de sábado para trabalhar de graça e isso se disseminou no Estado. Isso nunca tinha sido feito. O hospital é um exemplo de humanização.

Mas é preciso que o São José receba um pouco mais de atenção. O que o HSJ precisa é tão pouco e as pessoas já são tão encantadas com o hospital. É claro que todo hospital tem problemas, mas existe esse encanto.

Dra. Tânia – O senhor acha que o diferencial do São José são as pessoas?

Dr. Anastácio – Indiscutivelmente. Acredito que trabalhar com pacientes que, para muitas outras pessoas, representam um risco para a vida delas torna as pessoas diferentes... O pessoal de outras especialidades tem muito medo. Aqui é mais difícil de você ter medo, pois ou você fica aqui ou não fica.

Mas com o Covid-19 foi aquela coisa que assustou. É uma doença que teve muito óbito no mundo todo e ainda hoje estamos vivendo essa perspectiva de que a doença ainda está muito presente. É muito ruim. Criou-se muito esse pânico que todo mundo morria e realmente muita gente morreu.

Dra. Tânia – Falando agora um pouco da sua família, como ela se integra a sua vida profissional?

Dr. Anastácio – Acho que a minha

mãe, que agora está com 89 anos, aceitou muito bem. Em casa, com os meninos, também está tudo bem, mas nenhum dos meus filhos quis fazer Medicina. A minha menina agora tá estudando, quer fazer Medicina depois de muitos anos. Uma coisa que eu falo sempre é que você tem que influenciar seus filhos, sem puxar... A gente deixa escolher. O meu filho gosta muito de eletrônica. Ele fez Engenharia Mecânica. Conserta tudo, relógio, rádio, impressora. É impressionante, ele faz



tudo! É claro que, às vezes, é um pouco complicado o cotidiano do médico para família, porque com a Medicina a gente se envolve. Agora, com o coronavírus, o telefone não pára, só atendendo as pessoas, é uma loucura, o WhatsApp não para. É toda hora, mas a gente se habitua.

Dra. Tânia – Qual o hobby que o senhor possui que não tem relação com o seu

trabalho?
Dr. Anastácio – O Hobby que eu tenho é a fotografia, mas fotografo muito o que tem relação com o meu trabalho. Eu tenho um filme gravado sobre tétano, que já passei para o meio digital, é muito interessante. Tenho um filme de raiva feito em câmera super 8. Mas claro que eu tenho uns projetos para fotografia de outras coisas. Já fiz muita fotografia de natureza. Tem várias coisas de fotografia que eu não concluí. Uns projetos assim

fora da Medicina. Eu tenho vontade de escrever um livro sobre o Santo Sudário. É uma das leituras mais impressionantes da minha vida. Todos os indivíduos que começaram a estudar o Sudário não pararam. É muito interessante, o Sudário é autêntico. Tenho muita documentação sobre esse assunto, já dei aula para amigos médicos, para membros da Academia Cearense de Medicina. Tem até uma comunidade que, a cada três meses, eu dou uma palestra.

Eu gostaria de ler mais, principalmente a bíblia. Eu tenho ela perto, mas eu leio menos do que eu deveria. Realmente eu sou aquela pessoa ainda muito ligada à Medicina. Agora olhando para trás, tem dois livros que eu li que ainda hoje acho interessante falar. Um é Olhai os Lírios do Campo, romance do Érico Veríssimo. O outro é A Cidadela, um romance escrito por Archibald Joseph Cronin, em 1937. É um livro muito interessante, que eu li muito jovem, mas ainda hoje eu gosto. A leitura enriquece muito a gente.

Agora de série... Grey's Anatomy eu não assisto (Risos). Tem aquele Dr. House, mas eu não gosto daquele cara (Risos). Ele é grosseiro. Não tem nenhuma série assim ou filme que me marque. Eu sou muito complicado com isso.

Dra. Tânia – O senhor tem uma relação muito profunda com a Igreja Católica. Essa profundidade aumentou ao longo dos anos?

Dr. Anastácio – Minha família toda é católica. Minha mãe escolheu meu nome em homenagem a um frade chamado Frei Anastácio, que tinha na cidade onde nasci no Interior. Eu quis até entrar no seminário, mas não deu certo. Depois, quando eu entrei na faculdade de Medicina, ficou difícil fazer outra coisa que não fosse estudar. Aí depois, quando estava na Sesa, foi do mesmo jeito, tempo muito corrido. Mas, com o tempo, minha mulher começou a frequentar o Instituto Hesed e, a partir disso, comecei a ler sobre o Sudário.

Eu acredito na criação e acredito na evolução. Eu realmente acredito que existe um ser superior. Acredito que Jesus Cristo viveu. Não tenho dúvida na minha concepção. O Sudário é a maior prova disso. Você lendo sobre o Sudário de modo aprofundado, você acredita mesmo. São muitos milagres. Para algumas pessoas, são só coincidências, mas são muitas coincidências. Algumas pessoas ligam e dizem: ‘Dr. Anastácio, eu rezo para o senhor todos os dias’.

Eu acho excelente. Todas as coisas que têm acontecido só tem dado certo, então eu não tenho nada o que reclamar. Trabalho aqui e todo mundo ajuda, muitos colegas, todos cooperativos, é um ambiente que considero nota 10. Eu acredito em Deus, quero escrever meu livro sobre Sudário e conhecer mais a Bíblia.

As pessoas são muito gratas. Às vezes, alguém me para e diz ‘olha, esse aqui é o doutor que salvou meu filho!’. Isso deixa a gente um pouco constrangido, mas mostra a gratidão das pessoas.

Dra. Tânia – O senhor acha que a maior qualidade do ser humano é a gratidão?

Dr. Anastácio – Sem dúvida. Mesmo as pessoas que agradecem pouco, mas tem aquele sentimento. Você pode passar cinco anos sem ver a pessoa, mas você sempre lembra. Tem gente que nunca dá notícia, mas não é que a pessoa não foi grata, são os hábitos que a gente tem. Você sempre tem que achar que as pessoas são boas, pois, dessa maneira, você termina mandando uma mensagem positiva mesmo que ela não seja.



Eu sou uma pessoa que conseguiu muito na vida trabalhando demais. Tenho esse número de telefone desde 1995 e eu nunca desligo. Se você ligar pra mim, pode ser quem for, eu ligo de volta. Eu sempre dou um retorno. É um hábito meu, porque se eu começar não atendendo fulano de tal porque não é meu amigo, eu vou acabar não atendendo você, que é meu amigo.

Enfim, sou muito grato e me considero um homem de sorte.





DA MULESTA | Matéria de capa

O QUE APRENDEMOS COM A PANDEMIA DE COVID-19

Ricardo Coelho Reis¹, Lisandra Serra Damasceno² e Melissa Soares Medeiros³

1. Médico Pneumologista do Hospital São José e Coordenador do CEAP (Centro de Ensino, Aperfeiçoamento e Pesquisa)

2. Médica Infectologista do Hospital São José. Professora e Pesquisadora do Departamento de Saúde Comunitária da UFC

3. Médica Infectologista do Hospital São José. Professora e Pesquisadora do Departamento de Infectologia da Unichristus

Desde dezembro de 2019, o mundo vem aprendendo a lidar com uma nova infecção respiratória, conhecida como Doença do novo coronavírus (COVID-19). Inicialmente, foi diagnosticada na China, como uma pneumonia de causa desconhecida que levava à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Em pouco tempo, já sabíamos que o agente causador desta nova doença se tratava de um RNA vírus, identificado como SARS-CoV-2, que rapidamente se disseminou entre os trópicos.

No Brasil, tivemos o primeiro caso confirmado de COVID-19 em fevereiro de 2020. Claramente havia um potencial devastador da pandemia mundialmente, devido ao adoecimento em grande escala da população, refletindo de forma contundente nos sistemas de saúde e na economia dos países afetados. O conhecimento prévio sobre outros coronavírus que atingiram o mundo nos anos de 2002 e 2012, como o SARS-CoV e o MERS, nos possibilitou entender precocemente, o modo de transmissão da doença; o alto poder de transmissibilidade do vírus; o potencial de causar doença grave; e os desafios dos cuidados intensivos que as equipes de saúde teriam pela frente.

No Ceará, os primeiros casos começaram a ser investigados em março, inicialmente em hospitais

privados que atendiam população que retornava de viagens para São Paulo, onde se detectaram os primeiros casos, e do exterior. Com diferença de poucas semanas o sistema público começou a internar seus pacientes com Covid-19. Inicialmente, tínhamos uma grande dificuldade para realizar o diagnóstico, pois apenas o LACEN estava fazendo pesquisa molecular para detectar o novo vírus. Em sendo assim, as pessoas aguardavam cerca de 15 dias para receber o diagnóstico definitivo, o que prejudicou o isolamento inicial de casos suspeitos. Ao longo dos meses, os laboratórios públicos e privados desenvolveram metodologias de diagnóstico mais rápidas e inclusive sorológicas para confirmação de casos retrativos. Com a maior velocidade nos resultados foi possível tecer estratégias de prevenção e isolamento. Definitivamente este vírus nos pegou desprevenidos, mas as medidas de controle e que exigem mudanças de hábitos também. Como num filme de ficção científica, a população se viu em isolamento e lockdown, onde o medo e as incertezas se proliferavam junto com esse novo vírus.

As observações vivenciadas a beira-leito e os dados científicos publicados foram essenciais para o manejo e condução da COVID-19, uma doença com índices elevados de letalidade. Por se tratar de doença respiratória aguda altamente transmissível, os

grandes desafios para toda a equipe de saúde e gestores, foram absorver uma grande demanda de pacientes que requeriam suporte ventilatório ao mesmo tempo; o manuseio adequado e o aumento do número de equipamentos para pacientes críticos; a adequação da estrutura física da instituição; a capacitação técnica das equipes multiprofissionais de saúde para lidar com estes pacientes; as mudanças de fluxo e de perfil de pacientes dentro do próprio hospital; e o isolamento dos pacientes de seus familiares.

A COVID-19 leva a várias disfunções orgânicas, sendo a disfunção respiratória a principal, que ocorre devido a mecanismos fisiopatológicos como a hipóxia silenciosa, a microtrombose e reação inflamatória sistêmica desregulada. Os pacientes com fatores de risco como diabetes mellitus, obesidade, doenças pulmonares prévias e doenças cardiovasculares têm mais chance de ter uma evolução desfavorável. Logo, o suporte avançado de vida aos doentes mais críticos e o tratamento das complicações devem ocorrer de forma mais precoce e efetiva. Apesar do nosso conhecimento prévio sobre a síndrome do desconforto respiratório do adulto (SDRA) em terapia intensiva, hoje sabemos que a COVID-19 é uma doença específica, com características distintas, onde geralmente os pacientes apresentam

hipoxemia grave, frequentemente associada à complacência quase normal do sistema respiratório. Uma associação rara na SDRA clássica.

Sabe-se que os sinais de hipoxemia podem se apresentar de formas variadas. O paciente pode encontrar-se eupneico, taquipneico ou francamente dispneico; normocapênico ou hipo/hipercapênico; e responsivo ou não à manobra de recrutamento alveolar. Padrões diferentes quanto à complacência pulmonar têm sido observados. Perfis fenotípicos distintos foram descritos, como o tipo I (baixa elastância e alta complacência), onde há baixa capacidade de recrutamento alveolar; e tipo II (alta elastância e baixa complacência), caracterizado por alto shunt direito-esquerdo, onde há claro benefício das manobras de recrutamento (perfil compatível com a SDRA clássica).

Um capítulo à parte foi o manuseio da hipoxemia. Em virtude da preocupação pertinente em relação ao risco de contaminação da equipe, a escolha inicial por dispositivos que ofertassem oxigênio com baixo fluxo reduziu as opções basicamente ao cateter e à máscara de reservatório e levou a um número elevado de intubações traqueais e suporte ventilatório invasivo, nem sempre disponíveis em quantidade adequada nas unidades de saúde. À medida que fomos consolidando o conhecimento dos principais mecanismos de contágio e tendo mais segurança no manuseio dos pacientes, suportes como sistema de Venturi, ventilação não invasiva e oxigênio nasal de alto fluxo foram incorporados ao arsenal e puderam, pelo menos em parte, reduzir o número de assistências ventilatórias invasivas e suas complicações.

Outro aspecto interessante foi o pouco comprometimento das vias aéreas inferiores que a infecção pelo SARS-CoV2 exibiu, em comparação



Foto: Acervo Jornal O Povo

a outros vírus respiratórios como o sincicial e o rinovírus. Quadros graves de broncoespasmo na fase aguda da doença foram pouco frequentes e mesmo pacientes portadores de asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica que estavam com sua doença controlada não parecem ter tido um desfecho mais desfavorável com relação ao controle de seus sintomas obstrutivos. Uma discussão que se abre a respeito desse tema e que ainda não tem uma resposta definitiva é a possibilidade do corticoide inalatório, que muitos pacientes com esse perfil utilizavam, ter sido um fator protetor.

Diante dos desafios já citados, as equipes de saúde, aprenderam progressivamente qual a melhor estratégia de tratamento para estes pacientes, e hoje reconhecem que a ventilação mecânica invasiva (VMI) deve ser bem indicada no momento apropriado. Um dos grandes desafios foi estabelecer a melhor conduta em termos de suporte ventilatório não invasivo (VMNI). Inicialmente, o uso de cateter nasal com até 5-6 L/min de oxigênio não umidificado foi amplamente utilizado. Os demais tipos de suporte não invasivo não eram indicados devido ao risco de geração de aerossóis e exposição dos profissionais de saúde. Entretanto, indo de encontro aos conhecimentos adquiridos progressivamente com esta nova doença, protocolos para uso de cânula nasal de alto fluxo de oxigênio (CNAF) e VMNI, foram estabelecidos com segurança, e atualmente são utilizados de acordo com o perfil de SDRA do paciente.

Outra estratégia já utilizada como terapia adjuvante de recrutamento alveolar em pacientes com SDRA grave em VMI, a posição prona, foi adaptada para a forma espontânea, de acordo com os diferentes perfis de SDRA. Usualmente esta estratégia é utilizada no contexto da terapia intensiva, onde o paciente precisa estar sedado e em uso de bloqueador neuromuscular, para garantir uma

sincronia com o respirador mecânico. Na COVID-19, a posição prona espontânea vem sendo bastante utilizada em pacientes com SDRA leve a moderada, com resultados satisfatórios, demonstrados pela melhora da saturação de oxigênio após uma hora, e diminuição do risco de entubação. Destaca-se aqui o papel das equipes de fisioterapia como fundamental para o sucesso desta estratégia, e consequentemente para a recuperação dos pacientes.

A pandemia pelo SARS-Cov2 deixou bem claro para todos nós que amamos a ciência e nela procuramos trilhar nossos caminhos que, diante de um agravo novo, precisamos mais ainda mergulhar no entendimento da fisiopatologia das doenças e dos fenômenos a ela associados, priorizando as evidências científicas, disseminando essa prática nos centros formadores de profissionais de saúde e evitando o caminho fácil da abordagem baseada simplesmente no tratamento de sinais e sintomas.

No contexto da pneumologia tivemos um bom exemplo disso. A observação de um número expressivo de casos de Covid-19, onde as queixas habituais de tosse produtiva e dispneia não eram relevantes e a radiografia de tórax exibia pouca ou nenhuma alteração, a despeito de intenso comprometimento pulmonar evidenciado nas imagens tomográficas e na queda da oxigenação, nos mostrou um cenário completamente novo e atípico de pneumonia.

Esse aspecto, associado à análise criteriosa dos cortes tomográficos que detectavam a presença de vasos sanguíneos dilatados mesmo nas áreas de consolidação; o estudo da mecânica respiratória nos pacientes em ventilação invasiva que, em alguns casos, mostravam pulmões com complacência preservada a despeito de hipoxemia crítica e os achados de necrópsia nos pacientes que infelizmente faleceram, que



Foto: Tatiana Fortes - Governo do Ceará

identificavam coágulos na circulação pulmonar não percebidos nos exames de imagem, lançaram luz sobre um quadro novo onde os fenômenos trombóticos na microcirculação pulmonar e a perda do controle da vasoconstrição hipóxica poderiam predominar sobre a doença alveolar propriamente dita.

A infecção respiratória pelo SARS-Cov2 passou a exibir uma heterogeneidade de apresentações clínicas que, somado ao fato da ausência de uma droga antiviral comprovadamente eficaz, tornou a abordagem dos pacientes desafiadora, pois mesmo medidas de suporte clínico precisavam ser individualizadas de acordo com o tempo de evolução e o quadro fisiopatológico predominante.

Aprendemos nessa pandemia que a monitorização laboratorial seriada de indicadores inflamatórios, principalmente a partir do final da primeira semana de doença, o uso rotineiro da oximetria de pulso e a avaliação presencial mesmo nos casos onde as queixas respiratórias não eram intensas, foram armas fundamentais na detecção precoce de uma deterioração clínica e no estabelecimento de um protocolo de conduta, que induziu além do uso de corticoides no momento apropriado e a exclusão de drogas ineficazes em reduzir a replicação viral, a oferta de oxigênio de forma mais adequada.

Aprender foi a palavra que definiu essa pandemia. Infelizmente, muitos avanços se depararam com a tentativa e o erro no avanço constante para encontrar uma cura para essa nova doença. Reflete-se esse preceito nos inúmeros tratamentos propostos e resultados desapontadores. Podemos definir as fases de tratamento como ondas, pois surgiam com enorme euforia, atingiam picos imensuráveis na mídia e na população que corria para as farmácias ao primeiro sussurro de tratamento, e se quebravam na decepção pelos

estudos científicos que evidenciavam sua ineficácia. Como se tratava de uma doença viral iniciamos o ano tentando utilizar uma medicação que era usada para influenzae, o oseltamivir, que se mostrou ineficaz por completo. Houve uma grande euforia com a possibilidade de cloroquina e hidroxicloroquina, medicações de ampla utilização para malária e doenças reumatológicas crônicas. A cada semana um estudo científico falava contra ou a favor, se alternando como uma enorme gangorra. Na tentativa de reduzir a doença inflamatória gerada pelo vírus na segunda semana, muitos pacientes utilizaram essas medicações, mesmo com riscos de arritmia e complicações. Porém, estudos com maior robustez acabaram por demonstrar sua ineficácia, como o RECOVERY. Aqueles que se sentiam melhor na sua utilização experimentavam o velho efeito tonificante do quinino, que em conjunto com questões políticas, levou a sua utilização em massa. Terminada essa onda, iniciou-se a dos antiparasitários. Nem mesmo Monteiro Lobato poderia prever uma campanha tão forte para extermínio dos parasitas intestinais durante a pandemia. Alternando entre Ivermectina e Nitazoxanida, a população realizou vermifugação disseminada. O que talvez ajude não apenas para evitar disseminação de parasitas, como estrongilóides, com uso de corticosteroides, mas também ajuda na redução da translocação bacteriana que contribui fortemente para os processos inflamatórios. Eis que surge a onda dos corticosteroides, que dentre tantas opções, ainda mostra eficácia na sobrevida principalmente de pacientes com infecção moderada a grave, que necessitam de suporte ventilatório, segundo o RECOVERY. Embora, mesmo surfando esta onda, ainda existem altos e baixos, quando a dose certa ainda varia de acordo com protocolos de diferentes instituições. Não podemos esquecer dos anticoagulantes, que passaram a fazer parte das prescrições na internação

e também em consultórios, tentando evitar os fenômenos trombóticos consequentes a inflamação exagerada.

Em se tratando de hospital de referência em tratamento de pacientes com HIV/Aids, também passamos pela incerteza se estes teriam quadros mais graves ou leves. A onda flutuou entre a possibilidade de quadros mais graves pela imunodeficiência que deixariam nossos pacientes mais susceptíveis, principalmente aqueles com CD4 baixo. Ou se estes responderiam melhor pela impossibilidade de gerar resposta inflamatória exacerbada e uma possível proteção dos antirretrovirais. Em nossa pequena comunidade não detectamos casos mais graves, porém trabalhos com coorte de pacientes bem maiores, como na África e Nova York, evidenciaram risco elevado de complicação nos pacientes soropositivos com maior mortalidade. Quanto a proteção dos antirretrovirais, os estudos ainda são inconclusivos até o momento.

Para o futuro, uma questão relevante a ser avaliada será a intensidade e a persistência ou não das sequelas pulmonares estruturais e funcionais apresentadas pelos pacientes com formas mais graves da doença. Estudos comparativos das epidemias por SARS-CoV, MERS e H1N1 sinalizam que as alterações funcionais são frequentes mas podem ser transitórias, tendo a reabilitação pulmonar um papel fundamental neste processo.

Durante esse ano aprendemos que esses pacientes mais complicados precisam de um acompanhamento a longo prazo. Infelizmente, essa infecção viral não se comporta como a maioria das viroses respiratórias que curam sem deixar sequelas após 14 dias. O ambulatório de retorno, criado pelo hospital São José, vem realizando consulta e acompanhamento dos pacientes pós alta. Ainda se evidencia

principalmente sintomas como: tosse seca persistente, cansaço aos pequenos e médios esforços, taquicardia, alterações de pressão arterial e glicemia, dores articulares e sintomas neuropsiquiátricos. Além de pacientes que persistem por longos períodos com distúrbios da coagulação. O acompanhamento de exame clínico e laboratorial nos levará a elucidar mais ainda as limitações e sequelas deixadas por esse vírus.

Portanto, os aprendizados desta pandemia com pacientes criticamente enfermos têm sido muitos. O manejo da disfunção respiratória dos pacientes com suporte avançado de vida ganhou um novo conceito, sendo fundamental a capacitação dos profissionais de saúde em tempo recorde para suprir todos esses desafios, e tomadas de decisões, de acordo com as evidências científicas que vão surgindo.

Que as lições, bem como as cicatrizes, deixadas por essa pandemia, possam trilhar nossas atitudes e experiências para o futuro. Esperamos que a mudança de hábito como higienização das mãos e ambiente, distanciamento social e utilização de máscara se tornem uma nova atitude entre a população, para proteção do outro e findando por salvar vidas.

Por fim, uma doença nova com evolução temporal tão peculiar, onde mesmo quadro leves no início poderiam resultar em explosões inflamatórias e de coagulação tão intensas a médio prazo, acrescentou um toque dramático ao roteiro dessa pandemia e trouxe para todos nós, além de toda a dor e sofrimento pela perda de tantas vidas, um nível de ansiedade como poucas vezes havíamos experimentado.



PROSEADO

RELATOS DE PACIENTES QUE VENCERAM A COVID-19

Michell Icaro Lima Oliveira¹ e Arthur Arcoverde Pinheiro¹

1. Acadêmicos de medicina da Unichristus



Residente de Fortaleza, **Francisco Fernandes** tem 55 anos e ficou 21 dias internado no Hospital São José, dos quais 10 dias em intubação orotraqueal.

“
Foi realmente
muito difícil
”

A CHEGADA NA UNIDADE E A AFLIÇÃO PELA NÃO-MELHORA

O agora ex-paciente conta que chegou à unidade com um quadro de baixa saturação de oxigênio, 92%, sendo, por isso, logo internado e prontamente medicado pela equipe.

Após alguns dias de internação, Francisco Fernandes diz ter observado que muitos pacientes chegavam com os mesmos sintomas que os seus, todavia acabavam se recuperando após alguns dias, enquanto ele continuava ali, sem melhorar da condição que lhe abatia.

Em determinado momento, percebendo uma piora das suas condições respiratórias, situação essa que também passou a ser evidenciada nos aparelhos, não titubeou em pedir ajuda: “Olhe, enfermeira, peça para me intubar, senão eu não vou resistir!” Com um sorriso no rosto, ainda que coberto pela máscara que usava, falou

que a equipe foi rápida e atenciosa em seus cuidados, principalmente no momento de seu agravamento.

A ADMIRAÇÃO PELA ÁREA DA SAÚDE

Após sair da intubação, Francisco Fernandes diz ter passado por um período ruim, angustiante, com momentos de alucinação. “Era uma angústia, uma coisa ruim, foi realmente muito difícil”, confessou falando dos receios anteriores à tão esperada alta médica, que felizmente não tardou a chegar.

Sobre o HSJ, diz que, hoje, fala para todos acerca das atitudes lindas que presenciou na unidade. Ele destaca o amor e a dedicação ao trabalho das pessoas que fazem o dia a dia do hospital, fazendo questão de ressaltar toda a equipe, desde os maqueiros, “pessoal da limpeza”, “pessoal da refeição”, até os enfermeiros e médicos.

Fala que, se fosse um pouco mais jovem, ingressaria em um curso na área da saúde para desempenhar o mesmo cuidado e atenção com outras pessoas, da mesma forma que viu ali.

Atualmente diz “se sentir bem”, afirmando ter feito fisioterapia quando saiu, pois estava com dificuldade de andar, e que as alucinações foram passando ao longo do tempo. Ele conta ter ficado 45 dias em casa se recuperando, porém destaca que já voltou à sua rotina normal, apesar de apresentar ainda alguma dor nas pernas.

A CHEGADA AO HSJ E A EXPERIÊNCIA COM OS FUNCIONÁRIOS DA UNIDADE

Tereza do Nascimento relata não se lembrar exatamente de como chegou ao hospital, pois estava muito confusa, mas conta que tem a lembrança de que foi muito bem acolhida e bem cuidada por todos que a receberam, desde o primeiro dia.

“Eles me davam banho, levavam pro banheiro e cuidavam de tudo. Eu nunca esqueci, fiquei me sentindo bem cuidada. Eu achei excelente o tratamento”, exclamou.

Ela relata não ter tido medo de morrer, mas que “apenas sentia falta de sua filha”. Dona Tereza disse ter sido confortada pelos funcionários, contando que todos lhe davam atenção, conversavam, sempre com ar de empatia pela sua situação.

Não cansando de falar sobre tal fato, reiterou ter achado excelente o tratamento no hospital, e isso para com todos os que ali estavam, uma vez que ouvia vários depoimentos de outros pacientes que relatavam a mesma satisfação com o atendimento prestado pela equipe.

“
Eu achei
excelente o
tratamento
”

A VITÓRIA DE DONA TEREZA E AS IMPRESSÕES SOBRE A PANDEMIA DE COVID-19

Questionada, afirmou, com orgulho, sentir-se uma vencedora por ter superado a COVID-19, criticando quem pensa não ter necessidade de se preocupar com a doença.

Hoje ela diz sentir apenas um “cansaço no corpo”, mas que, no início, sentia tremores, estando bem melhor agora.

Agora, a Dona Tereza está em casa, com a filha única, de quem tanto tem orgulho, a qual, inclusive, lhe acompanhava no dia da entrevista. Ressaltou, ainda, que esta “ficou mais desesperada” do que ela própria com a doença, evidenciando, neste momento, com um olhar de carinho uma com a outra, o estreito laço de mãe e filha.

Ela afirma, por fim, que continua cuidando para manter o ambiente limpo da melhor forma possível, prezando, na sua residência, todos hábitos de higiene, de modo a evitar contágio por parte de seus familiares.



Dona Tereza tem 74 anos e reside em Fortaleza. Ela diz ter chegado ao HSJ “meio ruinzinha, com a cabeça em outro lugar, não via nada”, mas que, graças a Deus, foi muito bem cuidada.



Residente de Fortaleza, **Dona Edite**, 54, é profissional da saúde, inclusive do próprio Hospital São José. Ela perdeu um irmão para a COVID-19, enquanto ela própria também apresentava os primeiros sintomas. Perdeu também uma irmã, enquanto estava sedada e intubada na unidade.

“
**Hoje esse
Tubo sai**
”

A BATALHA CONTRA A COVID-19 NO HSJ E NA FAMÍLIA

Dona Edite relata que apresentou os primeiros sintomas de dores de cabeça fortes e nas pernas enquanto estava no trabalho, noutro local, e que lá mesmo, de imediato, foi se consultar, recomendando-se afastamento por 10 dias.

Conta que, após 9 dias de muitas dores de cabeça, foi ao posto de saúde, onde fez teste rápido para COVID-19, e que, logo após, a enfermeira, já colocando o oxigênio, lhe disse que ela “não ia mais para casa e, sim, direto para a UPA”.

Dona Edite relata que conseguiu lograr êxito em ser transferida para o HSJ, e que, ao chegar na unidade, foi rapidamente encaminhada para ala de cuidados intensivos, ficando recebendo oxigênio em alto fluxo por mais de 10 dias. Dona Edite conta que, infelizmente, seu quadro veio a piorar e que teve de ser intubada por cerca de uma semana.

Por ser profissional da saúde, ela ficava de olho na sua saturação, afirmando ter ocorrido, nesse contexto de melhora, uma “luta para a retirada do tubo”, pois sempre acabava dessaturando.

Após 2 dias de tentativas de saída da intubação, Dona Edite ouviu que estava prestes a ser traqueostomizada, momento em que pensou “hoje esse tubo sai”, e, unindo forças com a equipe, finalmente conseguiu sair do tubo que tanto lhe afligia.

Ressaltou que a equipe, tanto médica como de enfermagem e de fisioterapia, “foi muito paciente” e ela foi “muito bem atendida” durante esses dias difíceis.

Ela conta, muito emocionada, que sofreu por outros membros da sua família também terem contraído a mesma doença, tendo perdido o seu irmão e a sua irmã, esta já fragilizada por problemas hepáticos, em menos de 15 dias.

A VITÓRIA E O PROCESSO DE MELHORA PROGRESSIVO E CUSTOSO

Edite conta que passou cerca de 2 dias sem falar e andar, só vindo a realizar tais atividades de modo normal após sair do hospital, embora tenha saído andando com apoio. “Minhas pernas e minha cabeça foram as que sofreram mais”, confessa.

Relata ainda hoje sentir dor de cabeça, nas pernas e nas costas, pois “o tempo acamada agravou seus problemas de coluna”.

Dona Edite tem lutado para superar as tristes perdas do irmão e da irmã, passando por momentos de insônia, por situações de agitação e por um sentimento de não querer ficar sozinha.

Em um momento um pouco mais descontraído, fala que passou a comer demais, tendo, todavia, agora que fechar a boca, pois já está “criando barriga que não tinha”.

MEDO, ANGÚSTIA E TUDO AQUILO QUE A COVID-19 TROUXE

O Sr. Júnior deu um relato bastante direto acerca das suas experiências durante o tempo em que se recuperava da COVID-19. De modo claro, não titubeou ao demonstrar a angústia que a doença lhe trouxe, afirmando “ter tido medo de morrer, de planejar o futuro e do amanhã”.

O agora ex-paciente relatou que, durante a sua internação, sempre pairava o medo de passar mal, “ter uma parada cardíaca”, pois sempre via outros pacientes serem intubados ou complicando o estado. “Tudo aquilo mexe com o psicológico da pessoa, né?”, disse.

Durante a sua recuperação, disse que o sentimento de medo era confortado pelo seu celular, uma vez que, com o aparelho, poderia ficar em contato com a sua família, falando com seus filhos, distraíndo-se de algum modo.

“
**Tudo aquilo
mexe com o
psicológico**
”

O RETORNO DO PAI PARA CASA E A NOVA REALIDADE

Hoje, ele diz se sentir bem, “graças a Deus”, tendo voltado à rotina normal e ao trabalho, ainda que sinta um pouco de cansaço e fique ofegante às vezes.

Júnior diz que, no começo, ao voltar para casa, sempre que via alguém da família tossindo ou espirrando ficava com medo, já pensando que poderia ter transmitido a doença para eles. Mas, segundo ele, agora já melhorou desse receio.

Ela conta, finalmente, que tem feito os exercícios de fisioterapia de pulmão em casa com o objetivo de expandir sua capacidade pulmonar e melhorar sua condição de vida.



Júnior, 38 anos, residente de Fortaleza, conta que passou 29 dias internado no HSJ e que, durante o tratamento, ficou bastante angustiado, pensando muito nos seus dois filhos pequenos.



CASO CLÍNICO DE DERMATOLOGIA

Andrea Pinheiro Moraes Brandão¹

¹ Dermatologista do Hospital São José e Mestranda em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará

Paciente masculino 63 anos, aposentado, procedente de Pacoti (CE) internado no Hospital São José por 18 dias com COVID-19, na internação não apresentava nenhuma queixa cutânea, apenas alterações pulmonares (tosse, dispneia, ausculta pulmonar com crepitações bibasais, sat O₂ 94%, frequência cardíaca 93 bpm, afebril, pa 116 x 76 mmHg). Hipertenso, ele fazia uso de losartana.

Iniciado na internação: dexametazona 10mg/d (5 dias) + azitromicina (500 mmg por 5 dias) + ceftriaxona (2g/d por 5 dias) + hidroxiquina (800 mg/d por 5 dias) + ivermectina 12 mg por 2 dias + oseltamivir 150 mg/d por 2 dias + liqemine 15000 ui/d.

No sexto dia de internação, o paciente evoluiu com piora da dispneia sendo aumentado a dose de dexametazona para 20 mg/d por mais 4 dias. No sétimo dia, foi trocado antibioticoterapia para piperacilina + tazobactam 4,5g. 24 horas após a troca da medicação, na 8ª Diária por internação hospitalar (DIH), notou-se lesões discretas eritematosas circinadas não pruriginosas associadas a leucocitose (20200 cel) com desvio até metamielócito.

No 10ª DIH, foi suspenso a dexametazona. No 11ª DIH, piora importante das lesões apresentando placas anulares e policíclicas com pústulas e crostas na periferia centro tendendo à cura, as lesões eram disseminadas em todo tegumento.



Biópsia 25/05/20 - mikros (hp/007391/20) - dermatofitose (camada córnea com numerosas hifas septadas, finas, alongadas, dicotomizadas e blastoconídios, a derme reticular exibe discreto infiltrado inflamatório predominantemente linfocitário perivascular).

DISCUSSÃO

A dermatofitose é uma infecção dos tecidos queratinizados como o cabelo, unhas e estrato córneo causada pelos fungos dermatófitos. Esses fungos pertencem ao gênero trichophyton, microsporum and epidermophyton¹.

Os dermatófitos são um grupo de fungos que têm a capacidade de invadir os tecidos queratinizados e produzirem infecção. A resposta imune contra os dermatófitos inicia logo que acontece a interação entre o fungo e o estrato córneo. Os fagócitos (neutrófilos, macrófagos e células dendríticas) exercem papel essencial na resposta imune específica associado às células natural killer, células t gama delta além das células endoteliais e epiteliais. A resposta imune inata é importante no controle e na progressão da infecção¹.

Os componentes da imunidade celular mais afetados pelo uso de corticosteróides são as células fagocitárias (neutrófilos e macrófagos) e linfócitos TH1, aumentando assim o risco de infecções oportunistas ou formas atípicas, extensa e menos inflamatórias de doenças comuns como as tineas². O quadro clínico e a duração estão associados à dose do corticoide e ao tempo de uso do mesmo².

A tinea incógnita é uma dermatofitose onde o uso de corticoide sistêmico ou tópico favorecem a disseminação e apresentação atípica da doença. Geralmente apresentam mínima descamação, bordas mal definidas, mais pústulas e irritação³.

Estudo retrospectivo de 200 casos de tinea incógnita clinicamente apresentavam quadro clínico semelhante a lúpus eritematoso,

eczema, rosácea e impetigo. Existem relatos de tinea incógnita imitando púrpura, dermatite seborreica, líquen plano, dermatite de contato, psoríase, e eritema migratório³.

A condição clínica do paciente também merece diagnóstico diferencial com outras lesões de eritema figurado.

A confirmação do diagnóstico pode ser por meio de exame micológico direto e cultura para fungos e por vezes se faz necessário biópsia de pele para a exclusão de outras patologias.

Apesar da dificuldade no diagnóstico, o tratamento é simples, com antifúngicos tópicos e/ou sistêmicos como a terbinafina, itraconazol e fluconazol³.

CONCLUSÃO

O exame frequente da pele se faz necessário nos paciente em uso de imunossupressores ou em estado de imunossupressão³.

Se o paciente apresentar lesões resistentes ao tratamento convencional, a exclusão diagnóstica de tinea incógnita se faz necessária, apesar do quadro clínico inicial não apresentar aspecto de infecção fúngica³.

Ressaltamos que em caso de erupção pustular aguda, a possibilidade de dermatofitose cutânea deve ser pesquisada⁴.

REFERÊNCIAS

1. Pariser RJ, Pariser DM. Primary care physicians' errors in handling cutaneous disorders. A prospective survey. J Am Acad Dermatol. 1987;17(2 pt 1):239-245.
2. Almeida, S. R. Immunology of dermatophytosis. Mycopathologia, nov-dec 2008;166(5-6):277-83.
3. Sena LB, Oliveira DC, Paula CD, Costa MC, Franceschi LE, Costa IM. Trichophyton rubrum dermatophytosis in a patient under chronic use of systemic corticoids: an exuberant presentation. An Bras Dermatol. 2015 jul-aug;90(4):598-9.
4. Kye H, Kim DH, Seo SH, Ahn HH, Kye YC, Choi JE. Polycyclic annular lesion masquerading as lupus erythematosus and emerging as tinea faciei incognito. Ann Dermatol. 2015 Jun;27(3):322-5.
5. Verneuil AA, Datryb N, Le Flourb A, Dompmartina JP, Derenneb O, Chosidowb. Acute fungal pustulosis on a bedridden patient's back. Dermatology 2003;206:263-264



CORONARIOPATIA ASSOCIADA À INFECÇÃO GRAVE PELA COVID-19

Ismael Nobre de Sena Silva, Guilherme Marques Rodrigues, José Clécio Barbosa Júnior, Marcela Napoleão de Oliveira, Talita Mendes Bezerra Ximenes, Victor Rabelo Araújo Lélis, José Clécio Barbosa

Alunos do Curso de Medicina do Centro Universitário Unichristus

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 79 anos, aposentada, natural e procedente de Iguatu (CE), comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de febre diurna e vespertina, que aliviava com sintomáticos, associada à dispneia, ao longo de três dias. Relatou que o quadro teve início com picos febris havia seis dias, um dia após a paciente ter se vacinado em UBS.

Como antecedentes, referia hipertensão há 30 anos, diabetes mellitus e dislipidemia há 25 anos e coronariopatia com implantação de dois stents há dois anos. Relata cirurgia para catarata bilateral em 2017. Negou tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas. Mora em casa de alvenaria, em boa condição hidrossanitária. Nega contato com animais, relata calendário vacinal atualizado.

Ao exame físico no atendimento da unidade de saúde, a paciente estava febril, dispneica, saturação O₂ de 88% em ar ambiente.

Devido à pandemia atual, foi suspeitado de infecção por COVID-19, sendo, então, solicitado PCR para o vírus em coleta de swab nasal e orofaríngea, seguida da internação em hospital de referência devido ao elevado risco de complicações

respiratórias. Foi, ainda, requisitada Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax para avaliar a gravidade do quadro, que demonstrou áreas de consolidação predominando no lobo superior esquerdo e língula, associados a tênues opacidades em vidro fosco e espessamento dos septos intralobulares perilesionais, bem como broncogramas aéreos de permeio e pequeno derrame pleural posterior, acometendo os terços médio e inferior do hemitórax esquerdo, com espessura de 1,9 cm (Figura 1).

À admissão hospitalar, já no sétimo dia da doença, paciente encontrava-se em estado geral regular, subfebril (temperatura axilar medindo 37,5°C), sem uso de oxigenioterapia suplementar, saturando 89% em ar ambiente. Para avaliar lesão miocárdica e risco de miocardite foram solicitadas troponinas e CKMB, que foram negativa e levemente elevada (26, VR: até 24), respectivamente. Iniciado terapia farmacológica com Ceftriaxona, Oseltamivir e Azitromicina. Coletado novo Swab de nasal e orofaringe para COVID-19 que reafirmou o diagnóstico positivo, instituída oxigenioterapia com cateter nasal de O₂ 5l/min e mantida medicações para insuficiência cardíaca.



Figura 1. TC de tórax inicial.

Durante os sete dias de internamento, a paciente permaneceu em isolamento respiratório e de contato. No período intra-hospitalar evoluiu clinicamente estável, afebril, aceitando dieta, sem uso de drogas vasoativas, eupneica, saturando em torno de 94% em ar ambiente e sem uso de oxigênio suplementar, apresentando melhora laboratorial das provas de função inflamatória (PCR apresentou melhora de 18 mg/dL para 11 mg/dL e LDH de 638 UI/L para 395 UI/L). Demais exames, como hemograma, ureia, creatinina, função e injúria hepática não chegaram a se alterar.

Na alta hospitalar, apresentava apenas quadro de tosse seca discreta. Permaneceu em isolamento social por mais 7 dias, em casa. Realizou TC de tórax sem contraste de controle após conclusão desse período. Tal exame evidenciou aumento das áreas de consolidação predominando em lobo superior esquerdo e língula, diminuição em 0,4 cm da espessura da lâmina de derrame pleural em terço médio e inferior de hemitórax esquerdo e manutenção das demais alterações constatadas em tomografia prévia realizada no início do quadro (Figura 2).

DISCUSSÃO

No presente relato, apresentamos uma paciente de 79 anos, coronariopata e portadora de hipertensão e diabetes controlados. Nesse contexto, estima-se que, pelo menos, 8% dos pacientes nesta faixa etária evoluam a óbito, podendo chegar a mais de 15% em pacientes com idade acima de 80 anos. Nos EUA, de acordo com os dados do CDC (Centers for Disease Control and Prevention, 2020), 80% da mortalidade em pacientes internados em UTI possuíam idade ≥65 anos.^{1,2,3} Um fator relevante para esses achados poderia estar



Figura 2. TC de tórax durante internação.

relacionado a imunosenescência, que passa a ser mais percebida a partir dos 60 anos e estaria associado à diminuição das funções do sistema imunológico, aumentando o risco de infecções e permitindo maior agravamento de patologias, tais como a referente à COVID-19.⁴

CONCLUSÃO

A paciente do caso evoluiu com sinais de inflamação e doença moderada, necessitando suporte de oxigenoterapia, porém sem internamento em Unidade de Terapia Intensiva, nem medidas invasivas para o desconforto respiratório. Concluímos, então, que as terapêuticas descritas de suporte foram eficazes para estabilização da doença no estágio de hiperinflamação. As comorbidades da paciente estavam controladas, favorecendo a evolução com desfecho positivo.

A continuidade dos estudos comprovará o real impacto da eficácia terapêutica desses fármacos experimentais frente a um paciente diagnosticado com infecção aguda pelo SARS-CoV-2.

5. REFERÊNCIAS

1. RICHARDSON, Safiya et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. *Jama*, 2020.
2. WU, Zunyou; MCGOOGAN, Jennifer M. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama*, v. 323, n. 13, p. 1239-1242, 2020.
3. CDC, COVID TEAM, Response. Severe outcomes among patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19)—United States, February 12–March 16, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, v. 69, n. 12, p. 343-346, 2020.
4. FLORES, T. G.; LAMPERT, M. A.; MARIA-RS-BRASIL, Santa. Por que idosos são mais propensos a eventos adversos com a infecção por COVID-19? Comentários, RAGG especial Covid-19 e Coronavírus. 2020



ESTUDA, MENINO

MINHA EXPERIÊNCIA COMO MÉDICA MENSAGEIRA DO HSJ

Elodie Bomfim Hyppolito¹

¹ Médica hepatologista do Hospital São José e doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará

A pandemia de COVID-19 chegou abalando o mundo. Não seria diferente no Ceará e no Hospital São José. De médica hepatologista me vi transformada pela COVID-19 em Intensivista, “covidologista”, paliativista e também em Médica Mensageira. Cada uma dessas novas funções me trouxeram enormes ensinamentos. Tive que voltar a intubar, ventilar, usar drogas da terapia intensiva há muito tempo esquecidas. Entretanto, nenhuma dessas funções me trouxe tanto crescimento pessoal como a de Médica Mensageira do Hospital São José. O HSJ é um hospital de referência terciária em doenças infecciosas e conta com um injusto estigma de medo dos usuários atendidos pela primeira vez.

Mesmo trabalhando há 26 anos nesta unidade, nunca vi tanto medo entre pacientes, gestores, profissionais e familiares diante de uma doença como tem sido com a COVID-19. Lidar com o medo é sempre difícil e sem a informação adequada é desesperador. Soubemos de pacientes intubados, graves, cujas famílias sofriam intensamente por ficarem dias sem saber se o seu pai, mãe, avô, filho, amigos estavam vivos. Soubemos pelos noticiários de algumas denúncias junto ao Ministério Público de unidades com graves problemas de comunicação com as famílias. Em algumas unidades de saúde, nas piores semanas, as notícias resumiam-se, muitas vezes, a um texto frio ou mensagem eletrônica.

Foi um momento desumano para todos. Além de ter que lidar com a dor e a incerteza de ter o seu parente de volta, a população tinha que conviver com notícias de covas rapidamente preenchidas. 5 mil, 30 mil, 50 mil, 140 mil mortes.

O Hospital São José completou 50 anos e enfrentou talvez o seu maior desafio. Nossa direção e corpo clínico lidou com tudo com máxima dedicação. Essa instituição se orgulha do atendimento humanizado. Na galeria dos ex-diretores, a frase do Dr Lúcio Alcântara nos acolhe: “Há algo de diferente na alma de quem trabalha no HSJ!”. Na pandemia de COVID-19, não seria diferente. Com alguma dificuldade nas primeiras semanas, a comunicação entre a equipe e as famílias evoluiu positivamente durante os primeiros seis meses de enfrentamento.

No início foi criada uma equipe multidisciplinar composta por assistentes sociais, enfermeiras e psicólogas. A demanda das famílias por um maior detalhamento técnico do tratamento dos seus entes queridos motivou a direção compor uma segunda equipe de notícias composta de nove médicas, um médico e uma enfermeira, todos batizados como “mensageiros”.

Diariamente, os médicos prescritores preenchiam um relatório dos seus pacientes que é conhecido pela sigla SBAR (Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação). Essa é

uma sistematização validada para passagens de plantão e previne erros de comunicação. No SBAR, tínhamos acesso a informações da gravidade, suporte de oxigênio, medicamentos, exames realizados e possíveis transferências eram registrados.

Ligávamos diariamente para o número cadastrado no período da tarde e, eventualmente, o próprio paciente atendia o celular. “Sou eu mesmo, doutora, o paciente, mas, por favor, quero ouvir como estou”. E assim obedecíamos.

Algumas ligações eram bem demoradas, em algumas ouvíamos relatos da personalidade do paciente,



preferências alimentares, histórias pitorescas contadas por filhos sobre seus pais ou de pais zelosos falando sobre seus filhos. Impossível não se emocionar. Foram tantos diálogos inesquecíveis. “Dona Maria, seu marido hoje saiu do oxigênio, isso significa que está perto de ir para casa”. Ouvíamos gritos de alegria do outro lado.

“Qual a saturação dele hoje?” Após alguns dias de internação, os familiares e pacientes entendiam todos os termos técnicos e questionavam tanto que, por vezes, pareciam profissionais da área de saúde. Questionavam bastante os tratamentos ouvidos na televisão. “Ele está usando heparina? E essa tal da cloroquina, doutora, presta?”.

Em uma videoconferência emocionante feita com o meu celular, tive que engolir o choro. Um senhor que tinha acabado de sair da UTI após 30 dias intubado: “Feliz aniversário, minha véia. Eu tô bem, eu escapei, tô quase bom e indo pra casa”. De todas as mensagens, a que mais me emocionou foi a de dona Lurdes, cujo esposo, de 74 anos, estava internado há 45 dias, intubado, gravíssimo. “Doutora, pelo amor de Deus, me deixa ver meu marido só uma vezinha antes dele morrer. As notícias estão cada dia piores, eu sei que ele vai morrer!” Ela acompanhou o seu esposo nos últimos dias de vida.

Como noticiar a morte com empatia? Sempre tentava dar a notícia na perspectiva da esperança e do fim do sofrimento. Para quem parte é o fim da dor, para quem fica, muita saudade e sofrimento. Felizmente foram a minoria das notícias que tínhamos que dar, em geral, essa foi uma atribuição realizada pela psicologia. Felicidade suprema era noticiar uma alta! Quantos gritos alegres não ouvi do outro lado da linha?

Os sentimentos descritos por todos os mensageiros eram semelhantes. Lembro-me do primeiro plantão e da insegurança que senti de não saber



fazer aquela tarefa cuja habilidade nunca havia sido treinada. Acalmou-me estar diante da serena e segura colega infectologista, Lara Távora. Recebi suas dicas atentamente, observei a maneira firme e empática que transmitia as suas notícias. E assim era a nossa “formação”. Aprendemos uns com os outros. Creio que todos os escolhidos foram selecionados por terem alguma habilidade em conversar.

A maioria de nós sentia satisfação na tarefa desempenhada. Nem todos. Alguns colegas descreviam uma sensação enorme de cansaço mental,

desgaste emocional após o turno de notícias. Que momentos felizes nós também presenciamos. Corredores de profissionais de saúde, plaquinhas de boa sorte e muitas palmas conduziam os pacientes às aliviadas famílias. Era impossível ficar imune a dor daquelas pessoas, elas não eram números, eram pessoas de carne e osso como nós.

Com as mensagens, eu aprendi a escolher melhor as palavras, a ouvir, a silenciar minhas palavras diante do sofrimento. Resumindo, para mim foi uma grande honra compor a equipe de mensageiros do HSJ junto dos colegas Tânia Mara Coelho, Christiane Takeda, Lara Távora, Mariana Moura Fé, Carolina Saraiva, Terezinha do Menino Jesus, Lisandra Serra, Clarice Ponte, Francisco Ferraz e enfermeira Rachel de Azevedo Tavares. Sempre finalizava as mensagens dizendo que tudo estava sendo feito como eu gostaria que estivesse sendo feito em um parente meu, pois acho isso um grande conforto, especialmente verdadeiro nessa unidade em que eu trabalho. Unidade SUS, cheia de funcionários comprometidos. Saíamos cansados, mas felizes da vida, cheios de bênção sinceras: “Obrigada, Dra, Deus abençoe a senhora e a todos desse hospital”. Mas orgulhosa mesmo eu ficava quando ouvia: “Doutora, eu jamais esperava ser tão bem atendido em um hospital do SUS.”

Viva ao Hospital São José! Viva o SUS! Eu me orgulho e defendo o SUS!





FUTRICAR

DICAS DE FILMES E LIVROS

A Revista Viver São José dedica esse espaço para a indicação de produtos culturais que dialogam, direta ou indiretamente, com as temáticas apresentadas nos conteúdos da publicação. Nesta edição, **Melissa Medeiros**, infectologista do HSJ, sugere alguns filmes e livros com temas que vão de surtos de doenças a questões mais existenciais.



Filmes



EPIDEMIA

1995 / Ação, Suspense, Drama

Vamos começar falando um pouco pelo filme que talvez mais lembre o nosso momento atual de pandemia, ele se chama **Epidemia**. Como diz o velho clichê, “A vida imita a arte”, ou seria o inverso? Pois bem, em muitos momentos nos sentimos dentro de um filme ou que situações do cotidiano mereciam pelo menos um curta-metragem, até mesmo um desenho animado. Sendo assim, o cinema costuma nos apresentar obras de ficção que acabam se aproximando da realidade em alguns momentos. Filmes sobre desastres ambientais, crises políticas e problemas sanitários. Alguns até bem visionários, quase como um anticlímax para a realidade que não demora a surgir. Sendo assim, as pandemias virais não poderiam ser esquecidas.

Contágio, Os 12 Macacos, Guerra Mundial Z e tantos outros mostram diferentes vírus e suas possíveis consequências. Dentre todos, Epidemia foi uma das produções mais assistidas nos últimos meses.

Epidemia é uma produção da Warner Bros., protagonizada por Dustin Hoffman, Rene Russo e Morgan Freeman, além das participações de Donald Sutherland e Cuba Gooding Jr. O filme conta a história de um médico do Exército que pesquisa uma doença

na África que mata rapidamente as pessoas infectadas. Alguns anos após a descoberta do vírus, este é levado por acidente para os Estados Unidos, onde atinge a população de uma pequena cidade que precisa ser colocada em isolamento para impedir que se espalhe pelo resto do país. O longa aborda a transmissão de um macaco para um humano. O chamado Jumping species entre hospedeiros é bastante comum, como é o caso do ebola, da raiva e, agora, do Sars-CoV-2.

Além de um novo vírus, o filme traz imagens de médicos e profissionais de saúde precisando se proteger para evitar a contaminação, ao mesmo tempo que ficam sobrecarregados com novos casos. Porém, talvez a principal aproximação entre ficção e realidade em Epidemia seja a negação à ciência e relutância em aceitar os riscos da doença. No filme, o Exército não faz nada para contê-lo, pois pretende usá-lo como arma biológica. Além disso, as pessoas da cidade acreditam que é possível enfrentar o vírus sem mudar seus hábitos e chegam a menosprezar os riscos, pois é um inimigo invisível. Talvez, a arte possa nos ensinar na vida real a respeitar a vida do outro e a mudar para proteger.



COMER, REZAR E AMAR

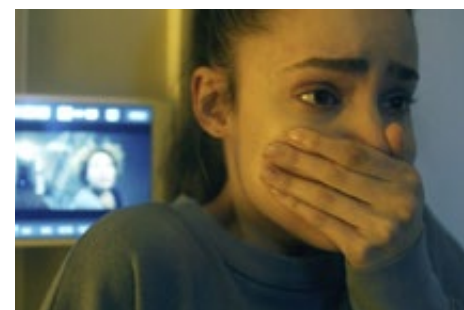
2010 / Drama

Pulando um pouco dos filmes fatalistas e um pouco premonitórios, vamos tentar um longa mais leve que traz esperança nas mudanças como: **Comer, Rezar e Amar**. O Filme é baseado em livro com mesmo título, best-seller da autora Elizabeth Gilbert e, que traz a queridinha das telas Julia Roberts, nossa eterna “Pretty Woman”, nos leva em uma jornada sobre o que significa viver a vida. Um filme que vai trazer felicidade e esperança para os dias em que parecemos ter esquecido o que essas palavras significam. Fala sobre a busca de uma mulher pela autodescoberta. Liz, recentemente divorciada, questiona tudo ao seu redor. Então, ela decide viajar para lugares que sempre quis, como Itália, Índia e Indonésia, onde aprende três coisas importantes: se nutrir e comer bem na Itália, o poder da oração e da fé na Índia e de obter paz de espírito e encontrar o amor na Indonésia.

Aqui vão algumas dicas enquanto você não vê o filme:

“Suas emoções são escravas de seus pensamentos e você é um escravo de suas emoções”.

“Estou escolhendo a felicidade ao invés do sofrimento, eu sei que estou. Estou abrindo espaço para o futuro desconhecido para preencher minha vida com surpresas que ainda estão por vir.”



SONGBIRD

2020 / Drama, Suspense

Para finalizar a sessão, vamos dar um salto no tempo e alertar vocês para um filme que foi realizado durante a pandemia e fala sobre a pandemia.

O Thriller **Songbird**, inspirado na Covid-19, mostra o mundo devastado pela pandemia. O filme é produzido por Michael Bay, idealizador de produções como Transformers, Armageddon e Pearl Harbor.

Uma cepa mutante de coronavírus chamada COVID-23 causa estragos no mundo em Songbird. O primeiro trailer da produção pandêmica mostrou um mundo preso em confinamento por quatro anos, atingindo 8,4 milhões de mortes em um único ano. O filme se passa em 2024 e é estrelado por K.J. Apa e Sofia Carson, que interpretam um casal separado pela pandemia e vivendo sob lei marcial. O personagem de Apa afirma ser imune ao vírus, o que pode ajudá-lo enquanto procura por sua namorada, que é forçada a evacuar seu apartamento depois que seu vizinho contrai o vírus. “É um mundo distópico e assustador, mas é um filme romântico sobre duas pessoas que querem ficar juntas, mas não podem”, disse o diretor Adam Mason à Entertainment Weekly.

Outros membros do elenco incluem Craig Robinson, Bradley Whitford, Alexandra Daddario, Demi Moore, Peter Stormare e Paul Walter Hauser. Definitivamente imperdível, uma versão pandêmica de Romeu e Julieta, no qual a vida encontra na arte a possibilidade de extravasar seus medos e esperança.





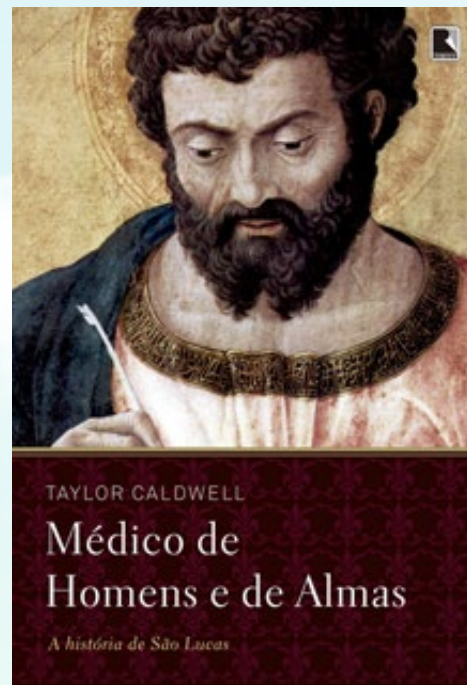
FUTRICAR

DICAS DE FILMES E LIVROS

Nessa sessão venho trazer algumas opções de uma boa leitura em tempos de pandemia.



LIVROS

MÉDICO DE HOMENS
E DE ALMAS

1958 / Taylor Caldwell / 700 págs.

Como não poderia ser diferente, vou começar pelo meu livro favorito, da inglesa Taylor Caldwell: **Médico de homens e de almas**. Nesse livro, a autora fez uma grande pesquisa para romancear a história de São Lucas, a quem se atribui um dos evangelhos canônicos. Médico no seu tempo, contam algumas lendas que se atribuíam milagres e prodígios a ele antes mesmo de sua conversão ao cristianismo. Nesse cenário, um romance se desenrola de forma envolvente, que conta a história do futuro santo, que sente grande compaixão pelos homens e que se revolta contra Deus, e ao tentar vencê-lo no cabo de guerra pela vida dos seres humanos, aproxima-se do verdadeiro sentido do cristianismo. Ao fazer as pazes com Deus, ele descobre sua missão. Em momentos de extrema tristeza e dor é fácil esquecermos da nossa fé, não obstante é nela que encontramos o apoio para vencer os maiores desafios que a vida nos impõe. Um livro de esperança onde não se consegue enxergar além do

próprio sofrimento. Definitivamente, esse não foi um ano fácil para ninguém, mas conseguimos encontrar no amor ao próximo o melhor conforto. São descritos ainda, com enorme riqueza, costumes da época, bem como localidades, vestimentas em meio ao panorama social naqueles tempos, com os romanos buscando conter os rebeldes judeus.

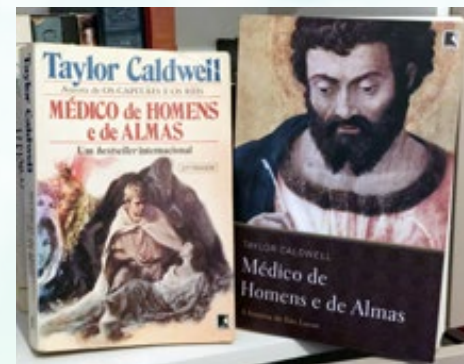


Foto direto da minha estante particular: a primeira edição que li durante a residência médica e a versão que ganhei de presente de um residente muitos anos depois.

O segundo livro se chama **Pandemias: a humanidade em risco** do autor Stefan Cunha Ujvari, que tive o enorme prazer de conhecer durante uma de suas palestras em 2010. Ocasão esta na qual adquiri o livro, que pode ser chamado de nada menos do que premonitório. Dentro de suas páginas que transformam fatos reais em um romance que o segura durante todo o percurso, ele apresenta as principais pandemias que o homem enfrentou desde as primeiras pestes. Ele descreve como os vírus e bactérias têm invadido fronteiras ao longo do tempo e o quanto o homem resiste em aceitar que precisa aprender a lidar com essas ameaças através da antecipação nas medidas de saúde pública e mudança de atitude.

E então você se pergunta: seria possível antecipar e prever tamanha catástrofe? Sim, é o que muitos estudiosos vêm tentando nos alertar ao longo dos anos. Vide o presente autor:

PANDEMIAS:
A HUMANIDADE EM RISCO

2011 / Stefan Cunha Ujvari / 216 págs.

VÍRUS SEMELHANTES QUE NOS ESPREITAM

A epidemia de 2003 foi letal e contagiosa, porém, fácil de controlar. Provou que a ficção pode se transformar em realidade e que não estamos livres de fatos semelhantes. É possível imaginar que surja uma nova pandemia pela SARS ou algum vírus semelhante. O risco existe.

Os cientistas descobriram que o vírus da SARS veio dos civetas para os trabalhadores dos restaurantes. Porém, nos mercados, os guaxinins também doavam o vírus, pois se infectaram nos zoológicos de animais a que

Se pudéssemos aprender durante o caminho, talvez muitas vidas possam ser salvas ao longo dos próximos anos. Esse foi um ano de muito aprendizado, mas que estes nos levem a mudanças de atitude, para que não se torne apenas mais um capítulo de livro.



BALADEIRA

HOSPITAL SÃO JOSÉ RECEBE HOMENAGEM INTERNACIONAL POR ATUAÇÃO NA PANDEMIA

No ano em que completa cinco décadas de história, o Hospital São José (HSJ), recebeu, no dia 8 de novembro de 2020, a homenagem internacional Hand Medal Project, uma iniciativa global de valorização dos profissionais que atuam na linha de frente na pandemia de Covid-19. O HSJ foi escolhido como representante cearense nesse momento de agradecimento que aconteceu em 66 países.

“A ação é uma oportunidade de homenagear aqueles que estão colocando a própria vida em risco para ajudar o próximo, pois estão todos trabalhando incansavelmente na linha de frente”, afirma Telma Aguiar, designer de joias que integra uma

rede global de 145 joalheiros e demais artistas voluntários. Ao todo, foram produzidas mais de 70 mil medalhas. “A inspiração para estas medalhas foi o ex-voto, uma oferenda tradicional que é dada aos santos quando eles atendem ao nosso pedido. Este projeto é uma forma de continuar a longa tradição de entregar a alguém especial um símbolo de gratidão por uma graça concedida”, detalha Telma, que encabeça a homenagem no HSJ em conjunto com o também designer de joias Cláudio Quinderé.

Sobre a escolha do Hospital São José, Telma aponta: “O HSJ é uma referência em infectologia. Há tempos acompanho as ações do HSJ através de notícias em veículos de

comunicação e fiquei muito feliz em descobrir que, em 2020, o São José comemora 50 anos cuidando dos cearenses”.

Entre os profissionais da unidade de saúde, o clima é de gratidão. “O HSJ fica muito feliz em ser selecionado para que essas medalhas possam ser distribuídas para os profissionais da nossa unidade, que, independentemente do setor, têm papel importantíssimo em toda essa cadeia de funcionamento. Sem a integração de todos os setores, a eficiência da assistência médico-hospitalar não existiria. Ela só existe porque existe essa intersecção de todos os setores”, afirma Edson Buhamra, diretor geral do HSJ.

HAND MEDAL PROJECT

O projeto foi idealizado pelas artistas **Iris Eichenberg** (Alemanha) e **Jimena Ríos** (Argentina), que já haviam colaborado na exposição *True is the Done: Ex-votos and Contemporary Jewelry*, que estreou em 2019 em Buenos Aires e se inspirou também nesses objetos devocionais que materializam um agradecimento ou um desejo.

O *Hand Medal Project* mobilizou joalheiros e conduziu a confecção das medalhas entre os meses de abril e outubro deste ano. Todas as peças estão sendo entregues para os chamados “*hand keepers*”, um grupo de voluntários responsáveis por monitorar a produção e conferir a qualidade das medalhas produzidas. No dia 8 de novembro, os *hand keepers* fizeram a entrega das medalhas aos “*hand givers*”, profissionais de saúde convidados pelo projeto e que serão responsáveis por entregar as medalhas aos homenageados nos hospitais.



Relatos de quem faz o HSJ



Marli Rocha

Gestora de Contabilidade do HSJ
Funcionária do HSJ desde 1974



Luzia Soares

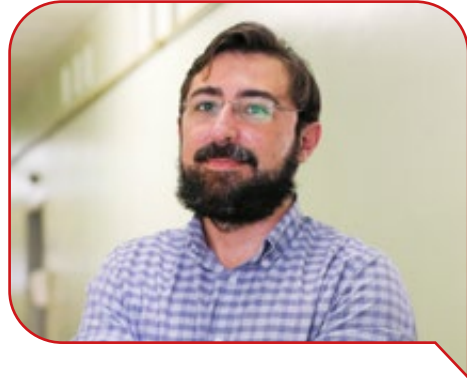
Enfermeira coordenadora da Unidade C
Funcionária do HSJ desde 2015

“

Estou no São José há 46 anos e a evolução aqui é muito visível. Quando eu entrei, o hospital era muito pequeno, os setores eram bem reduzidos. Durante essa trajetória, tudo foi ampliado e os serviços passaram a atender mais e mais pessoas. Esse crescimento não é só na área física e na quantidade de funcionários, nós, que fazemos o HSJ, também crescemos. Mudaram as formas de trabalhar, os processos foram atualizados, mas apareceram programas de formação para a gente, fomos estimulados a se adaptar e crescer junto com o hospital. Desde o começo, trabalhei no setor administrativo e sempre defendo a importância de valorizar esse setor, porque é uma área essencial para que tudo funcione bem. Nós fazemos os controles de orçamento, de compras e de tudo que é necessário para que o São José trabalhe bem por esses 50 anos. Na pandemia, o hospital deu uma importante contribuição para o Estado. Fomos todos para a linha de frente para tentar fazer tudo acontecer da melhor maneira possível.

“

Eu me sinto muito orgulhosa por fazer parte do quadro de funcionários do HSJ, que está de parabéns pelos 50 anos. É importante para o Estado ter um hospital como esse responsável por receber pacientes com doenças infecto-contagiosas de todo o Estado. Os pacientes são atendidos aqui com muita excelência, competência e qualidade, pois temos no quadro de funcionários muita gente competente. Em 2020, tem sido muito desafiador enfrentar a pandemia, porque é uma doença muito complicada, surgiu como uma coisa muito nova e a gente passou por muito sufoco com tantos pacientes dependendo da gente. Eu acredito que foi uma situação chocante para todo o mundo e aqui, no HSJ, todos se mobilizaram para atender de modo eficiente e humanizado. Nós cuidamos de pacientes que, muitas vezes, pediam socorro, você via no semblante as pessoas com medo de morrer. O que mais me marcou nisso tudo foi acompanhar as altas dos pacientes, a gente celebrava muito, todo mundo se reunia, batia palmas, era uma vitória não só para eles, mas também para todo o Hospital São José. Estou muito feliz por trabalhar aqui e a agradeço muito por tudo.

**Nadirlan F. Fontinele**

Diretor administrativo-financeiro do HSJ
Funcionário do HSJ desde 2019

“

O Hospital São José chega aos 50 anos com um nível de maturidade institucional e um posicionamento muito bem estabelecido perante a sociedade. Nós, como gestores, temos a necessidade constante de seguir trabalhando pelo bem estar do nosso paciente, sempre procurando soluções para aprimorar essas necessidades, inclusive, de estrutura física. Este ano, nós podemos já traçar algumas ações que foram realizadas e que colaboraram para a evolução da estrutura física do hospital. Há uma tendência natural de que, nos próximos meses, essas ações possam avançar ainda mais para que possamos melhorar mais e mais o atendimento do nosso paciente. O hospital chegou aos 50 tendo um longo caminho a percorrer pela frente, mas esse caminho já está muito bem traçado, planejado. 2020 nos trouxe uma série de necessidades emergenciais não planejadas, mas grande parte dessas problemáticas conseguiram ser resolvidas com um mérito muito grande do profissional. Os profissionais do HSJ provaram, mais uma vez, que têm um desempenho excelente”.

**Lúcia Bezerra**

Gerente de Serviços Gerais
Funcionária do HSJ desde 1973

“

Quando eu cheguei, o Hospital São José ainda era um hospital bem primitivo, com poucos pacientes e ainda não existia visita de familiares. As doenças eram tétano, difteria, sarampo e outras que apavoravam as pessoas, mas, desde o começo, eu não tive medo e precisei ser muito destemida. Comecei muito jovem, foi meu primeiro trabalho e eu iniciei na portaria, lidando com pacientes, recebendo, fazendo fichas. Nessa época, não tinha Serviço Social, a gente que recebia e encaminhava, então, eu aprendi muito com os médicos e enfermeiros na prática do dia a dia. As pessoas têm muito compromisso aqui no São José, fazem as coisas por amor mesmo e isso me motivou a ser muito comprometida com a instituição desde sempre. O hospital foi crescendo e, em 1986, recebi o convite do Dr. Anastácio Queiroz para ser gerente de Serviços Gerais, eu fiquei muito surpresa, mas enfrentei e enfrento esse desafio. Procuro sempre fazer o melhor pela instituição, sempre me colocando no lugar do outro e é isso que tento passar para as pessoas que trabalham comigo: fala que a instituição existe por causa dos pacientes. Nosso papel aqui é cuidar, tratar bem, prestar um serviço com qualidade. Trabalhar no São José me traz uma lição muito boa na minha vida. Eu aprendo muito e cresço profissionalmente, espiritualmente ao lado das pessoas que fazem o Hospital São José.

**Marcus Vinicius Pessoa de Castro**

Gerente do Setor de Licitação/Compras
Funcionário do HSJ desde 1996

“

O Hospital São José é diferenciado. Aqui os servidores são vistos com outros olhos pelas gestões, os diretores têm as portas abertas para ouvir e dialogar com todos e essa abertura ajuda muito a resolver os problemas do dia a dia. Esse tratamento diferenciado chega também até os nossos pacientes, que são muito bem tratados e têm um atendimento humanizado. Com a pandemia da Covid-19, o HSJ ficou muito coeso, todos se integraram com um objetivo comum. Os servidores todos atuaram com muita dedicação, houve uma doação sem limites para que os pacientes fossem atendidos e toda a estrutura administrativa funcionasse bem. Todos deram o melhor de si diante desse desafio e foi uma grande prova da coesão desse hospital. De quando eu cheguei, há mais de vinte anos, até agora, eu percebi que os profissionais do São José se qualificaram muito, os processos todos estão evoluindo cada vez mais. O HSJ chega aos 50 anos com muitas melhorias, que eu desejo que só cresçam nos próximos anos”.





ESPILICUTE

GALERIA DE ARTE

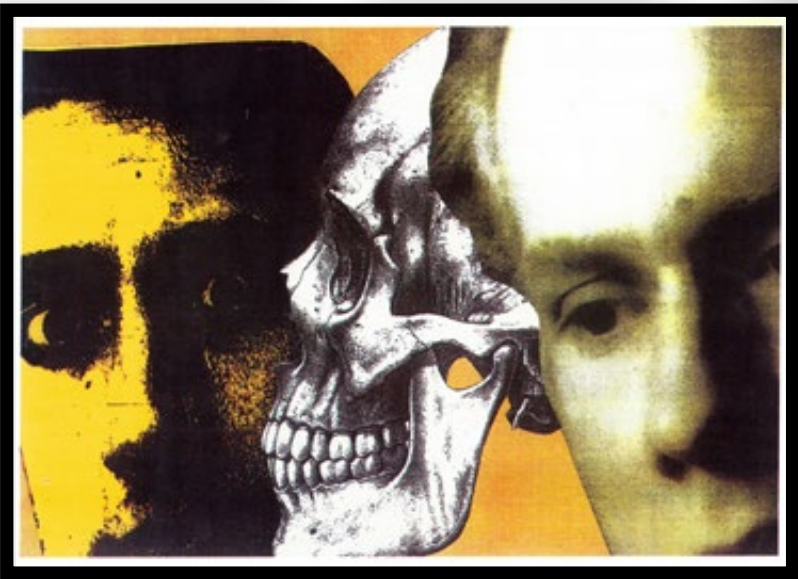
Em meio à pandemia, sobressai a necessidade de mudança na concepção de qualidade de ensino que tenha como único critério a formação científica do médico e não o bom desenvolvimento e a adaptação biopsicossocial do estudante. Estratégias de enfrentamento de problemas mentais gerados pelo estresse e pela ansiedade no momento de pandemia devem ser construídas para gerar um fator de proteção. É evidente que a saúde mental e o funcionamento psicológico ideal dos estudantes de Medicina são importantes para o treinamento de médicos eficazes. Atravessar esse momento de pandemia pela Covid-19 exigiu uma estratégia de coping para ajudar os alunos a vivenciar e extravasar seus medos, sendo a arte a melhor forma de expressão, além de mais bela, deixando como parte do legado deste momento histórico para as gerações futuras.



Bruno Fales
Aluno de Medicina da Unichristus

Uma vereda de senescer

A alvorada do ser
Celebrada por todos
O novo acaba de acontecer
Logo caímos no engodo
O epílogo é além
Desenvolver em ascendência
Meus iguais não têm declínio
E se não produzir um líneo?
Se, no frenesi, intermitência?
Se repulsa ao olhar de outrem?
Caso caia em sujeição
O cárcere o espera
O crepúsculo, pequena quimera
Frente uma vida sem elação



Glauco Mariano Sobreira
Médico do Hospital São José



Lírios de Luz

Ao Hospital São José

Como se enviada por anjos, ergue-se a
Casa de Isolamento.
Ali, a tuberculose, o sarampo, a crupe...
ganham tratamento.
À feição de milagres, vai aniquilando todo
mal infeccioso.
Já não se vê à beira do leito da meningite
algo tão pavoroso.

Tem braços de bondosa criatura, adota
abatidos enfermos:
Homens, mulheres, guris... febris,
sobreviventes do ermo.
Alcança o nome de santo porque fez o que
fez, e é o que é:
Padroeiro dos operários, dos imigrantes,
dos pais - São José.

O artesão com sua fina adaga desbasta
crostas, úlceras, pus.
Dia a dia livra doentes da urna e familiares
de maiores dores.
Angaria empenhos dos Lenhosos braços
de fiéis servidores.

Ensina a cura e não mensura os lírios e
nardos que tanto reluz.
Enchem-se de esperanças todos os que
percorrem suas rampas.
É imortal pois a eternidade vem da luz que
há tempo estampa.

Jesus Irajacy Costa
Médico e escritor



Iana Lima Fernandes
Aluna de Medicina da Unichristus



REGRAS DA REVISTA

SUBMISSÃO DE CONTEÚDO PARA REVISTA VIVER SÃO JOSÉ

Enviar para ceap.hsj@gmail.com

Os trabalhos podem ter os seguintes formatos:

ARTIGO ORIGINAL

Artigos resultantes de pesquisa original teórica ou empírica (até 6.000 palavras). Estrutura do manuscrito: folha de rosto, resumo, palavras-chave, introdução, métodos, resultados, discussão, conclusões e referências.

ENSAIO

Artigo com análise crítica sobre um tema específico relacionado à saúde (até 3.000 palavras). Estrutura do manuscrito: folha de rosto, resumo, palavras-chave, o corpo do manuscrito não tem estrutura específica e referências.

ARTIGO DE REVISÃO

Artigo baseado exclusivamente em fontes secundárias, contendo revisão crítica da literatura pertinente ao escopo da Revista (até 6.000 palavras). Estrutura do manuscrito: folha de rosto, resumo, palavras-chave, introdução, métodos, discussão, conclusões e referências.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Artigo que apresenta experiência inovadora na saúde, acompanhada de reflexão teórica pertinente (até 3.000 palavras). Estrutura do manuscrito: folha de rosto, resumo, palavras-chave, introdução, relato de experiência, conclusões e referências.

Entrevista (bastidores), reportagem, depoimentos e educação continuada: notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até 1.200 palavras). Estrutura do manuscrito: Folha de rosto O corpo do manuscrito não tem estrutura específica Referências

RESUMO DA DISSERTAÇÃO E TESE

Defendida e aprovada em universidade brasileira ou estrangeira (até 6.000 palavras). Estrutura do manuscrito: folha de rosto, resumo, palavras-chave, introdução, métodos, resultados, discussão, conclusões e referências.

CASOS POR IMAGEM

Máximo de 3 imagens e até 1.200 palavras com referências.



REVISTA

VIVER SÃO JOSÉ

REVISTA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

Hospital
São José



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde