

REVISTA

VIVER SÃO JOSÉ

REVISTA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS

VIDAS SALVAS

HSJ ALCANÇA MARCA DE 1.500 PACIENTES RECUPERADOS DE COVID-19

CAPACETE ELMO

EQUIPE DE FISIOTERAPIA DO HSJ RELATA EXPERIÊNCIA COM USO DO EQUIPAMENTO EM PACIENTES

ENTREVISTA

ALDO LIMA, PRIMEIRO RESIDENTE EM INFECTOLOGIA DO HSJ, CONTA DETALHES DE SUA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

ENSINO E PESQUISA

HSJ TORNA-SE CELEIRO PARA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E CONTRIBUI PARA A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS RECONHECIDOS NO BRASIL E NO EXTERIOR

REVISTA

VIVER SÃO JOSÉ

REVISTA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS

A Revista Viver São José chega à segunda edição com o intuito de apresentar ao leitor o papel de destaque do Hospital São José (HSJ) nos âmbitos do ensino e da pesquisa. Ao longo de 51 anos de história, a instituição, que é referência no tratamento de doenças infectocontagiosas no Ceará, contribuiu para a formação de profissionais das mais diversas áreas da saúde.

É neste contexto, marcado por aprendizado e troca de conhecimento, que o São José torna-se terreno fértil para a produção científica, fomentando a realização de inúmeros trabalhos acadêmicos. A Covid-19, principal desafio enfrentado pela unidade hospitalar nos últimos dois anos, ocupa novamente espaço importante na publicação, que aborda as nuances da pandemia em diferentes perspectivas.

Os artigos, depoimentos, entrevistas e reportagens desta edição traduzem o vínculo que a unidade hospitalar construiu com a ciência e com a academia em cinco décadas de existência. No entanto, o conteúdo da Revista continua tendo como característica a simplicidade, uma das peculiaridades do HSJ. Nomeadas com expressões do linguajar cearense, as seções da publicação reforçam o compromisso do São José de manter um diálogo permanente com sociedade, sempre buscando atingir os diferentes públicos que permeiam a instituição.

SUMÁRIO

EXPEDIENTE

HOSPITAL SÃO JOSÉ

Diretor-geral
Edson Buhamra Abreu

Diretor técnico
Lauro Vieira Perdigão Neto

Diretora clínica
Christianne Takeda

Diretor administrativo-financeiro
Luiz Otavio Sobreira Rocha Filho

REVISTA VIVER SÃO JOSÉ

Editora científica
Melissa Soares Medeiros

Editor de conteúdo
Diego Sombra

Designer gráfico
George Farias

Fotos
Diego Sombra e
Tatiana Fortes

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 legado do ensino e da pesquisa para um hospital habituado a grandes desafios

8

Hora 2 | **FALA, ZÉ!**
Hospital São José celebra recuperação de 1.500 pacientes com Covid-19 durante pandemia

12

Hora 3 | **ARRETADO** - Artigos
Covid-19 em crianças: uma revisão narrativa

18

Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica Temporalmente Associada à Covid-19: artigo de revisão

27

CORRALINDA - Relato de experiência
Experiência da equipe de Fisioterapia do Hospital São José com uso do capacete Elmo em pacientes com Covid-19

30

DO TEMPO DO BUMBA - Artigos de revisão
Bases para validação, detecção e diagnóstico em testes de anticorpos para SARS-CoV-2/Covid-19

34

Hora 4 | **FUXICO**
Relatos de residentes: conheça histórias de profissionais da saúde que realizaram residência no Hospital São José

42

Hora 5 | **DA MULESTA** - Matéria de capa
Hospital São José, um celeiro para o desenvolvimento de ensino, pesquisa e educação permanente

48

Hora 6 | **PROSEADO**
Entrevista com Aldo Ângelo Moreira lima

53

Hora 7 | **ESMIUÇAR** - Artigos
Fístulas Traqueoesofágica (FTE) ou Broncoesofágicas (FBE) em aids

54

Transplante de fígado em hidatidose

57

Hora 7 | **OLHADINHA** - Artigos
Quando a pele revela o diagnóstico da doença sistêmica

59

Covid-19 complicada com aspergilose: caso por imagem

61

Hora 8 | **ESTUDA, MENINO** - Artigos
Um ano de pandemia de Covid -19: a experiência do serviço social no Hospital São José de Doenças Infecciosas

66

Atuação da psicóloga em hospital de doenças infecciosas: compreendendo sua inserção

70

Hora 9 | **FUTRICAR**
Dicas de filmes e livros

74

Hora 10 | **BALADEIRA**
Sob holofotes: Hospital São José é destaque nos meios de comunicação durante a pandemia

78

Hora 11 | **ESPILICUTE** - Galeria de arte
Um espaço para respirar arte e cultura

82

Hora 12 | **REGRAS DA REVISTA**
Submissão de conteúdo para a Revista Viver São José



LERIADO

O LEGADO DO ENSINO E DA PESQUISA PARA UM HOSPITAL HABITUADO A GRANDES DESAFIOS

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

O Hospital São José (HSJ) conclui 2021 com um saldo de conquistas e aprendizados. A pandemia de Covid-19 desencadeou neste ano uma nova onda de infecções, exigindo de todos ainda mais compromisso e dedicação às pessoas acometidas pela doença. Diante do surgimento de variantes do vírus e do medo do que estava por vir, a Ciência, mais uma vez, apresentou-se como um farol para a instituição, lançando luz sobre as possibilidades

de tratamento para os pacientes e norteados as práticas assistenciais.

A segunda edição da Revista Viver São José descortina este panorama marcado por adversidades, troca de conhecimento e histórias de superação. Desta vez, a publicação tem como tema ensino e pesquisa, campos em que a instituição obteve destaque em 51 anos de

existência. O leitor vai conhecer profissionais de saúde que tiveram a oportunidade de realizar residência no hospital e se aprofundar no universo diversificado e intrigante da Infectologia, especialidade na qual o HSJ é referência no Ceará.

É o caso do médico Aldo Ângelo Moreira Lima, primeiro residente do HSJ e entrevistado desta edição. Pesquisador e professor universitário, Aldo revela momentos da sua trajetória até se tornar membro da Academia Brasileira de Ciência, que reúne os mais proeminentes estudiosos do País. O Hospital São José passou a contar com um Programa de Residência Médica em 1977 e, desde então, contribui para a formação de dezenas de infectologistas renomados no Brasil e no exterior.

O HSJ também passou a receber, em 2016, profissionais de outras áreas da saúde que buscam especialização com ênfase em doenças infectocontagiosas, por meio da Residência Integrada em Saúde (RIS). Além de favorecer o debate de ideias e fortalecer o processo de aprendizagem, esta interface multiprofissional colabora para aprimorar a assistência prestada à população.

Abordar a temática do ensino e da pesquisa é, portanto, uma forma de enaltecer a importância dos nossos residentes, que, ao longo das décadas, agregaram qualidade aos serviços ofertados pelo Hospital São José.

Nos últimos dois anos, não foi diferente. O empenho dos profissionais que davam os primeiros passos em direção à Infectologia somou-se à experiência de funcionários já habituados com as intempéries ocasionadas em epidemias de outrora. Independentemente do tempo de carreira, todos compartilharam angústias e superaram os próprios limites na batalha extenuante contra um inimigo desconhecido e envolto de mistérios: a Covid-19.

Nesta jornada repleta de percalços, nos sentimos, muitas vezes, esgotados física e mentalmente, mas nunca perdemos de vista a humanização no trato com os pacientes que davam entrada no Hospital São José. O início da vacinação contra o coronavírus trouxe alento para quem estava na ampla e diversificada linha de frente, composta por funcionários das mais diversas categorias. As vacinas representaram o advento de dias melhores e a esperança de salvar vidas – nosso maior objetivo.

Tivemos a felicidade de atingir, neste ano, a marca de 1.500 pessoas recuperadas de Covid-19 no HSJ. Vibramos a cada alta e nos emocionamos ao receber a gratidão de pacientes que passaram dias e noites no hospital na expectativa pela cura. A Revista Viver São José traz relatos de homens e mulheres que venceram a doença na unidade e puderam voltar para casa, experimentando a sensação única de reencontrar amigos e familiares.

Se por um lado a pandemia nos mostrou que era preciso aproveitar cada minuto de vida, por outro nos obrigou a lidar cotidianamente com perdas. O luto se fez presente na rotina da unidade hospitalar e foi necessário criar estratégias para dar suporte a familiares de pacientes e a profissionais de saúde em sofrimento emocional. Esta teia de acontecimentos estará para sempre na história do Hospital São José e de todos que arduamente trabalham em prol da instituição.

Seguimos mais fortes e confiantes, certos de que você, nosso leitor, terá a chance de se debruçar, nas próximas páginas, sobre trabalhos científicos realizados com afinco por nossos profissionais. A segunda edição da **Revista Viver São José** traduz, em suma, o papel que o HSJ, como unidade pública da rede estadual, desempenha no Estado. A instituição caminha de mãos dadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja defesa é um dever de todos.

Boa leitura e até a próxima edição!





FALA, ZÉ!

Foto: Diego Sombra



HOSPITAL SÃO JOSÉ CELEBRA RECUPERAÇÃO DE 1.500 PACIENTES COM COVID-19 DURANTE PANDEMIA

Por Diego Sombra, Assessor de Comunicação do HSJ

O Hospital São José (HSJ) alcançou a marca de 1.516 pacientes recuperados de Covid-19 durante a pandemia. Como forma de celebrar o número de altas registradas nos últimos dois anos na instituição, profissionais da unidade ergueram balões dourados, formando a frase “1.500 vidas salvas”. O momento reuniu cerca de 50 colaboradores, entre funcionários da assistência e de outras áreas.

“Todas as vidas salvas possuem um valor incalculável para nós do Hospital São José. Pra quem participa dessa instituição, é um presente ter contribuído para que mais de mil e quinhentas famílias pudessem receber de volta seus parentes e, com isso, retomar a rotina. É um prazer

enorme ver todas essas pessoas restabelecendo suas vidas e olhar para trás e saber que todo nosso trabalho e empenho valeram a pena”, afirma Edson Buhamra, diretor-geral do HSJ.

Durante a celebração, os funcionários também comemoraram o aniversário do Sistema Único de Saúde (SUS), que completou 31 anos de existência em 2021. A ação foi organizada pela Assessoria de Comunicação do Hospital São José e pela equipe do Serviço Social da unidade. “O SUS é muito importante para a população brasileira, tendo em vista que, em cada dez brasileiros, sete utilizam o SUS de forma direta do ponto de vista

assistencial, mas todos os brasileiros usam o SUS. Fica muito claro que, se nós não tivéssemos essa grande arquitetura do SUS, com seus níveis de atenção, dificilmente conseguiríamos realizar o enfrentamento à pandemia”, ressalta Elisabeth Amaral, gerente do Serviço Social do HSJ.

VIDAS SALVAS

Ao todo, 675 pacientes venceram a Covid-19 no Hospital São José em 2020. Já neste ano, quando teve início a segunda onda da pandemia, 841 pessoas foram reabilitadas na unidade. Os dados foram contabilizados

pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HSJ. Maria Nilma de Oliveira, de 70 anos, e Andréa de Oliveira, de 43, fazem parte destas estatísticas. Mãe e filha foram hospitalizadas juntas no HSJ em abril deste ano. Recuperadas, elas retornaram à unidade para uma consulta no Ambulatório do pós-Covid, onde Maria Nilma tem sido acompanhada para tratar sequelas da doença.

Criado em abril de 2020, o serviço realizou cerca de 800 atendimentos até agosto deste ano. “Nós temos uma gratidão enorme por todos do hospital, do médico ao zelador. No tempo em que estive aqui, pude ver de perto todo o cuidado e carinho dos profissionais comigo e com

a minha mãe. Hoje, nós estamos curadas e Deus, primeiramente, e o São José são responsáveis por isso”, disse Andréa.

ENFRENTAMENTO À PANDEMIA

Referência no tratamento de doenças infectocontagiosas, o Hospital São José recebeu o primeiro paciente diagnosticado com Covid-19 no dia 20 de março de 2020 – cinco dias após a confirmação dos primeiros casos da doença no Ceará. A instituição, reconhecida pela qualidade dos serviços prestados e humanização no atendimento à população, precisou se adaptar aos desafios impostos pela pandemia. Além de investir na capacitação dos colaboradores, a unidade contratou 160 novos profissionais, entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e funcionários de outras áreas.



Andréa e Maria Nilma foram internadas no HSJ em abril de 2021



Funcionários do HSJ comemoraram o aniversário do Sistema Único de Saúde (SUS), que completou 31 anos em 2021

DEPOIMENTOS DE PACIENTES QUE VENCERAM A COVID-19 NO HOSPITAL SÃO JOSÉ



Leonardo Gurgel Pinto Dias, 46, foi internado no São José em março deste ano e escreveu um livro sobre a experiência no hospital.



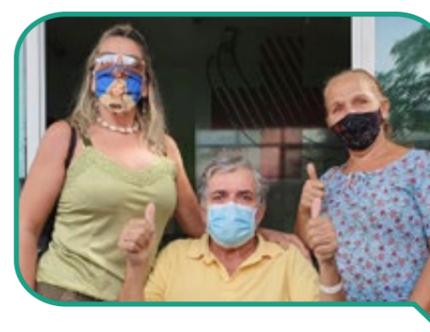
Maria Aparecida da Fonseca, 66, recebeu alta do HSJ em abril de 2021 e pintou um quadro com a imagem do santo que dá nome à instituição.

“

Agradeço demais a atenção que me foi dada por cada um dos profissionais que me atenderam, seja na hidratação, na alimentação, na arrumação da cama, nos banhos, na colocação das fraldas, na realização dos exames de sangue, troca de acesso, na aplicação dos medicamentos, na Fisioterapia”.

“

Esse trabalho é uma forma de expressar minha gratidão pelo São José. Eu fui muito bem tratada por todos e, por isso, queria fazer esta homenagem. Eu nunca pensei de ser tão bem tratada aqui. Confesso que, por ser um hospital de doenças infecciosas, eu tinha até um pouco de medo, mas depois passei a amar. Realmente, os profissionais são empenhados em ajudar todas as pessoas”.



George da Cruz Rebouças, 63, foi hospitalizado no HSJ em dezembro de 2020 após vir de Miami, nos Estados Unidos, para passar um tempo com a família em Fortaleza.



Erbênia Maria Barros Correia, 64, recebeu alta do HSJ em maio de 2021 e pôde celebrar o Dia das Mães ao lado dos filhos.



Luís Carlos de Sousa, 61, foi internado no São José em março deste ano e escreveu um livro sobre a experiência no hospital.

“

O atendimento aqui é 100%. O pessoal todo é ótimo, te atende muitíssimo bem. Eu tenho muito que agradecer a eles, porque são excelentes pessoas e não deixam faltar nada, são atentos com a gente. Super bacana”.

“

O atendimento foi muito bom desde a porta de entrada até a minha saída daqui. O pessoal é muito atencioso, profissional, cuida muito bem da gente. Não tenho nem palavras para agradecer. O Hospital São José é uma unidade de referência, e nós do Ceará estamos de parabéns por termos um hospital como esse”.

“

Aqui foi um dos melhores hospitais que eu já vi, desde o zelador ao diretor. Os médicos, as enfermeiras, os técnicos, as nutricionistas... foi a melhor equipe de hospital que eu já vi”.



ARRETADO | Artigos

COVID-19 EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO NARRATIVA

Ylana Mara Santiago Galdino Portela^{1*}, Natália Arruda da Ponte Lopes¹, Robério Dias Leite^{2,3},
Michelle Rodrigues Pinheiro^{4,5}, Renata Borges de Vasconcelos⁶, Gláucia Maria Lima Ferreira².

1. Médica Pediatra do Programa de Residência Médica em Infectologia Pediátrica da Escola de Saúde Pública (ESP/CE), Fortaleza, Ceará, Brasil.
2. Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), Fortaleza, Ceará, Brasil.
3. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.
4. Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, Ceará, Brasil.
5. Instituto Doutor José Frota (IJF), Fortaleza, Ceará, Brasil.
6. Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará, Brasil.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, um novo coronavírus foi identificado na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Este vírus rapidamente provocou uma epidemia em todo o país chinês e, em curto intervalo de tempo, se espalhou pelo mundo, trazendo um cenário global de incertezas e medo.¹

O SARS-CoV2, causador da doença Covid-19, é o sétimo coronavírus conhecido que acomete humanos. Pertencente à família Coronaviridae, trata-se de um vírus de ácido ribonucleico (RNA) envelopado, com alta virulência e transmissibilidade, sendo responsável por uma Síndrome Respiratória Aguda Grave de alta letalidade.^{1,2}

No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em fevereiro de 2020 e selou uma das maiores pandemias já existentes. A pandemia da Covid-19 representou, desde a pandemia de influenza A H1N1, em 1918, a ameaça mais grave à saúde pública.³

As crianças são vulneráveis à infecção por SARS-CoV-2 e, geralmente, apresentam sintomas mais leves que os adultos, com raros casos de morte.⁴

Embora várias pesquisas estejam em andamento, incluindo a testagem de medicamentos que possam tratar com segurança a Covid-19, até o momento não há uma terapêutica específica voltada para a doença, o que nos leva a manter as medidas preventivas para evitar a contaminação e disseminação dela.¹ Agências governamentais também fomentaram medidas para contenção da transmissão do SARS-CoV-2 que incluíram o fechamento de estabelecimentos, intensificação dos cuidados com a saúde, quarentenas e o impedimento de aglomerações de pessoas.³

A história da Covid-19 ainda está sendo escrita. A difusão de conhecimentos sobre a doença no contexto global se torna urgente. Este estudo tem por objetivo realizar uma revisão narrativa acerca das manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento e prognóstico de crianças acometidas pela Covid-19, dada à importância do conhecimento destas informações para o alcance de um melhor manejo clínico e prognóstico do paciente pediátrico.

METODOLOGIA

Estudo elaborado a partir de uma revisão narrativa da literatura, de natureza qualitativa, envolveu a busca de estudos nas bases de dados Scielo, Lilacs e Pubmed. O processo de coleta do material foi realizado de forma não sistemática, entre janeiro e fevereiro de 2021.

A revisão procurou descrever e discutir o “estado da arte” do tema proposto, a partir de uma leitura profunda, completa e crítica das literaturas científicas selecionadas. Este tipo de estudo contribuiu com o debate da temática, levantando questões importantes e auxiliando no agrupamento de informações atualizadas sobre o tema.

Os descritores utilizados foram “infecções por coronavírus” e “crianças”, combinado ao operador booleano “and”, a fim de obter uma maior relação entre os temas e aprimorar a qualidade da busca e dos achados de estudos sobre o tema. Foram excluídos os estudos que se limitavam a tratar de temas gerais que não diziam respeito ao propósito deste estudo.

Os materiais foram selecionados intencionalmente, lidos na íntegra, categorizados e analisados criticamente.

DISCUSSÃO

Em detrimento da dinamicidade das informações disponíveis sobre a Covid-19 e suas manifestações clínico-epidemiológicas, tentamos, com este estudo, reunir informações atualizadas e de interesse para a comunidade científica acerca da Covid-19 em crianças.

CATEGORIA 1: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA COVID-19 EM CRIANÇAS

Os sinais e sintomas da Covid-19 presentes em crianças variam dos mais leves e comuns aos mais graves, podendo, também, as crianças serem assintomáticas.⁵ Estudos apontaram que os sintomas leves mais comuns (1%-5%) em crianças com Covid-19 foram febre, tosse, coriza, falta de ar, mialgia, fadiga e irritabilidade.^{6,3,4,1,7} A insuficiência respiratória aguda é menos frequente na pediatria, porém, quando presente, se manifesta de maneira menos grave quando comparamos com crianças menores (inferior a três anos) e adultos. Manifestações cutâneas, sem sintomas respiratórios, também foram encontradas em crianças que testaram positivo para Covid-19.⁸ Tais manifestações podem estar atreladas às interações medicamentosas e às reações adversas provocadas pelo uso de determinados fármacos.⁵

Diarreia, anorexia, vômitos, náuseas, dor abdominal e sangramento gastrointestinal são os sinais e sintomas gastrointestinais mais frequentes nos casos graves de Covid-19, podendo afetar 3% a 79% das crianças, adolescentes e adultos.^{6,7}

Os recém-nascidos apresentam maior potencial de adoecimento e de gravidade quando comparados com crianças maiores de três anos. Crianças menores de um ano estão mais vulneráveis ao SARS-COV-2⁷ com evolução, em alguns casos, para a síndrome inflamatória multissistêmica em crianças (MIS-C) e a doença de Kawasaki (DK). As crianças com DK evoluem com febre por mais de cinco dias e pelo menos quatro dos sinais e sintomas são: exantema, conjuntivite, alterações orais, edema de mãos ou pés e adenomegalia $\geq 1,5$ cm de diâmetro. Já as crianças que evoluem com quadros graves de MIS-C apresentam sintomas relacionados à disfunção multiorgânica e elevados níveis séricos de marcadores inflamatórios, além da febre persistente (febre superior a três dias).^{9,1}

Quadros mais graves de Covid-19 podem ocorrer em crianças portadoras de comorbidades como doenças



crônicas pulmonares, neuromusculares, cardíacas e genéticas, assim como nas imunossuprimidas.⁶

CATEGORIA 1.1: COVID-19 NEONATAL

Na China, acredita-se que um recém-nascido foi infectado ainda intraútero, tendo em vista que, imediatamente após o parto, foi detectada nele a presença de elevados níveis séricos de anticorpos IgG e IgM para SARS-COV-2, mesmo tendo nascido com boas condições vitais e sem sintomas respiratórios. Os resultados da reação em cadeia da polimerase – transcriptase reversa (RT-PCR) de coletas de swab de soro, nasofaringe, leite materno e secreções vaginais foram negativos.⁵

A transmissão horizontal pela mãe e pelas pessoas próximas que auxiliam nos cuidados do bebê é uma possibilidade, em virtude de resultados IgM falso-positivos existentes. Fica a ideia de que é insuficiente afirmar a existência da transmissão da Covid-19 por via transplacentária.

Quanto ao aleitamento materno, não há evidências de presença do SARS-COV-2 no leite materno, reforçando que as mães devem amamentar seus filhos, seguindo as medidas de proteção: uso de máscara e lavagem das mãos com água e sabão e álcool a 70%.⁵

CATEGORIA 2: DIAGNÓSTICO DA COVID-19 EM CRIANÇAS

A avaliação clínica sempre será a mais importante ferramenta diagnóstica. Assim, os exames de imagem e os exames laboratoriais são importantes para o alcance do diagnóstico e a orientação adequada das estratégias de promoção da saúde e de prevenção de agravos.

O exame laboratorial recomendado pelo Ministério da saúde (MS) para o diagnóstico seguro da Covid-19 em pacientes sintomáticos entre o terceiro e o sétimo dia da doença, ou até o oitavo dia dela, é o teste molecular RT-PCR para a detecção do vírus SARS-COV-2 em mucosas e secreções respiratórias de pacientes suspeitos. Até o momento, é o único teste de escolha para o diagnóstico seguro da Covid-19.^{1,10}

Quanto aos exames de imagem, Rabha et al., 2020, avaliou 115 crianças com diagnóstico de Covid-19. 69 delas realizaram radiografia de tórax e seis realizaram tomografia de tórax.⁷ As radiografias de tórax evidenciaram imagens alteradas em cerca de 45% das crianças. Para as que realizaram a tomografia de tórax, os

achados clínicos foram sugestivos de pneumonia.

No estudo de Safadi, 2020, para as crianças diagnosticadas com Covid-19 submetidas ao exame radiológico, 1/3 delas apresentou opacidade bilateral em vidro fosco.³ As alterações foram observadas também em imagens da TC de tórax de crianças assintomáticas, reforçando a importância de associar as manifestações clínicas aos exames de imagem e laboratoriais, na tentativa de poder diagnosticar precocemente a pneumonia por Covid-19 e evitar complicações.

CATEGORIA 3: TRATAMENTO DAS CRIANÇAS COM COVID-19

No momento, não existem medicamentos específicos direcionados para o tratamento da SARS-CoV-2. Estudos e recomendações acerca da terapêutica medicamentosa vêm crescendo, o que implica a necessidade de os profissionais de saúde buscarem constantemente atualizações e recomendações sobre o manejo clínico da Covid-19 em crianças.⁵

Para o tratamento da Covid-19 leve em crianças, ficam recomendadas a ingestão de líquidos e uma boa nutrição. As crianças costumam apresentar um quadro de síndrome gripal, podendo, às vezes, ser acompanhado de distúrbios gastrointestinais.^{3,1} As crianças deverão seguir isolamento domiciliar e deverão ser reavaliadas e monitoradas, caso haja o aparecimento de complicações. Recomenda-se que o isolamento domiciliar para crianças sintomáticas perdure por 10 dias, a partir do início dos sintomas e com três dias de melhora dos mesmos. Para as assintomáticas, indica-se um período mínimo de 10 dias após a realização do exame diagnóstico.⁵

Algumas crianças podem evoluir com quadro de insuficiência respiratória aguda grave, cianose e sinais clínicos associados ao choque, daí a necessidade de uma boa reavaliação profissional, a fim de que o manejo clínico seja eficaz e resolutivo, evitando o óbito precoce.¹ As crianças que evoluem com quadros mais graves da doença devem ser hospitalizadas e receber todo o suporte clínico assistencial necessário, que vai desde a oxigenoterapia, por meio de suporte ventilatório invasivo ou não, até o suporte hídrico e eletrolítico, antibioticoterapia e corticoterapia, quando houver indicação.⁵

As crianças hospitalizadas com quadros graves da doença devem estar sob monitoramento para pneumonia bacteriana e demais infecções secundárias, através de



culturas e outros exames microbiológicos e de controle clínico.¹⁰

Segundo Rabha et al., 2020, em um hospital de São Paulo, as crianças acometidas com Covid-19 foram tratadas com antibióticos em monoterapia, sendo que os antibióticos mais usados foram Azitromicina, Ceftriaxona, Amoxicilina com Clavulanato, Cefuroxima, Claritromicina e Levofloxacino respectivamente.⁷

Em detrimento da quantidade reduzida de casos graves em crianças, não há, no momento, uma terapêutica direcionada para tratar crianças, assim como estão fazendo com adultos.^{5,3,10} O que se sabe é que os antivirais devem ser utilizados nos casos graves da doença, sendo a droga de escolha o Remdesivir, quando os benefícios de usá-lo superam os riscos para casos graves da doença. As crianças que evoluem com quadro de MIS-C, e que atendem aos critérios para a doença de Kawasaki, devem ser tratadas com altas doses de imunoglobulina intravenosa e anticoagulantes, seguindo as recomendações vigentes. Nos casos de maior gravidade, associados a um quadro inflamatório persistente, a terapia com corticosteroide deve ser considerada.⁵

Exames laboratoriais devem ser realizados para monitorar possíveis complicações e orientar a terapêutica adequada disponível. Embora não exista um padrão laboratorial que direcione condutas clínicas, a sintomatologia e a avaliação clínica acurada da criança doente devem ser fundamentais junto à interpretação dos achados laboratoriais e manejo terapêutico.^{1,10}

Os marcadores laboratoriais comuns são hemograma, proteína C reativa, procalcitonina, enzimas hepáticas, enzimas musculares e D-dímero.^{1,1}

CATEGORIA 4: PROGNÓSTICO DE CRIANÇAS COM COVID-19

Infecções por SARS-Cov-2 em crianças são menos frequentes que em adultos e apresentam um prognóstico melhor.⁵ As razões para isto ainda não estão bem esclarecidas.

Sabe-se que o prognóstico em crianças maiores de três anos é melhor que em crianças muito pequenas, uma vez que a gravidade do quadro clínico da Covid-19 se apresentou maior em crianças mais novas. A maioria das crianças infectadas desenvolveu sintomas leves da doença, limitados a sintomas gripais comuns para a faixa etária.^{5,7}

Crianças que apresentam comorbidades estão sob um risco maior de desenvolver a forma grave da Covid-19 e, assim, necessitar de tratamento especializado em Unidades de Terapia Intensiva.^{5,3,6}

CONCLUSÕES

Desde o surgimento da pandemia, comunidades científicas do mundo inteiro fomentaram estudos que pudessem trazer respostas para o tratamento específico da SARS-COV-2 e, assim, alcançar um manejo clínico adequado para a doença.

Pesquisas em torno de uma vacina com alto poder de eficácia e proteção se tornou uma demanda urgente. Para as crianças, a vacina se encontra em fase de testes, ficando a comunidade pediátrica à espera. O reforço das medidas de prevenção, que incluem o uso de máscaras, lavagem das mãos e o distanciamento social como formas de proteção, é o que temos de eficiente hoje.

Necessitamos de estudos que tragam achados específicos acerca das manifestações clínicas e do manejo clínico da SARS-COV-2 em crianças, a fim de tornar possível conduzir o público infantil com mais segurança, minimizando complicações e evitando desfechos fatais.

REFERÊNCIAS

1. Fiocruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente [internet]. 2020 [cited 2021 Feb 9]; sn; 1-67. Available from: < <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencaocrianca/covid-19-saude-crianca-e-adolescente>>.
2. Uzunian A. Coronavírus SARS-CoV-2 e Covid-19. J. Bras. Patol. Med. Lab. [Internet]. 2020 Ago [cited 2021 Jan 19]; 56:e3472020. Available from: < http://www.scielo.br/scielo.ript=sci_442020000100051&lng=en>. <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20200053> .
3. Safadi MAP. As características intrigantes da COVID-19 em crianças e seu impacto na pandemia. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2020 Jun [cited 2021 Jan 21]; 96 (3): 265-268. Available from: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572020000300265&lng=en>. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2020.04.001>.
4. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. Acta Paediatr. [internet] 2020 Jun [cited 2021 Jan 21]; 109(6):1088-1095. Available from: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32202343/>>. doi: 10.1111/apa.15270.

ncbi.nlm.nih.gov/32202343/>. doi: 10.1111/apa.15270.

5. Yamamoto L et al. Infecções por SARS-CoV-2 com ênfase em pacientes pediátricos: uma revisão narrativa. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 15]; 62:e65. Available from: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652020000100406&lng=en>. <https://doi.org/10.1590/s1678-9946202062065> .

6. Oba JCWB et al. Manifestações gastrointestinais e terapia nutricional durante a pandemia de COVID-19: um guia prático para pediatras. [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 15]; 18:eRW5774. Available from: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082020000100405&lng=en>. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020rw5774.

7. Rabha AC et al. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM COVID-19: RELATO DOS PRIMEIROS 115 CASOS DO HOSPITAL INFANTIL DO SABARÁ. Rev. paul. pediatr. [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 15]; 39: e2020305. Available from: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822021000100445&lng=en>. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020305> .

8. Castro HRC et al. COVID-19 “La Piel Se Expresa” Comportamiento en la Población Pediátrica. Acta Pediátrica Hondureña [internet]. 2020 Sep [cited 2021 Feb 15]; 11(1): 3-7. Available from: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1140364>>.

9. Farias ECF et al. SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISISTEMÁTICA EM CRIANÇA ASSOCIADA À DOENÇA DE CORONAVIRUS 19 NA AMAZÔNIA BRASILEIRA: RESULTADO FATAL EM UM BEBÊ. Rev. paul. pediatr. [Internet]. 2020 Aug [cited 2021 Feb 14]; 38:e2020165. Available from: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822020000100611&lng=en> . <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2020165> .

10. Brasil, Ministério da Saúde. ORIENTAÇÕES PARA MANEJO DE PACIENTES COM COVID-19. [internet]. 2020 Jun [cited 2021 Feb 22]; sn:5-44. Available from: < <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-Orientac--o--esManejoPacientes.pdf>>.





SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA TEMPORALMENTE ASSOCIADA À COVID-19: ARTIGO DE REVISÃO

Natália Arruda da Ponte Lopes¹, Ylana Mara Santiago Galdino Portela¹, Robério Dias Leite², Michelle Rodrigues Pinheiro³, Luana Duarte Wanderley Cavalcante⁴, Gláucia Maria Lima Ferreira⁵.

1. Médica Pediatra. Programa de Residência Médica em Infectologia Pediátrica do Hospital São José de Doenças Infecciosas, Escola de Saúde Pública, Fortaleza, Ceará.
2. Médico Infectologista Pediátrico do Hospital São José de Doenças Infecciosas. Professor de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Doutor em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria.
3. Médica Infectologista Pediátrica do Hospital Universitário Walter Cantídio.
4. Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.
5. Médica Infectologista Pediátrica do Hospital São José de Doenças Infecciosas. Supervisora da Residência Médica de Infectologia Pediátrica do Hospital São José de Doenças Infecciosas.

INTRODUÇÃO

No final de abril de 2020, o Sistema Nacional de Saúde Inglês emitiu um alerta relatando a identificação de uma nova apresentação clínica em crianças e adolescentes, possivelmente associada à Covid-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Relatórios publicados desde o início de sua apresentação fortalecem a hipótese de que ela seja uma complicação rara de Covid-19 em crianças^{1,2}.

Os pacientes apresentaram uma síndrome inflamatória multissistêmica, com manifestações clínicas e alterações dos exames complementares semelhantes às observadas na doença de Kawasaki (DK), Síndrome de Ativação Macrofágica (SAM) e síndrome do choque tóxico^{3,4}. Essa condição foi denominada Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), temporalmente associada à Covid-19,

síndrome hiperinflamatória pediátrica ou choque hiperinflamatório pediátrico^{2,3}.

No Brasil, em julho de 2020, o Ministério da Saúde implantou o monitoramento nacional da ocorrência de SIM-P e, através da Secretaria de Vigilância em Saúde, iniciou o monitoramento do fluxo de informações das notificações da SIM-P em todo o País, por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações⁴.

A literatura sobre SIM-P, assim como a compreensão a respeito do espectro clínico completo desta síndrome, ainda está evoluindo. Ressalta-se a importância de novos estudos envolvendo esta temática que aprimorem a prática clínica e consolidem os cuidados pediátricos baseados em evidências.

Este trabalho teve como objetivo caracterizar a epidemiologia, apresentação clínica, critérios

diagnósticos, achados laboratoriais e de imagem, fisiopatologia e tratamento desta doença emergente, com risco de gravidade e potencialmente associada à Covid-19.

METODOLOGIA

Revisão de literatura elaborada a partir de pesquisa de dados com relevância estatística publicados nas seguintes bases eletrônicas: PubMed, CAPES e UpToDate. Também foram utilizadas publicações de fontes oficiais reconhecidas nacionalmente, como Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), e internacionalmente, incluindo Organização Mundial da Saúde (OMS) e Academia Americana de Pediatria, sobre síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica temporalmente associada à Covid-19.

Foram buscados textos publicados entre abril de 2020 e abril de 2021 e escolhidas as publicações consideradas mais relevantes (por

maior tamanho da amostra e maior detalhamento clínico dos casos). As palavras-chave utilizadas foram: síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica, hiperinflamação multissistêmica, Covid-19 e suas correspondentes em inglês, sendo incluídos artigos indexados originais, definições, consensos e diretrizes envolvendo aspectos epidemiológicos, diagnósticos, fisiopatológicos e terapêuticos desta doença.

DISCUSSÃO

Os relatórios iniciais sobre SIM-P surgiram no Reino Unido em abril de 2020. Desde então, foram publicados relatos de crianças afetadas de forma semelhante em outras partes do mundo, incluindo Canadá, Estados Unidos, vários países da Europa e África do Sul^{1,3,5,6}. Surpreendentemente, houve poucos relatos de SIM-P na China e em outros países com altas taxas de Covid-19 no início da pandemia³.

Dados observacionais apontam que a SIM-P seja uma síndrome pós-infecciosa, pois, na maioria dos casos, os sintomas iniciam de três

a quatro semanas após a infecção aguda pelo novo coronavírus, também denominado Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2). Muitas crianças afetadas apresentam teste de reação em cadeia de polimerase (PCR) negativo para SARS-CoV-2, mas têm sorologia positiva, um achado que apoia ainda mais a hipótese de que a SIM-P esteja relacionada à desregulação imunológica que ocorre após a infecção aguda ter passado. No entanto, algumas crianças apresentam teste de PCR positivo na vigência de SIM-P³.

A criança pode ter sido infectada por um contato assintomático, mas, em alguns casos, nem a criança nem seus cuidadores sabem ter sido infectados. No entanto, ainda faltam evidências robustas que confirmem essa associação¹.

Embora algumas crianças com SIM-P preencham critérios para DK completa ou incompleta, sua epidemiologia difere da DK clássica. A maioria dos casos ocorreu em crianças mais velhas e adolescentes previamente saudáveis³.

A epidemiologia da SIM-P também difere da observada na doença aguda pelo SARS-CoV-2 em crianças, que tende a ser mais grave em bebês menores de um ano e em crianças com problemas de saúde subjacentes³.

O risco de desenvolver SIM-P parece variar conforme a raça e a etnia. Crianças negras e hispânicas têm sido afetadas de forma desproporcionalmente maior do que crianças asiáticas, as quais respondem por pequeno número de casos³.

O quadro clínico da SIM-P inclui febre persistente, com duração média de quatro a seis dias, e sintomas inespecíficos, como dor abdominal, diarreia, vômitos, erupção cutânea, conjuntivite, envolvimento de membrana mucosa (edema e fissura de lábios, língua em framboesa), sintomas neurocognitivos (cefaleia, letargia, confusão mental), sintomas respiratórios, odinofagia, mialgia, edema de mãos e/ou pés e linfadenopatia (tabela 1)³, podendo evoluir para insuficiência circulatória com necessidade de cuidados intensivos^{2,4-7}.



Foto: Tatiana Fortes (Governo do Ceará)

Tabela 1 – Manifestações clínicas de SIM-P

SINTOMAS PRESENTES	FREQUÊNCIA (%)
Febre persistente (duração média de 4 a 6 dias)	100
Sintomas gastrointestinais (dor abdominal, vômito, diarreia)	60 a 100
Erupção cutânea	45 a 76
Conjuntivite	30 a 81
Envolvimento de membrana mucosa (edema e fissura de lábios, língua em framboesa)	27 a 76
Sintomas neurocognitivos (dor de cabeça, letargia, confusão mental)	29 a 58
Sintomas respiratórios (taquipneia, dificuldade para respirar)	21 a 65
Odinofagia	10 a 16
Mialgias	8 a 17
Edema de mãos/pés	9 a 16
Linfadenopatia	6 a 16
ACHADOS LABORATORIAIS	FREQUÊNCIA (%)
Contagens anormais de células sanguíneas	
Linfocitopenia	80 a 95
Neutrofilia	68 a 90
Anemia leve	70
Trombocitopenia	31 a 80
Marcadores inflamatórios elevados	
Proteína C-reativa	90 a 100
Velocidade de hemossedimentação	75 a 80
D-dímero	67 a 100
Fibrinogênio	80 a 100
Ferritina	55 a 76
Procalcitonina	80 a 95
Interleucina - 6	80 a 100
Marcadores cardíacos elevados	
Troponina	50 a 90
BNP ou NT-pro-BNP	73 a 90
Hipoalbuminemia	48 a 85
Enzimas hepáticas levemente elevadas	62 a 70
Lactato desidrogenase elevada	10 a 60
Hipertrigliceridemia	70

Fonte: Adaptado de Son MB; Friedman K3

*As frequências listadas nesta tabela representam a proporção de pacientes com cada achado entre aqueles testados ou avaliados para o achado. Nem todos os pacientes foram avaliados ou testados para cada um.

Na maior série de casos, que envolveu 186 pacientes com menos de 21 anos de idade, foi evidenciado que a maioria dos pacientes (70%) tinha infecção pelo SARS-CoV-2, antecedente ou concomitante confirmada em laboratório, e a maioria tinha doenças subjacentes documentadas⁵.

Diferentes definições de casos foram usadas em diversos estudos, o que pode explicar parte da variabilidade na frequência relatada desses achados^{1,3-7}. O quadro 1 apresenta os critérios diagnósticos de SIM-P propostos pelo Ministério da Saúde, com base na definição de caso da OMS/ Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e validada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e Instituto Evandro Chagas⁴. O quadro 2 traz a definição de caso de SIM-P baseada nos critérios dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC)³.

Quadro 1 - Definição de caso preliminar de SIM-P – OMS/OPAS

Casos que foram hospitalizados com:
<ul style="list-style-type: none"> • Presença de febre elevada ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) e persistente (≥ 3 dias) em crianças e adolescentes (até 19 anos de idade)
E
<ul style="list-style-type: none"> • Pelo menos dois dos seguintes sinais e/ou sintomas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (oral, mãos ou pés); ◦ Hipotensão arterial ou choque; ◦ Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias (incluindo achados do ecocardiograma ou elevação de troponina ou N-terminal do peptídeo natriurético tipo B (NT-pro-BNP)); ◦ Evidência de coagulopatia (TP, TTPa, D-dímero elevados); ◦ Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal).
E
<ul style="list-style-type: none"> • Marcadores de inflamação elevados (VHS, PCR ou procalcitonina, entre outros).
E
Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa e inflamatória, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócico ou estreptocócico.
E
<ul style="list-style-type: none"> • Evidência de COVID-19 (biologia molecular, teste antigênico ou sorológico positivos) ou história de contato com caso confirmado de COVID-19.
Comentários adicionais:
<ul style="list-style-type: none"> • Podem ser incluídos crianças e adolescentes que preencherem critérios completos ou parciais para síndrome de Kawasaki ou choque tóxico. • Os profissionais de saúde devem considerar a possibilidade de SIM-P em qualquer morte pediátrica característica com evidência de infecção por SARS-CoV-2.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria⁴

OMS: Organização Mundial da Saúde; OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde. TP: Tempo de protrombina; TTPa: Tempo de tromboplastina parcial ativada; VHS: Velocidade de hemossedimentação; PCR: Proteína C-reativa.

Ambas as definições requerem febre (embora difiram quanto à sua duração), pelo menos dois sinais de envolvimento multissistêmico, evidência de infecção ou exposição ao SARS-CoV-2 e exclusão de outras etiologias

potenciais. A definição de caso do CDC exige que a criança apresente sintomas graves que indiquem hospitalização, enquanto a definição de caso da OMS não traz essa condição³.

Quadro 2 - Definição de caso de SIM-P – CDC

Todos os quatro critérios a seguir devem ser atendidos:

1. Idade < 21 anos
2. Apresentação clínica consistente com SIM-P, incluindo todos os seguintes:
 - Febre documentada > 38°C por ≥ 24 horas ou relato de febre subjetiva durando ≥ 24 horas
 - Evidência laboratorial de inflamação, incluindo, mas não se limitando a, **qualquer um dos seguintes**:
 - Proteína C-reativa elevada
 - Velocidade de hemossedimentação elevada
 - Fibrinogênio elevado
 - Procalcitonina elevada
 - D-dímero elevado
 - Ferritina elevada
 - Desidrogenase láctica elevada
 - Nível elevado de interleucina-6
 - Neutrofilia
 - Linfocitopenia
 - Hipoalbuminemia
 - Envolvimento de 2 ou mais sistemas:
 - Cardiovascular (choque, troponina elevada, peptídeo natriurético cerebral (BNP) elevado, ecocardiograma alterado, arritmia)
 - Respiratório (pneumonia, síndrome do desconforto respiratório agudo, embolia pulmonar)
 - Renal (lesão renal aguda, insuficiência renal)
 - Neurológico (convulsão, acidente vascular cerebral, meningite asséptica)
 - Hematológico (coagulopatia)
 - Gastrointestinal (dor abdominal, vômito, diarreia, elevação de enzimas hepáticas, íleo paralítico, sangramento gastrointestinal)
 - Dermatológico (eritema, mucosite, outras erupções cutâneas)
 - Doença grave que requer hospitalização
3. Sem diagnósticos alternativos plausíveis
4. Infecção atual ou exposição recente ao SARS-CoV-2, incluindo qualquer um dos seguintes:
 - RT-PCR positivo para SARS-CoV-2
 - Sorologia positiva
 - Teste de antígeno positivo
 - Contato com Covid-19 nas 4 semanas anteriores ao início dos sintomas.

Comentários adicionais:

- Alguns indivíduos podem preencher os critérios completos ou parciais para a doença de Kawasaki, mas devem ser notificados se atenderem à definição de caso para SIM-P;
- Considere SIM-P em qualquer morte pediátrica com evidência de infecção por SARS-CoV-2.

Fonte: Adaptado de Son MB; Friedman K³
 CDC: Centros de Controle e Prevenção de Doenças. RT-PCR: Reação em cadeia de polimerase em tempo real; SARS-CoV-2: Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave.

À medida que se aprende mais sobre SIM-P, torna-se evidente que existe um espectro clínico variado de gravidade desta doença (quadro 3)³. Na série inicial de casos publicada, foi amplamente relatada a extremidade mais grave do espectro, resultando em alta incidência de choque, envolvimento miocárdico e insuficiência respiratória^{2,3}.

Entre as alterações laboratoriais relatadas em várias séries de casos disponíveis, foram evidenciadas contagens anormais de células sanguíneas, incluindo linfocitopenia, neutrofilia, anemia leve e trombocitopenia; marcadores inflamatórios alterados, incluindo proteína C reativa, velocidade

Quadro 3 – Espectro Clínico de SIM-P

Estado febril inflamatório	Doença semelhante à Doença de Kawasaki	SIM-P grave
Algumas crianças podem apresentar febre persistente e sintomas leves (por exemplo: cefaleia, fadiga). Marcadores inflamatórios podem estar alterados.	Algumas crianças preenchem critérios para Doença de Kawasaki completo ou Doença de Kawasaki incompleto e não apresentam choque ou envolvimento multissistêmico.	Crianças com SIM-P grave apresentam marcadores inflamatórios alterados e envolvimento multissistêmico grave. Envolvimento cardíaco e choque são comuns.

Fonte: Adaptado de Son MB; Friedman K³

de hemossedimentação, D-dímero, fibrinogênio, ferritina, procalcitonina, interleucina-6 (IL-6); marcadores cardíacos elevados, como troponina e peptídeo natriurético cerebral (BNP); hipoalbuminemia; enzimas hepáticas levemente alteradas; lactato desidrogenase elevada e hipotrigliceridemia (tabela 1)³. Marcadores laboratoriais de inflamação parecem correlacionar-se com a gravidade da doença²⁻⁷.

SIM-P inclui um eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações e um ecocardiograma transtorácico. Os ECGs basais podem ser inespecíficos, embora tenham sido descritos arritmias e bloqueios de ramo. Os achados na ecocardiografia inicial podem incluir dilatação de artéria coronária (que pode progredir para aneurisma e até aneurisma coronário gigante), disfunção sistólica de ventrículo esquerdo e derrame pericárdico³.

A fisiopatologia da SIM-P ainda não é bem compreendida. Estudos sugerem que ela resulte de uma resposta imunológica anormal ao vírus, com algumas manifestações clínicas semelhantes às encontradas na doença de Kawasaki³.

A SIM-P parece ser causada por uma resposta tardia ao SARS-CoV-2. Assemelha-se à doença de Kawasaki complicada pela síndrome de ativação macrofágica, embora tenha características peculiares, como diarreia prodrômica, síndrome de extravasamento capilar (que pode levar à hipotensão e choque) e disfunção miocárdica⁶.

A DK tem patogênese ainda desconhecida, porém tem como possível etiologia agentes infecciosos, incluindo coronavírus sazonais ou agentes ambientais

não especificados, e concomitante influência genética no hospedeiro. Ela causa doença inflamatória em vasos de pequenos e médios calibres, costuma acometer crianças menores de cinco anos e sua complicação mais grave é o desenvolvimento de aneurismas coronários, podendo manifestar-se com formas graves de choque ou com critérios para síndrome de ativação macrofágica. A SAM é uma rara complicação de doenças autoinflamatórias e autoimunes que se desenvolve em 1,1% a 1,9% dos pacientes com DK, sendo caracterizada por trombocitopenia e níveis séricos elevados de ferritina e aspartato aminotransferase⁶.

Embora DK e SIM-P possam ter características semelhantes, com predominância do envolvimento cardiovascular, a natureza desse envolvimento parece diferir entre as duas síndromes. Na SIM-P foi observado um subfenótipo mais comum, com envolvimento cardiovascular mais grave e requerendo uso de vasopressor ou drogas vasoativas, mais frequente em crianças maiores de cinco anos e adolescentes⁵.

O tratamento ideal para os casos de SIM-P ainda não é totalmente conhecido. Crianças e adolescentes com sinais e sintomas sugestivos desta síndrome que estejam em bom estado geral, e com exames laboratoriais que não indiquem quadro inflamatório e cardiológico, configuram um quadro leve, podendo ser acompanhados ambulatorialmente, com reavaliação em 24 a 48 horas^{4,7}.

Pacientes com quadros moderados

a graves de SIM-P e aqueles em risco de complicações devem ser internados em hospital. Isso inclui qualquer um dos seguintes: sinais vitais anormais (taquicardia, hipotensão arterial), choque séptico, desconforto respiratório, evidência de envolvimento cardíaco, características de DK (completa ou incompleta), alterações neurológicas (estado mental deprimido, exame neurológico alterado, convulsões), dor abdominal intensa ou vômitos, evidência clínica ou laboratorial de desidratação, evidência laboratorial de lesão renal aguda, lesão hepática ou coagulopatia, condição médica subjacente que possa colocar o paciente em risco aumentado de complicações (como imunodeficiência, doenças cardíacas ou pulmonares)^{4,8}.

O tratamento hospitalar deve ser realizado em locais com unidade de terapia intensiva pediátrica e consiste em medidas de suporte ventilatório, inotrópico e fluidoterapia. Antibioticoterapia empírica está indicada de forma imediata em pacientes com choque e sinais de sepse^{4,8}. A escolha antimicrobiana deve considerar a apresentação clínica e epidemiologia local (ceftriaxona e clindamicina têm sido a associação mais frequentemente utilizada)⁴.

O uso de imunoglobulinas endovenosas (IGEV) deve ser considerado nos pacientes com apresentações moderadas a graves e nos pacientes que preenchem critérios completos ou incompletos para DK e/ou SAM. A dose é de 2 g/kg, administrados em infusão contínua de 12 horas. Considerar também seu uso na síndrome do choque tóxico refratária ao tratamento convencional. A IGEV pode ser repetida nos casos refratários à primeira dose^{4,7,8}.

Quanto ao uso de corticoides, metilprednisolona é o de escolha para os casos de SIM-P⁴. Um grande estudo observacional recente demonstrou que o tratamento inicial da SIM-P com IGEV, associado à metilprednisolona, levou à resolução mais precoce da febre em comparação

com IGEV sozinha como terapia de primeira linha. A terapia combinada também foi associada a menos complicações agudas graves, como disfunção ventricular esquerda aguda e necessidade de suporte hemodinâmico⁹.

Quadro 4 – Resumo do tratamento da SIM-P

Quadros leves: Reavaliação ambulatorial a cada 24-48 horas.

Quadros moderados a graves: internação hospitalar, preferencialmente em locais com UTI:

- ✓ **Suporte ventilatório, inotrópico e fluidoterápico.**
- ✓ **Antibioticoterapia empírica, se sinais de sepse ou choque séptico. Considerar a apresentação clínica e epidemiologia local. Ceftriaxona e clindamicina tem sido a associação mais frequentemente utilizada.**
- ✓ **Imunoglobulina endovenosa: 2 g/kg/dia, em infusão contínua de 12 horas (podendo ser repetida nos casos refratários à primeira dose), associada a**
- ✓ **Metilprednisolona:**
 - 0,8 a 1 mg/kg/dose, endovenosa (EV) de 12/12h (máximo 30 mg por 12 h) durante 5 dias, **ou**
 - 15 a 30 mg/kg/dia, EV, em bolus, durante 3 dias.
- ✓ **Ácido acetilsalicílico: 30 a 50 mg/kg/dia, via oral (VO); reduzir para 3 a 5 mg/kg/dia (máximo 80 mg/dia) VO, desde que afebril por 48 h. Manter por pelo menos 4 semanas, até normalização da contagem plaquetária e confirmação de coronárias normais.**
- ✓ **Tromboprolifaxia anticoagulante (em combinação com tromboprolifaxia mecânica, quando viável):**
 - **Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM) em baixas doses, via subcutânea, 2x/dia:** crianças hospitalizadas com COVID-19 ou doença relacionada, incluindo SIM-P, com D-dímero elevado ou fatores de risco sobrepostos para trombose venosa profunda associados à hospitalização.
 - **Heparina Não Fracionada (HNF) em baixas doses (10 a 12 U/Kg/h) em infusão venosa contínua:** crianças clinicamente instáveis ou com insuficiência renal grave.
- ✓ **Terapias antivirais com imunomoduladores, como anakinra, canakinumabe e tocilizumabe: riscos e benefícios ainda incertos.**

Nesse estudo, de 106 crianças selecionadas para tratamento, 34 receberam IGEV associada à metilprednisolona e 72 receberam IGEV sozinha como terapia de primeira linha. A dose de IGEV foi de 2 g/kg/dia para todos os pacientes. Um total de 30 dos 34 pacientes em uso dessa associação recebeu metilprednisolona na dose de 0,8 a 1 mg/kg/dose, endovenosa (EV), a cada 12 horas (máximo de 30 mg por 12 horas), durante cinco dias; as quatro crianças restantes receberam um bolus de 15 a 30 mg/kg/dia, EV, de metilprednisolona por três dias. Entre as 34 crianças que receberam a combinação de IGEV e metilprednisolona, três (9%) não responderam ao tratamento. Entre as 72 que receberam IGEV sozinha, 37 (51%) não responderam ao tratamento⁹.

Uma vez que o paciente tenha defervescido e melhorado clinicamente, pode-se fazer a transição da metilprednisolona para uma dose oral equivalente de prednisona ou prednisolona no momento da alta e então reduzir gradualmente a dose ao longo de três a quatro semanas⁹.

O ácido acetilsalicílico (AAS) está indicado nos casos de SIM-P com manifestações de DK e/ou plaquetose (> 450.000) na dose de 30 a 50 mg/kg/dia, via oral (VO), devendo esta ser prontamente reduzida para 3 a 5 mg/kg/dia (máximo 80 mg/dia), VO, desde que a criança esteja afebril por 48 horas e mantida até a normalização da contagem plaquetária e confirmação de coronárias, sem alterações após pelo menos quatro semanas do diagnóstico⁴.

A tromboprolifaxia anticoagulante, em combinação com tromboprolifaxia

mecânica com dispositivos de compressão sequencial (quando viável), está indicada em crianças hospitalizadas com Covid-19 ou doença relacionada, incluindo SIM-P, que apresentam níveis de D-dímero marcadamente elevados (pelo menos cinco vezes acima do limite superior da normalidade) ou fatores de risco clínicos (pacientes ≥ 12 anos com mobilidade alterada, obesidade, história de trombo, entre outros), sobrepostos para trombose venosa profunda, associados à hospitalização. Para esses pacientes, a opção preferível de tromboprolifaxia anticoagulante (na ausência de contraindicações, como: plaquetas entre 20.000 e 50.000, administração concomitante de AAS em dose > 5 mg/kg/dia, entre outras) é a heparina de baixo peso molecular em baixas doses, via subcutânea, duas vezes ao dia, direcionada para atingir, quatro horas pós-dose, um nível de atividade antifator X ativado (anti-Xa) de 0,2 a 0,5 U/mL. Para crianças clinicamente instáveis ou com insuficiência renal grave, é sugerido uso de heparina não fracionada em baixas doses (por exemplo 10 a 12 U/kg/h) em infusão venosa contínua, visando a uma atividade anti-Xa de 0,1 a 0,35 U/mL, quatro horas pós-dose. Considerar dosagem terapêutica (direcionada para atingir um nível de atividade anti-Xa de 0,5 a 1 U/mL, quatro horas pós-dose) em pacientes com aneurismas coronários gigantes, função sistólica ventricular reduzida e problemas de trombose¹⁰.

Terapias antivirais no manejo da SIM-P ainda são incertas. Os riscos e benefícios da terapia com imunomoduladores, como anakinra, canakinumabe e tocilizumabe (anti-interleucina-6), ainda não foram adequadamente estabelecidos, sendo

esses agentes recomendados dentro de um contexto de estudo clínico^{4,8}. Um resumo contendo as medidas terapêuticas apresentadas neste trabalho pode ser visto no quadro 4.

CONCLUSÕES

Neste artigo, foram abordadas as atuais definições e recomendações diagnósticas e terapêuticas, baseadas nas evidências científicas publicadas até o momento, sobre síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica, uma doença potencialmente grave e fatal, temporalmente associada à Covid-19.

Apesar da mobilização sem precedentes da comunidade científica em resposta à pandemia de Covid-19, os mecanismos responsáveis pelas diferentes manifestações clínicas da SIM-P relacionadas à idade e etnia, assim como o conhecimento dos aspectos fisiopatológicos que possam guiar a terapêutica de forma mais precisa, ainda não estão totalmente elucidados.

Por ser uma entidade clínica relativamente nova, ainda não se conhecem as consequências da SIM-P a longo prazo. É importante que haja acompanhamento dos pacientes acometidos por essa patologia para que, com isso, sejam realizados estudos que propiciem o esclarecimento de aspectos ainda indefinidos relacionados ao diagnóstico, tratamento e prognóstico da SIM-P, a fim de reduzir a morbidade e mortalidade associadas a essa doença.

Espera-se que esse artigo possa contribuir para divulgação e reconhecimento da SIM-P, através da identificação e correlação do quadro clínico, epidemiológico, laboratorial, imagiológico e fisiopatológico

demonstrados até o presente desta doença e, conseqüentemente, facilitar a abordagem diagnóstica e terapêutica dos pacientes acometidos por esta síndrome.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents with COVID-19: scientific brief, 15 May 2020. World Health Organization, 2020.

2. Riphagen S, Gomez X, Gonzalez-Martinez C, Wilkinson N, Theocharis P. Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic. *Lancet* 2020; 395:1607-8. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31094-1.

3. Son MB, Friedman K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) clinical features, evaluation and diagnosis. *UpToDate*, September, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-mis-c-clinical-features-evaluation-and-diagnosis>. Acesso em 8 abr. 2021.

4. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Infectologia, de Reumatologia, de Cardiologia, de Terapia Intensiva, e de Emergência: Nota de alerta. Notificação obrigatória no Ministério da Saúde dos casos de síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P) potencialmente associada à COVID-19. Rio de Janeiro: SBP; 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/notificacao-obrigatoria-no-ministerio-da-saude-dos-casos-de-sindrome->

inflamatória-multissistêmica-pediátrica-sim-p-potencialmente-associada-a-covid-19/ Acesso em 31 mar. 2021.

5. Feldstein LR, Rose EB, Horwitz SM, Collins JP, Newhams MM, Son MBF, et al. Multisystem Inflammatory Syndrome in U.S. Children and Adolescents. *N Engl J Med*. 2020; 383(4):334-346. doi: 10.1056/NEJMoa2021680.

6. Licciardi F, Pruccoli G, Denina M, Parodi E, Taglietto M, Rosati S et al. SARS-CoV-2-Induced Kawasaki-like hyperinflammatory syndrome: a novel COVID phenotype in children. *Pediatrics*. 2020. doi: 10.1542/ped.2020-1711.

7. American Academy of Pediatrics. Clinical Guidance: Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C). Illinois: AAP; 2020. Disponível em: <http://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-mis-c-interim-guidance/> Acesso em 31 mar. 2021.

8. Son MB, Friedman K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) management and outcomes. *UpToDate*, September, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-mis-c-management-and-outcome?search=sindrome%20inflamatória%20multissistêmica&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3. Acesso em 8 abr. 2021.

9. Ouldali N, Toubiana J, Antona D, Javouhey E, Madhi F, Lorrot M, et al. Association of Intravenous Immunoglobulins Plus Methylprednisolone vs Immunoglobulins Alone With Course Of Fever in Multisystem Inflammatory Syndrome in Children. *JAMA*. 2021;325(9):855-864. doi:10.1001/jama.2021.0694.

10. Goldenberg NA, Sochet A, Albisetti M, Biss T, Bonduel M, Jaffray J, et al. Pediatric/Neonatal Hemostasis and Thrombosis Subcommittee of the ISTH SSC. Consensus-based clinical recommendations and research priorities for anticoagulant thromboprophylaxis in children hospitalized for COVID-19-related illness. *J Thromb Haemost*. 2020 Nov;18(11):3099-3105. doi: 10.1111/jth.15073. PMID: 33174388.



CORRALINDA | Relato de experiência

EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE FISIOTERAPIA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ COM USO DO CAPACETE ELMO EM PACIENTES COM COVID-19

Ana Karine C.B de Paula Gomes¹, Antônio Salvandi de Oliveira Filho², Ivone Maria Correia Lima³, Maryanne de Sousa Tavares⁴, Raquel Azevedo Dantas⁵.

1. Fisioterapeuta e gerente da Fisioterapia do HSJ
2. Coordenador da Fisioterapia da Unidade F
3. Coordenadora da Fisioterapia da Unidade C
4. Coordenadora da Fisioterapia da Unidade D
5. Coordenadora da Fisioterapia da Unidade UTI

INTRODUÇÃO

O capacete Elmo, equipamento de respiração assistida não invasivo que realiza pressão positiva contínua nas vias aéreas, tem contribuído para o tratamento de pacientes internados com quadro de Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA) hipoxêmica leve à moderada de Covid-19. O

aparelho reduz o desconforto respiratório ocasionado pela doença (ESP/CE, 2021).

A terapia é indicada para pacientes com idade acima de 18 anos, diagnóstico suspeito ou confirmado de Covid-19, necessidade de suporte de oxigênio, como cateter nasal de O₂, máscara de reservatório superior a 8Lmin de O₂,



máscara de Venturi 50% e CNAF com FIO2 até 80%, com fluxo a partir de 40 L/min, para manter uma saturação de oxigênio em sangue arterial (SpO2) entre 92% a 96%, apresentando raio-X ou TC de tórax com opacidades parenquimatosas bilaterais das últimas 24h (ESP/CE, 2021).

Estudos clínicos realizados pela Escola de Saúde Pública (ESP/CE) evidenciaram a redução, em até 60%, da necessidade de pacientes serem submetidos a suporte ventilatório invasivo. A resposta à Elmoterapia associa-se à redução da dispnéia, diminuição da FiO2 para manter a Saturação alvo e gasometria arterial, mostrando melhora gradual da relação PaO2/FiO2, sem alteração do pH e da PaCO2 e sem aumento do lactato arterial (ESP/CE, 2021).

O capacete Elmo fundamenta-se na oferta de gás, ar comprimido e oxigênio, produzindo uma pressão positiva na interface através de uma válvula PEEP (Pressão Positiva Expiratória Final), fornecendo uma pressão positiva contínua na via aérea (CPAP) (HOLANDA, 2021).

A Fisioterapia é uma profissão da área da saúde que tem como objetivos a prevenção e tratamento de dificuldades funcionais do corpo, sejam elas decorrentes de traumas, doenças adquiridas ou genéticas.

Segundo Valle e et al, a Fisioterapia se faz relevante aos pacientes com Covid-19, pois tem como objetivos: cuidados respiratórios; protocolo de VMI protetora para minimizar o risco de ocorrência de lesão pulmonar; Ventilação não-invasiva (VNI) e respiração com pressão positiva inspiratória (RPPI); técnicas de remoção de secreção; protocolo de mobilização precoce; exercícios e

intervenções de reabilitação, entre outros. Podemos, então, incluir o manejo do capacete Elmo por fisioterapeutas como uma das atribuições desta profissão.

O presente trabalho objetiva relatar a experiência da equipe de Fisioterapia do Hospital São José com a utilização do capacete Elmo em pacientes acometidos pela Covid-19 e com a redução do número de pacientes que necessitaram de suporte ventilatório invasivo.



MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência descritivo, intervencionista, de abordagem quantitativa, com pacientes com Covid-19 que foram submetidos à assistência da equipe de Fisioterapia e que utilizaram o capacete Elmo no período de 26 de janeiro a 26 de maio de 2021.

Os critérios de inclusão foram pacientes maiores de 18 anos diagnosticados com Covid-19, apresentando insuficiência respiratória classificada pelos seguintes parâmetros: aqueles que não conseguiam manter saturação entre 92 e 96% durante pelo menos quatro horas de uso de algum suporte de oxigenioterapia (catéter nasal maior que 4 litros por minuto e/ou máscara reservatório, e/ou Cateter Nasal De Alto Fluxo - CNAF) e com os seguintes parâmetros gasométricos: PH < 7.35; PO2 > 60mmHg; PCO2 entre 30 e 45mmHg, e relação FIO2/Pao2 >120 e > 250.

Os dados foram coletados e analisados através do programa Excel e apresentados por meio de gráficos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

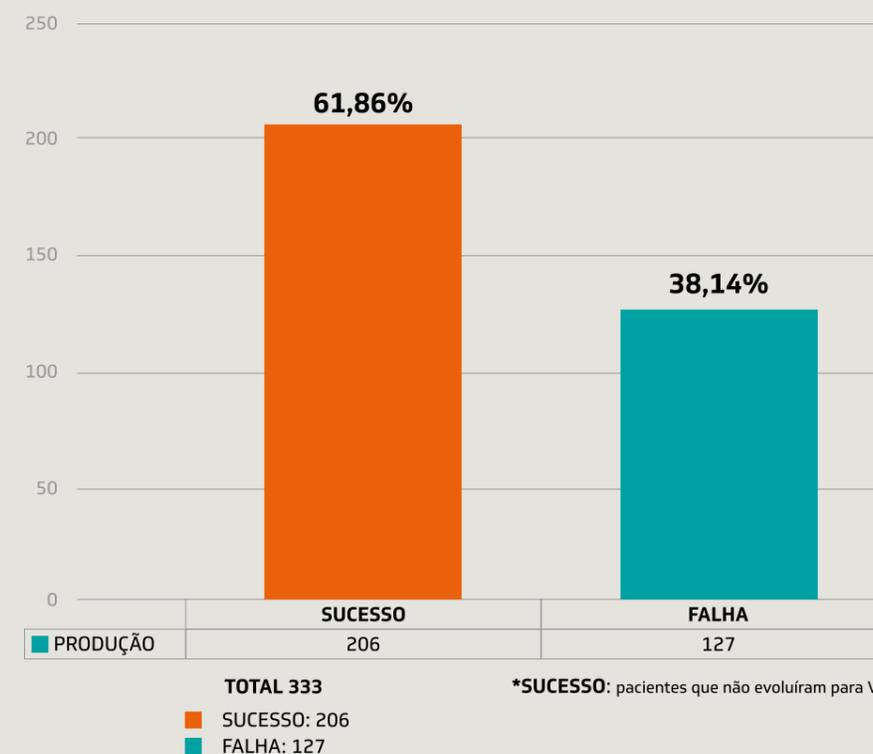
Durante o período em que ocorreu a intervenção, observou-se uma redução significativa do número de pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva (VMI). Dos 333 pacientes que compuseram a amostra em estudo, 206 (62%) não evoluíram com necessidade de VMI e tiveram alta hospitalar, corroborando com o preconizado pelos estudos conduzidos pela equipe ElmoCPAP da Escola de Saúde Pública do estado do Ceará (ESP/CE), que idealizou uma redução de 60% nos casos que evoluem para VMI.

possivelmente associada à Covid-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Relatórios publicados desde o início de sua apresentação fortalecem a hipótese de que ela seja uma complicação rara de Covid-19 em crianças^{1,2}.

Os pacientes apresentaram uma síndrome inflamatória multissistêmica, com manifestações clínicas e alterações dos exames complementares semelhantes às observadas na doença de Kawasaki (DK), Síndrome de Ativação Macrofágica (SAM) e síndrome do choque tóxico^{3,4}. Essa condição foi denominada Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), temporalmente associada à Covid-19,

Gráfico 1: Diagrama dos pacientes que utilizaram o Elmo e a relação entre o sucesso e falha da Terapia.

PACIENTES QUE USARAM ELMO NAS UNIDADES DE COVID PERÍODO: 26.01 A 26.05.2021



Fonte: do autor.

CONCLUSÃO

Tais resultados reforçam a importância da Elmoterapia na assistência aos pacientes acometidos pela Covid-19, quando bem indicada, realizada de forma precoce, por uma equipe bem treinada e comprometida, na redução das complicações relacionadas às repercussões sistêmicas causadas pela infecção do vírus SARS-Cov 2 e que o grande benefício desta terapia foi a redução em cerca de 60% da necessidade da Ventilação Mecânica Invasiva, contribuindo para redução dos índices de mortalidade ocasionado pela Covid-19.

Conclui-se, assim, que este estudo auxilia também no direcionamento de estratégias mais efetivas, identificando melhor o doente que está se adaptando

ou não à terapia, possibilitando um seguimento correto ao tratamento, objetivando a promoção da saúde e reabilitação, podendo influenciar de modo positivo o paciente, a família, a sociedade e os profissionais de saúde.

Importante ressaltar a necessidade de se realizar mais estudos com relação ao uso desta terapia na Covid-19, visto que a literatura ainda é muito escassa.

REFERÊNCIAS:

ELMO (ESMALTEC SA, Fortaleza, CE, Brasil. Disponível em: https://www.esmaltec.com.br/wordpress/wp-content/uploads/2021/03/MANUAL_ELMO_03_2021.pdf. Acesso em: 01 de jun. de 2021.

ESP/CE. SOBRE O USO DO SISTEMA DE CAPACETE, ELMOCPAP, COMO SUPORTE VENTILATÓRIO NÃO-INVASIVO PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA HIPOXÊMICA MODERADA A GRAVE PELA COVID-19. 2021. Disponível em: https://sus.ce.gov.br/elmo/wp-content/uploads/sites/2/2021/02/Nota-Tecnica-ELMOcpap_V2.pdf. Acesso em 01 de jun. de 2021.

ESP/CE. REPROCESSAMENTO DO CAPACETE DE RESPIRAÇÃO ASSISTIDA - ELMO. 2021. Disponível em: <https://coronavirus.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/12.03.21-Nota-Esterilização-ELMO.pdf>. Acesso em 01 de jun. de 2021.

HOLANDA, M. A. et al. Desenvolvimento de um capacete para oferta de CPAP e oxigenoterapia com alto fluxo: o ELMO 1.0. J Bras Pneumol., v.47, n. 2, 2021.

Valle, M C D; Marques, M A S; Santana, M C; Esmeraldo, J S A; Fortes, R C. Contribuições da Farmácia, Fisioterapia e Psicologia a pacientes com COVID-19 em Unidades de Terapia Intensiva, 2020. DOI: <https://doi.org/10.51723/hrj.v1i5.81>



DO TEMPO DO BUMBA | Artigo de revisão

BASES PARA VALIDAÇÃO, DETECÇÃO E DIAGNÓSTICO EM TESTES DE ANTICORPOS PARA SARS-COV-2/COVID-19

André Jailson Cabral da Silva, Darcielle Bruna Dias Elias¹.

1. Departamento de Ciências Exatas, Escola Profissional de Aracati, Secretaria de Educação do Estado do Ceará – SEDUC-CE. Departamento de Farmácia, Faculdade do Vale do Jaguaribe – FVJ



Foto: Tatiana Fortes (Governo do Ceará)

INTRODUÇÃO

O coronavírus é um agente zoonótico recém-emergente que surgiu em dezembro de 2019, em Wuhan, China, causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (abreviado para SARS-CoV-2, do inglês Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2), anteriormente conhecido

como novo coronavírus (2019-nCoV), acarretando manifestações respiratórias, digestivas e sistêmicas, que se articulam no quadro clínico da doença denominada Covid-19 (do inglês Coronavirus Disease 2019).¹⁻⁴

Devido à emergência do novo coronavírus, os laboratórios de agências

privadas e públicas do Brasil e do mundo necessitaram se adequar à mesma velocidade em que a pandemia se instalou para atender com segurança à crescente demanda pelos testes diagnósticos. Os testes de diagnóstico para SARS-CoV-2/Covid-19 se destacaram na pandemia de coronavírus em andamento como uma ferramenta

essencial para rastrear a propagação da doença.^{3,4}

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o diagnóstico padrão-ouro para identificação do vírus SARS-CoV-2 é realizado por meio das técnicas de reação em cadeia da polimerase, com transcrição reversa com amplificação em tempo real, ou RT-PCR, e sequenciamento parcial ou total do genoma viral. As amostras para esta análise podem ser obtidas por meio do aspirado nasofaríngeo, swab nasal e oral, bem como pela secreção respiratória do trato inferior, como escarro, lavado traqueal ou lavado broncoalveolar.⁴

No Brasil, pelo custo e pela rapidez, o método sorológico tem sido o mais utilizado para diagnóstico da doença. Os kits de diagnóstico sorológico para a enfermidade disponíveis atualmente detectam a presença de anticorpos,

IgA, IgM e IgG, que são proteínas específicas que expressam uma resposta imunológica do indivíduo frente ao contato com o vírus.³ A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou uma nota técnica sobre acurácia dos testes diagnósticos para SARS-CoV-2/Covid-19 registrados no Brasil.^{5,6}

O diagnóstico laboratorial exerce um papel essencial tanto para a predição e acompanhamento da doença Covid-19 quanto para os estudos epidemiológico do vírus SARS-CoV-2.^{3,4} Deste modo, o presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão dos testes diagnósticos registrados e validados pela agência reguladora no Brasil para detecção vírus/doença: nível de acurácia, sensibilidade e especificidade.

MATERIAIS E MÉTODOS OU METODOLOGIA

O estudo é uma revisão das bases de dados do Ministério da Saúde (MS), do Sistema Único de Saúde (Sus), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC), entre outras, para identificar artigos relevantes em português e inglês publicados de março a novembro de 2020, com objetivo de selecionar

publicações que contenham informações sobre os testes diagnósticos para SARS-CoV-2/Covid-19. A busca resultou em mais de 2.000 artigos no total. Foram analisados revisões, notas técnicas e registros de pesquisas clínico-científicas. Os autores revisaram de forma independente os títulos e resumos, levando em consideração como critério de inclusão: (a) segurança das fontes



Foto: Tatiana Fortes (Governo do Ceará)

(oficiais, autênticas e/ou reconhecidas); (b) estudos clínico-científicos (notas técnicas e resoluções, artigos completos ou revisões); (c) idiomas (português e inglês); (d) período (dezembro de 2019 a novembro de 2020) e (e) palavras-chave, utilizando os termos: SARS-CoV-2, Covid-19, testes, sorologia, diagnósticos, usados em separados e/ou combinados. Os trabalhos que apresentavam o enfoque das informações foram lidos na íntegra e deram origem aos resultados deste resumo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o levantamento documental dos testes diagnósticos registrados na Anvisa, foram realizadas buscas na literatura científica para compilar dados de desempenho desses testes: metodologias usadas para detecção, nível de acurácia, sensibilidade e especificidade.^{5,6}

Foram encontrados 64 produtos diagnósticos registrados, sendo todos eles vigentes e disponíveis comercialmente. Dos 64 testes registrados, 15 são RT-PCR, 38 são testes imunocromatográficos, seis são por ELISA, dois são imunoenaios por quimioluminescência (CLIA) e três atuam por imunofluorescência (FIA) para a detecção e diferenciação de anticorpos IgA, IgG ou IgM contra o coronavírus (SARS-CoV-2). Atualmente, mais da metade dos registros concedidos diz respeito

a testes rápidos para anticorpos. Para os ensaios imunocromatográficos, as amostras a serem avaliadas são em sua maioria de sangue total, soro ou plasma, e o tempo para a leitura dos resultados variou entre 10 e 20 minutos. O tempo máximo para limite de leitura variou de 15 a 30 minutos.^{5,6}

A especificidade (capacidade que o teste tem de ser negativo para indivíduos que não têm a doença) para os anticorpos do tipo IgM variou entre 94% a 98%, de acordo com o fabricante. Para os anticorpos do tipo IgG, observou-se uma oscilação entre 97% e 98%. A sensibilidade (capacidade que um teste tem de ser positivo em indivíduos que estão efetivamente doentes) para os anticorpos IgM variou entre 85% e 90% e para os anticorpos do tipo IgG, entre 95% e 100%. Alguns kits relataram a sensibilidade de testes individuais de IgM e IgG, de acordo com o número de dias da doença ou a partir das amostras iniciais de PCR coletadas.^{5,6}

A sensibilidade e especificidade dos testes sorológicos variaram entre os fabricantes. É importante destacar que uma baixa sensibilidade do teste diagnóstico pode resultar em uma maior probabilidade de detectar falso-negativos,

o que poderia interferir principalmente em casos de indivíduos assintomáticos. Em geral, a sensibilidade dos testes foi superior a 85% e a especificidade, superior a 94%.^{5,6}

Os testes sorológicos medem a quantidade de dois anticorpos (IgG e IgM) que o organismo produz quando entra em contato com um invasor. Contudo, o desenvolvimento da resposta de um anticorpo à infecção pode ser dependente do hospedeiro e levar tempo. No caso de SARS-CoV-2, estudos iniciais sugerem que a maioria dos pacientes se converte entre sete e onze dias após a exposição ao vírus, embora alguns pacientes possam desenvolver anticorpos mais cedo. Devido a esse atraso natural, o teste de anticorpos pode não ser útil no cenário de uma doença aguda.^{5,6}

Os testes de anticorpos para SARS-CoV-2 podem facilitar (i) o rastreamento de contatos (os testes baseados em RNA também podem ajudar); (ii) a vigilância sorológica nos níveis local, regional, estadual e nacional; e (iii) a identificação de quem já teve contato com o vírus.^{5,6}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia do novo coronavírus trouxe a maior crise sanitária de

nosso tempo, um grande desafio para a ciência, bem como para toda sociedade mundial. O diagnóstico para SARS-COV-2/Covid-19 está pautado na clínica do paciente, nos exames de imagem e no diagnóstico laboratorial. Com altíssimo potencial de disseminação, o rastreamento do vírus pautou a corrida por ações políticas de biossegurança, como a aprovação de testes com elevadas especificidade e sensibilidade na busca pelo patógeno/antígeno pelas agências sanitárias responsáveis pela avaliação, aprovação e regulamentação de tecnologias inovadoras no combate às doenças.

No Brasil, cabe à Anvisa chancelar a acurácia dos testes usados no diagnóstico para SARS-COV-2/Covid-19. Os testes permitem a pesquisa e detecção de anticorpos IgA, IgM e IgG em sangue total, soro ou plasma, através de testes sorológicos. Contudo, devido ao período conhecido como janela imunológica, falso-negativos podem ser observados. Assim, o padrão ouro de diagnóstico da doença é o RT-PCR, que se baseia na amplificação do material genético viral antes mesmo de o paciente apresentar sintomas. Vale ressaltar que o diagnóstico da Covid-19 não deve ser conclusivo somente com um tipo de resultado:

positivo ou negativo. Deve haver uma associação das informações clínico-epidemiológicas, além de exames complementares, com o intuito de evitar a disseminação do vírus SARS-COV-2 através de indivíduos contaminados que deixem o isolamento após um único resultado – negativo.

REFERÊNCIAS

1. Li L et al. Propagation analysis and prediction of the COVID-19, *Infectious Disease Modelling*, v. 5, p. 282-292, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.idm.2020.03.002>

2. Subbarao K, Mahanty S. Respiratory Virus Infections: Understanding COVID-19, *Immunity*, v. 52, n. 6, p. 905-909, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.immuni.2020.05.004>

3. Nogueira JMR, Silva LOP. Diagnóstico laboratorial da COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Análises Clínicas: Edição Especial – COVID-19*, v. 5, n. 2, p. 117-121, 2020. Disponível em:

<http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2020/10/RBAC-vol-52-2-2020-revista-completa-1.pdf>

4. Menezes ME, Lima LM, Martinello F. Diagnóstico laboratorial do SARS-CoV-2 por transcrição reversa

seguida de reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR). *Revista Brasileira de Análises Clínicas: Edição Especial – COVID-19*, v. 5, n. 2, p. 122-131, 2020. Disponível em:

<http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2020/10/RBAC-vol-52-2-2020-revista-completa-1.pdf>

5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 348 de 17 de março de 2020. Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para tratamento de petições de registro de medicamentos, produtos biológicos e produtos para diagnóstico in vitro e mudança pós-registro de medicamentos e produtos biológicos em virtude da emergência de saúde pública internacional decorrente do novo Coronavírus. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-348-de-17-de-marco-de-2020-248564332>

6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica: Acurácia dos testes diagnósticos registrados na ANVISA para a COVID-19. Maio, 2020. Disponível em:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/02/AcuraciaDiagnostico-COVID19-atualizacaoC.pdf>



Foto: Tatiana Fortes (Governo do Ceará)



FUXICO

RELATOS DE RESIDENTES: CONHEÇA HISTÓRIAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE REALIZARAM RESIDÊNCIA NO HOSPITAL SÃO JOSÉ

A conclusão de uma residência, seja na área médica ou multiprofissional, é um divisor de águas na carreira de muitos profissionais da saúde. Tendo como foco a Infectologia, o Hospital São José (HSJ) desponta como a unidade referência no Ceará para aqueles que desejam se especializar no diagnóstico e no tratamento de doenças infectocontagiosas. A instituição possibilitou, em cinco décadas de atividades, a formação de mais de 100

residentes, fornecendo não apenas conhecimento teórico e prático, mas também uma especialização qualificada, humana e ética.

Criado em 1977, o Programa de Residência Médica (PRM) do HSJ formou, entre 1988 e 2021, 73 infectologistas e quatro infectologistas pediátricas. Já a Residência Integrada em Saúde (RIS) foi implementada na unidade

hospitalar em 2016 e, desde então, contribuiu para a especialização de cerca de 50 profissionais, entre enfermeiros (as), farmacêuticos (as), psicólogos (as), fisioterapeutas, assistentes sociais e nutricionistas. Para além dos números, há histórias de pessoas que possuem em comum a paixão pela Infectologia e o apreço pelo São José, onde dedicaram tempo e atenção aos pacientes.

A Revista Viver São José traz nesta edição depoimentos de médicos e outros profissionais da área da saúde que tiveram a oportunidade de realizar residência no hospital e crescer profissionalmente com todos aprendizados e desafios vivenciados na instituição. Os relatos evidenciam a importância do período de formação e, sobretudo, o compromisso com a vocação de cuidar do próximo e salvar vidas.

DEPOIMENTOS DE MÉDICOS QUE REALIZARAM A RESIDÊNCIA MÉDICA EM INFECTOLOGIA NO HOSPITAL SÃO JOSÉ



CHRISTIANNE TAKEDA

Infectologista e diretora clínica do Hospital São José

“

A residência em doenças infecciosas no Hospital São José me trouxe o conhecimento disciplinar avançado e habilidades necessárias para que eu possa ajudar na melhoria dos resultados de saúde da população, no controle de doenças infecciosas e emergências de saúde nos mais variados contextos e configurações. Foi durante a residência que eu tive a primeira oportunidade de trabalhar com profissionais com um conhecimento avançado dos aspectos de saúde pública de vigilância e inteligência em doenças infecciosas e de vivenciar situações de investigação e resposta a surtos, prevenção e mitigação de infecções. É com orgulho que olho para o legado desse programa de residência, que não somente forma profissionais competentes que praticam a assistência humanizada durante seu trabalho clínico, mas também forma indivíduos que atualmente ocupam ou ocuparam funções de liderança em serviços públicos e privados, abrangendo Ministério/ secretarias de saúde; distritos de saúde locais; funções de serviço público relevantes para os determinantes sociais da saúde; além de organizações não governamentais no Ceará e em outros estados do Brasil".

“

Eu entrei no Hospital São José como estagiário e, desde o primeiro dia, percebi que gostaria de trilhar meu caminho aqui. Quando um médico sai da faculdade e entra na residência, é um universo que se abre. A residência no São José, por ser voltada exclusivamente a doenças infectocontagiosas, permite que os profissionais possam fazer uma imersão na área. Concluir esta etapa no HSJ me trouxe muita satisfação e vontade de me aperfeiçoar cada vez mais como especialista. A residência nos dá um norte e alicerce para atuar na Medicina. Além disso, é um período muito rico que nos proporciona conhecer profissionais de diferentes categorias e pacientes com suas particularidades e histórias".



EDSON BUHAMRA

Infectologista e diretor-geral do Hospital São José



TÂNIA MARA SILVA COELHO
infectologista e secretária executiva
de Atenção à Saúde e Desenvolvimento
Regional da Sesa

“

Fazer residência no HSJ foi a realização de um sonho, pois, desde que eu era estudante de Medicina, ao fazer estágio acadêmico, me apaixonei pelo hospital. Apesar de ser um hospital pequeno, a humanização e o respeito que os profissionais que lá trabalham têm pelos pacientes e pela instituição é cativante. Além disso, a possibilidade de ter contato com as mais diferentes doenças torna o HSJ uma referência para todo estudante de Medicina. Ter sido residente do HSJ contribuiu para que eu me tornasse uma pessoa melhor em todos os sentidos, mas, sobretudo, me tornou uma pessoa mais sensível à dor do próximo".

“

A assistência prestada pelo HSJ traz os princípios do Sistema Único de Saúde como pilares, levando o residente à formação responsável e humanizada, enfrentando com supervisão adequada as heterogêneas realidades sociais. Invariavelmente, os residentes deixam o programa com a sensação de dever cumprido, gratos pela capacitação e lúcidos das qualidades e limitações do sistema de saúde pública no país. Não foi diferente comigo. Fui aluno desse programa e sou testemunha de que a residência do HSJ contempla seus objetivos de forma irretocável. Proporcionou a mim e aos demais residentes o convívio com líderes extremamente qualificados e profissionais assertivos técnica e eticamente. Ter sido treinado por eles foi de grande satisfação pessoal e profissional.

A dedicação para a obtenção do grau de especialista é uma forma de ajudar a melhorar o sistema de saúde do país. Essa trajetória árdua, mas gratificante, é a residência. Ela me permitiu conciliar conhecimentos teóricos e práticos e conhecer os caminhos da assistência, do ensino e da pesquisa".



LAURO VIEIRA PERDIGÃO NETO
Infectologista e diretor técnico
do Hospital São José

“

Foi no Hospital São José que descobri o real sentido de residência. Ali fiz amigos queridos que me acompanham até hoje. Ali eu chorei e vibrei a cada alta, a cada paciente difícil, a cada vez que a sensação de impotência me dominava por ver aquela gente sofrer tanto. O São José é diferente de todos os hospitais em que já estive! É acolhedor, é humano, é até engraçado com seus "causos" que só tinham como acontecer lá mesmo. Não tem como não se apaixonar pelos colaboradores que se dedicam e vestem a camisa; pelos pacientes tão sofridos e tão gratos; pela Infectologia, especialidade fascinante que escolhemos e que se faz presente a cada passo naquele ambiente. Depois da residência, tive a honra e o prazer de continuar no quadro de médicos como plantonista, ajudando no enfrentamento de algumas epidemias (dengue e H1N1, por exemplo). Depois, como preceptora da Unidade D, o local que mais me ensinou Medicina na vida. Me ensinou também sobre humanização, solidariedade, caridade, empatia e respeito pelo ser humano".

“

Ao iniciar o programa de residência, o HSJ se tornou minha segunda casa. Aqui passei dias e noites com a família que a profissão me deu de presente. O amor e cuidado com os pacientes me tornaram um ser humano melhor. Aprendi a caminhar pelo campo da pesquisa em Infectologia e ensinar os internos e estagiários que aqui passaram, desenvolvendo meu potencial como professora. A residência me preparou plenamente para o que me tornei hoje: médica, pesquisadora e professora.

Durante a residência, desenvolvemos habilidades para o manejo clínico do paciente e a tomada de decisão, desenvolvemos também nosso conhecimento através das discussões de atualização e artigos científicos nas sessões clínicas, além da nossa atitude de profissionalismo que nos prepara para atuar no mercado de trabalho. O HSJ tem uma residência completa que pode ser evidenciada na projeção dos seus ex-residentes no mercado de trabalho atual e suas atuações nos diversos hospitais públicos e privados".



RUTH MARIA OLIVEIRA DE ARAÚJO
Infectologista e coordenadora do Escritório
da Qualidade e Segurança do Paciente do HSJ

DEPOIMENTOS DE PROFISSIONAIS QUE REALIZARAM A RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE NO HOSPITAL SÃO JOSÉ



CLAUDEVAN FREIRE
Farmacêutico

“

O início de uma residência multiprofissional mostra ao profissional recém-chegado que o campo de atuação é uma escola de muito aprendizado, desafios e conquistas na terapia dos doentes e no crescimento profissional e pessoal, com a participação de coordenadores, preceptores, profissionais da instituição e dos nossos usuários do serviço. Trabalhar de forma multiprofissional fez-me perceber que o doente é um sujeito completo complexo que necessita de uma avaliação e acompanhamento de vários profissionais para um único desfecho: o sucesso terapêutico do paciente. Nesse momento, podemos perceber como os diversos cuidados se complementam, e muitos usuários percebem que tem muita gente que o assiste e que se preocupa com sua evolução clínica. E assim vão-se mais de cinco mil horas. Ao final de dois anos, essa bagagem está cheia. É hora de se despedir dos coordenadores e preceptores e dos amigos que ficam. O bom de tudo isso são as sementes cultivadas através de trabalhos conjuntos e projetos a fim de melhorar a assistência do serviço e a aplicação dos serviços do residente na próxima instituição como mão de obra qualificada e conhecedora dos fluxos do seu serviço e de outros setores afins”.

“

A residência é um divisor de águas na vida de qualquer profissional de saúde, pois nos permite a qualificação profissional já inserida na prática. Diferentemente de outras especializações, onde há apenas aulas, na residência desenvolvemos a prática diariamente nos cenários. Associado a isso, temos a parte teórica. É uma formação completa. Ser residente no Hospital São José foi, para além da parte profissional, uma experiência de vida! São sessenta horas semanais em que atuamos em conjunto com outras profissões, desenvolvemos também elos e vínculos. Cuidamos e reabilitamos diversas vidas, ouvimos inúmeras histórias... É como eu digo: tocamos e somos tocados. Sou eternamente grata pela oportunidade de ter vivenciado e me especializado em Infectologia nesse hospital e feliz por continuar fazendo parte desta casa (não mais como residente) e exercendo a especialidade que escolhi pra vida.



ANA RAVENNA SALES SOARES
Fisioterapeuta

“

Através da residência, tive a oportunidade de adquirir experiência na área hospitalar e aprimorar meus conhecimentos, resultando na melhoria da qualidade dos atendimentos multiprofissionais. Nesse período de dois anos no qual fui residente, me senti uma profissional mais capacitada para encarar novos desafios e fazer a assistência cada vez mais acontecer. Hoje, como egressa, posso dizer que a residência vai além do conhecimento teórico, ela nos torna um novo profissional, com visão ampliada diante do cenário hospitalar, que não foca somente nos indivíduos/ paciente, mas em outras dimensões diante da rotina hospitalar. Além disso, a mesma nos permite vivenciar outros níveis assistenciais, proporcionando distintas experiências, favorecendo uma prática nos diferentes níveis de atenção do SUS. Ser residente do Hospital São José me proporcionou um vasto aprendizado que foi além da teoria/ prática. Me transformou em um ser humano mais empático e uma profissional mais humana, pois neste local aprendi diversas lições e uma delas é cuidar.



RANIELLE BARBOSA SARAIVA
Nutricionista



D'AVILA RODRIGUES
Assistente social

“

A nossa atuação une teoria e prática, ou seja, é um processo contínuo de aprendizagem, tornando o usuário alcançado por todas as ações, considerando suas subjetividades e o contexto socioeconômico em que ele está inserido para traçarmos uma intervenção de acordo com suas possibilidades. Este modelo interventivo é primordial nas ações em saúde, por isso a residência multiprofissional tem seu papel importante, necessitando de maior valorização e entendimento sobre nosso papel dentro da instituição. O campo de prática com ênfase em Infectologia tornou-se minha realização profissional, porque foi no hospital São José que pude dar concretude ao meu exercício enquanto assistente social. A minha visão do processo não é romantizada, mas sim crítica, pois aqui eu pude ver de perto o quão árduo é garantir direitos de pessoas que vivem com doenças estigmatizadas pela sociedade, porém ratifico que os fluxos para a efetivação desses direitos tornam-se mais leves quando são compartilhados e conhecidos por todas as categorias profissionais”.



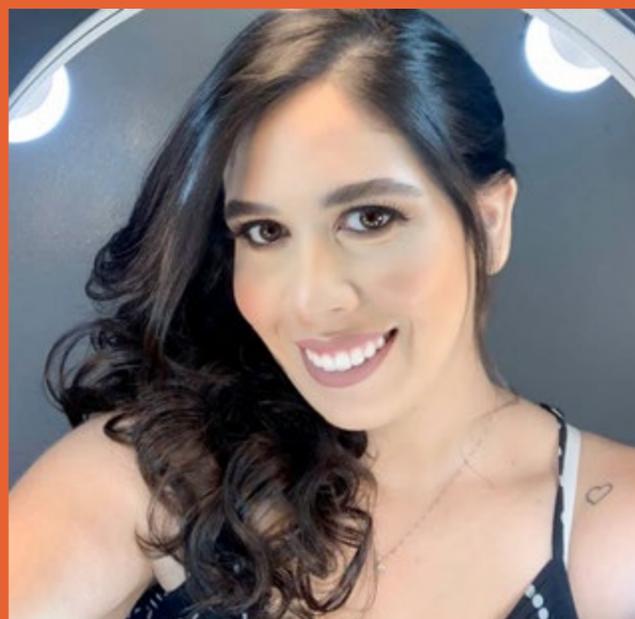
GISELE MENEZES DUTRA
Psicóloga

“

A residência em Psicologia Hospitalar foi um objetivo profissional desde a graduação e ingressar na residência em Infectologia foi a realização desse sonho. Foram dois anos, um total de 5.760 horas de trabalho para o SUS, muito estudo e experiências desafiadoras. Esse percurso me proporcionou oportunidades incríveis e foi essencial para meu amadurecimento como profissional e como ser humano. O HSJ foi a minha casa. Hoje, integro o núcleo de Psicologia do HSJ.

“

A Residência Integrada em Saúde foi um divisor de águas em minha vida profissional. Principalmente por ser multiprofissional, me possibilitou vivenciar e participar ativamente do cuidado das outras profissões. Logo, meu cuidado se tornou mais humanizado devido a isso e nos preocupávamos com o que ocorreu antes da internação e até o momento da alta. As múltiplas facetas do paciente o tornavam único, logo ele necessitaria de um cuidado personalizado. Além disso, a vivência no HSJ fez eu me encontrar profissionalmente e me apaixonar pela Infectologia. Tudo isso eu devo aos nossos pacientes e a profissionais marcantes distribuídos em todo hospital que me transformaram. Hoje posso dizer que sou melhor como profissional e principalmente como ser humano.



JÉSSICA KAREN DE OLIVEIRA MAIA
Enfermeira

Programa de Residência Médica

O primeiro Programa de Residência Médica (PRM) do Hospital São José foi criado em 1977 e, à época, era denominado PRM em Doenças Infecciosas e Parasitárias. O Programa era realizado em parceria com a Secretaria da Saúde do Ceará e tinha duração de dois anos. Em 1987, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) determinou a criação das Comissões Estaduais de Residência Médica. A partir daí, houve um controle maior e a normatização mais unificada dos PRMs. Em 1988, após autorização concedida pela CNRM para a oferta de vaga do PRM em Doenças Infecciosas e Parasitárias, iniciou-se o processo de credenciamento provisório do Programa. Em 1991, foi solicitado formalmente o credenciamento definitivo do PRM em Doenças Infecciosas e Parasitárias, com parecer favorável da CNRM em 1992. O PRM em Doenças Infecciosas e Parasitárias foi suspenso em 2002 e houve credenciamento do PRM em Infectologia, também de acesso direto e com três anos de duração.

Residência Integrada em Saúde

A Residência Integrada em Saúde (RIS) possui caráter interfederativo, interinstitucional, interprofissional, intersetorial e interiorizado. Criado a partir da promulgação da Lei nº 11.129, de 2005, o programa é conduzido político e pedagogicamente pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) desde a concepção, em 2011. A RIS oferta educação em serviço, qualificando para o exercício profissional diferentes categorias que integram a área de saúde. A Residência tem como objetivo ativar e capacitar lideranças técnicas, científicas e políticas, por meio da interiorização da Educação Permanente Interprofissional, na perspectiva de contribuir para a consolidação da carreira na saúde pública e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A Residência atua, por exemplo, no campo da pesquisa, promoção da saúde, extensão, educação permanente em saúde, formação política e qualificação político-pedagógica.





DA MULESTA | Matéria de capa

HOSPITAL SÃO JOSÉ, UM CELEIRO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ENSINO, PESQUISA E EDUCAÇÃO PERMANENTE

Ricardo Coelho¹, Lisandra Damasceno² e Melissa Soares Medeiros³

1. Médico pneumologista do Hospital São José e coordenador do Centro de Ensino, Aperfeiçoamento e Pesquisa (Ceap)
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

O Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), da Secretaria de Saúde do Ceará (Sesa), é uma unidade de ensino, pesquisa e educação permanente. Forma profissionais médicos no campo da Infectologia desde 1988, por meio da Residência Médica (RM), com duração de três anos. Em 2017, o HSJ passou a formar infectologistas pediátricos

após a implantação do Programa de Residência Médica para esta especialidade, que tem duração de dois anos, tendo como pré-requisito residência médica em Infectologia ou Pediatria.

Além de médicos, o HSJ forma anualmente profissionais de diversas áreas que compõe a Residência Integrada em Saúde (Ris), com

duração de dois anos e ênfase em Infectologia, que teve início em 2013, por meio da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), garantindo a ampliação da educação permanente multiprofissional no Estado. O HSJ também é campo de estudo para residentes médicos de outras instituições, alunos do internato e da graduação dos cursos de Ciências da

Saúde. A unidade recebe estudantes de várias Instituições de Ensino Superior (IES) do Ceará para estágio curricular e extracurricular.

O São José é uma instituição que apresenta amplo e diversificado campo para a prática de ensino das doenças infecciosas e parasitárias. Conta com enfermarias para internamentos, duas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), ambulatórios para diversas doenças endêmicas e negligenciadas, laboratório de Microbiologia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Serviço de Cuidados Paliativos, setor de Farmácia, Programa de Atenção Domiciliar (Pad) e Serviço de Endoscopia. Todos esses setores

são campo de estágio para os profissionais e alunos das graduações de Saúde, que se encontram sob orientação ou supervisão de preceptores, professores e profissionais colaboradores do HSJ e de outras IES conveniadas ao hospital. Atividades interdisciplinares são desenvolvidas à beira-leito em algumas enfermarias e nas UTIs.

Em meio ao ensino e aperfeiçoamento profissional, o HSJ se destaca pela sua peculiaridade de ser uma instituição hospitalar voltada para o atendimento de doenças infectocontagiosas, sendo, portanto, uma fonte perene para a produção de pesquisas, inovações científicas e de conhecimentos sobre possíveis

agentes infecciosos novos e as doenças decorrentes destes. Neste ambiente, como parte do Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e pesquisa (Ceap), surge uma das suas ramificações, o Núcleo de Pesquisa (NP), que se consolidou durante a pandemia e tem como principais objetivos: elaborar o plano anual de pesquisa; regular, tramitar, cadastrar, supervisionar, incentivar e divulgar a realização de projetos e trabalhos científicos; supervisão de pós-graduação stricto sensu; realizar relatório técnico semestral; supervisão e coordenação de produção científica; estabelecer linhas prioritárias de pesquisa e promover capacitação em pesquisa científica.

Arte 1: Objetivos do Núcleo de Pesquisa (NP)



Arte 2: Ceap no organograma institucional do HSJ



O NP é responsável pela avaliação dos projetos de pesquisa enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa (Cep) antes da submissão à aprovação pela direção do hospital. O Núcleo permite uma maior visão institucional das atividades científicas relacionadas à pesquisa realizadas dentro dos muros do HSJ, além de estimular e orientar o desenvolvimento de novas propostas de pesquisa desenvolvidas pelos profissionais de saúde na instituição.

Atualmente, os residentes das diferentes áreas que se aperfeiçoam na unidade apresentam seus trabalhos de conclusão de curso (TCC) após desenvolvimento durante seu estágio no hospital e utilizando as infindáveis possibilidades disponíveis de temas, seja na Medicina, Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Fisioterapia. As próprias epidemias fornecem material novo para desenvolvimento de pesquisas, como temos visto repetidamente com as arboviroses e doenças tropicais. O São José é, ainda, um centro de referência para atendimento a pessoas

soropositivas, com experiência desde 1981 no acompanhamento e tratamento desses pacientes, seja nos leitos de internação ou nos ambulatorios especializados. Com a pandemia de Covid-19, o HSJ voltou a ser foco de procura de pesquisadores de todo o Estado, bem como oportunidade para desenvolvimento de projetos internacionais.

O desenvolvimento da Revista Viver São José teve como objetivo primordial mostrar à sociedade um vislumbre do trabalho realizado na instituição e a produção da ciência decorrente desta. Com a apresentação dos trabalhos científicos nas páginas da revista, buscamos despertar o interesse na publicação nos estudantes que adentram a instituição na ânsia de produções de artigos e novos conhecimentos. A publicação é, portanto, um instrumento de culminância do trabalho realizado pelo NP.

“Estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte”, diz um pequeno trecho do juramento

de Hipócrates, peça simbólica que até hoje inspira os jovens médicos durante a solenidade de encerramento do curso. Não por acaso, a arte do cuidar sempre esteve intrinsecamente ligada ao dever de transmitir o conhecimento, de compartilhar o que se aprendeu e, com isso, honrar cada vez mais o bem maior que é a vida.

Historicamente, o ensino sempre agregou qualidade ao atendimento em saúde, seja pela formação mais criteriosa dos profissionais, seja pela expansão do saber para locais mais distantes dos centros de referência



ou mesmo pela possibilidade da produção de mais conhecimento, gerando um círculo virtuoso que maximiza os benefícios e reduz os riscos para os usuários.

Atualmente, não se concebe o planejamento estratégico de um hospital que não priorize a melhor forma de alinhar o aprendizado às práticas assistenciais como meio de tornar a atenção à saúde uma ação mais ampla e diferenciada. O estudante, o estagiário, o residente, o tutor, o pesquisador e o preceptor são figuras fundamentais no processo de crescimento e desenvolvimento de uma unidade hospitalar, porque sua dinâmica de trabalho estimula, instiga, fiscaliza e cobra um maior rigor nas ações de todos os profissionais, o que garante melhor qualidade do atendimento ao paciente. Além disso, é bem estabelecido que hospitais que possuem seus núcleos de ensino, pesquisa e educação permanente mais desenvolvidos têm suas ações mais organizadas e sua gestão mais eficiente.

Cientes da importância estratégica dessa atividade, desde cedo as instituições de saúde, principalmente aquelas ligadas às universidades, se preocuparam em incrementar a



área do ensino, que posteriormente absorveu a produção científica gerada pelas pesquisas e, mais recentemente, o núcleo de educação permanente, que garante à instituição rever e otimizar continuamente seus protocolos e processos assistenciais. Estavam assim criados os Departamentos de Ensino e Pesquisa (DEP), que, pela sua importância, acabaram expandindo suas ações para praticamente todos os setores do hospital.

Nos nosocômios que não estão ligados diretamente a instituições de ensino e nem têm diretorias específicas nessa área, a função didática coube aos Centros de Ensino, Aperfeiçoamento e Pesquisa (Ceaps), que foram criados com o intuito de aglutinar todas as atividades de produção (pesquisa), alicerce (ensino) e difusão (educação permanente) do conhecimento.

Os Ceaps têm a missão de acolher o aprendiz e seu mestre, oferecendo seus espaços acadêmicos e demais cenários de práticas, e propiciando o melhor ambiente possível para o

processo educacional. Além disso, os centros de estudos, como são resumidamente chamados, detêm o objetivo de organizar e fomentar a geração de conhecimento por meio de pesquisas que sejam de interesse da instituição à qual estão vinculados. Por último, coordenam o importante trabalho de desenvolvimento e divulgação dos protocolos e diretrizes estratégicas do hospital para todos os colaboradores, dentro do plano estratégico da unidade e alinhado com as políticas de saúde vigentes.

O espaço físico para o desenvolvimento das atividades teóricas de ensino no HSJ é o Centro de Ensino, Aperfeiçoamento e Pesquisa, que conta com auditório e salas de reuniões, além de uma biblioteca. O Ceap é formado por três núcleos de atuação, o de Ensino, o de Pesquisa e o de Educação Permanente.

O Núcleo de Ensino (Nuen) é um eixo do Ceap que surgiu em julho de 2020 a partir da necessidade de reorganização das diversas linhas do eixo Ensino (residência, internato e

estágios). Ao longo do primeiro ano do Nuen, as atividades tiveram que ser interrompidas devido à pandemia. Desde então, o Nuen vem tentando desenvolver o projeto pedagógico da RM e Ris em parceria com as supervisoras das residências. O Nuen tem como desafios desenvolver projetos e indicadores que visem aprimorar a preceptoria da RM e Ris; implantar novas tecnologias educacionais através de metodologias ativas e realizar autoavaliação das linhas do eixo ensino.

Entretanto, no contexto atual da Pandemia de Covid-19, o eixo do Ensino teve que se adaptar a uma nova realidade. Aos poucos, o modelo de ensino remoto para as atividades teóricas da residência foi sendo implantado, adotando como tecnologia educacional aulas expositivas e apresentação de artigos científicos pela plataforma Google Meet. Os estágios, o internato em Medicina e de outras graduações em saúde foram suspensos por alguns meses. Atualmente, as atividades estão sendo retomadas gradativamente, e o HSJ passou a receber novamente residentes (médicos e de outras profissões) e internos de outras instituições para o estágio de campo. As atividades teóricas seguem em modelo híbrido de ensino.

Bem-sucedidos, os Ceaps propiciarão – a quem já tem a dádiva de aliviar o sofrimento humano – outro tesouro inestimável já traduzido nas palavras sábias de Cora Coralina: “Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”.



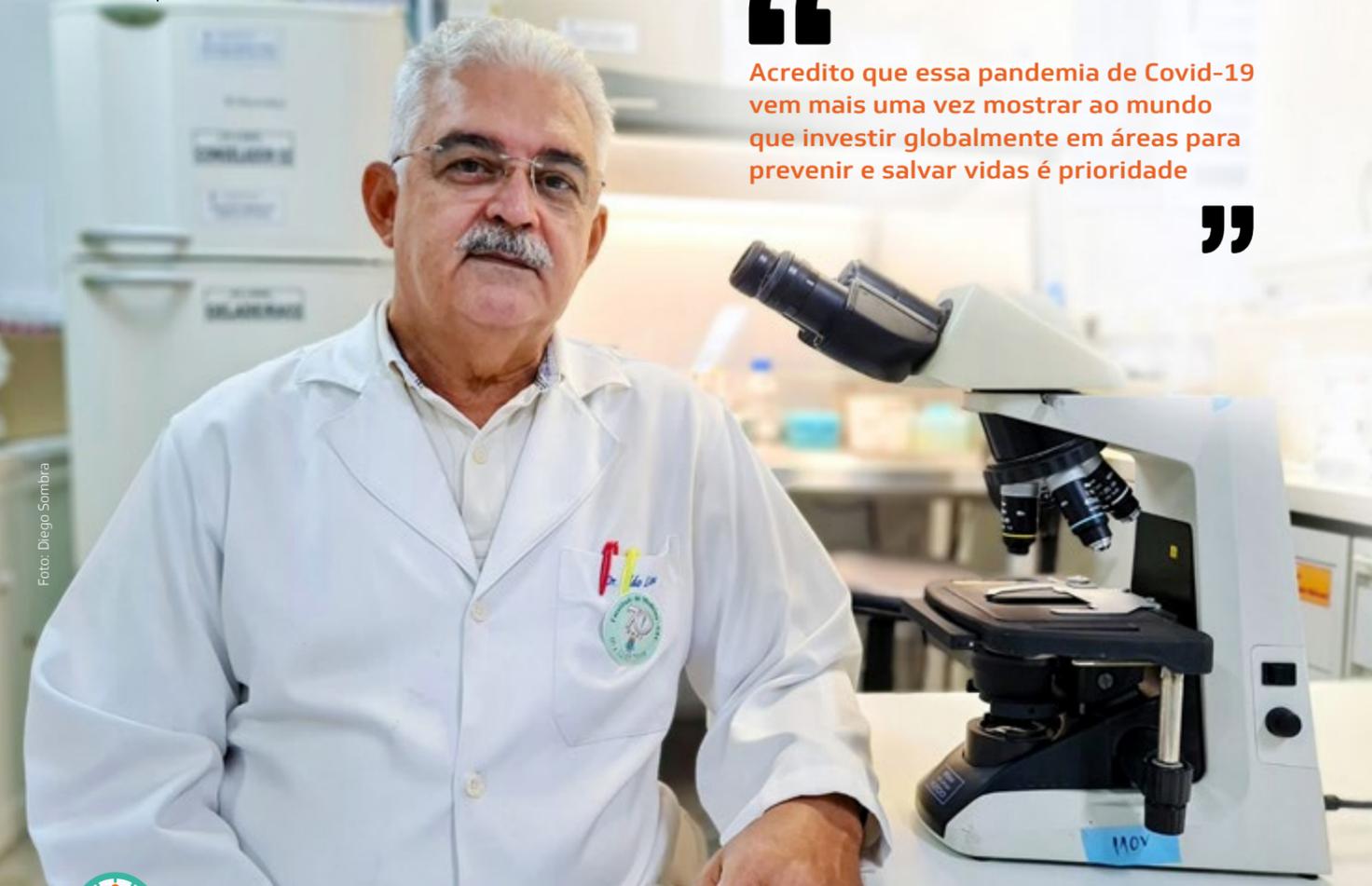
Foto: Diego Sombra

“

Acredito que essa pandemia de Covid-19 vem mais uma vez mostrar ao mundo que investir globalmente em áreas para prevenir e salvar vidas é prioridade

”

Foto: Diego Sombra



PROSEADO | Entrevista com Aldo Ângelo Moreira Lima

A segunda edição da Revista Viver São José entrevista o médico, professor e pesquisador Aldo Ângelo Moreira Lima, primeiro residente em Infectologia do HSJ. A escolha pela especialidade não aconteceu por acaso. Desde adolescente, Aldo nutria curiosidade pelo surgimento de doenças e queria entender as possibilidades de cura que a Medicina poderia oferecer. Já formado, ao se deparar com a morte de crianças por diarreia e desnutrição, o jovem Aldo enxergou, na pesquisa, a possibilidade de contribuir para salvar a vida de meninos e meninas acometidos por esses e outros problemas de saúde.

Foi assim, vocacionado a ajudar o próximo, que o médico deu os primeiros passos rumo à carreira brilhante de

pesquisador, que se integrou, naturalmente, à de professor universitário. Exercendo um papel importante na formação de dezenas de pesquisadores em instituições nacionais e internacionais, Aldo chegou à Academia Brasileira de Ciência, que reúne os mais proeminentes estudiosos do Brasil.

Em meio à rotina intensa de pesquisas e estudos, há um homem dedicado à família que mantém hábitos simples, como correr e passear em seu buggy. O médico de x anos traduz os aprendizados e conhecimentos compartilhados ao longo da vida em um versículo bíblico: “*De graça recebestes, de graça deveis dar*”. (Mt 10,8)

BIOGRAFIA

Aldo Ângelo Moreira Lima tem 67 anos e nasceu no município cearense de Aracati. Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e residência em Infectologia pelo Hospital São José. Realizou mestrado em Farmacologia, doutorado em Imunologia, Parasitologia e Bacteriologia na Universidade Federal de São Paulo (USP) e doutorado sanduíche na Divisão

de Doenças Infecciosas na Universidade de Virgínia, nos Estados Unidos.

É docente titular de Farmacologia e decano do departamento de Fisiologia e Farmacologia da UFC; sócio honorário da American Society of Tropical Medicine and Hygiene; e membro da Academia Brasileira de Ciência.

RVSJ: Por qual motivo o senhor decidiu escolher a medicina como profissão?

Aldo: A decisão de fazer acho que começou já muito cedo, na dedicação ao estudo e na regularidade de fazer o dever de casa. No científico (1970), ou hoje o segundo grau, me deparei com o livro de Biologia que tinha um capítulo de ácidos nucleicos e a descoberta da sua estrutura com as figuras dos pesquisadores Francis Crick e James Watson. Na época, comecei a imaginar que, a partir dessa descoberta, iríamos ter algo mais preciso e científico que seria semelhante à tabela periódica para a Química. A Biologia neste sentido começou a me interessar como matéria de leitura e aprendizado. Esse foi o ponto crucial para o interesse na Medicina. Adicionalmente, sempre gostei de indagar sobre o conhecimento detalhado de como surgiam e desenvolviam as doenças e o interesse de desenvolver a cura para doenças.

RVSJ: O senhor foi o primeiro residente do Hospital São José. de que forma surgiu a escolha pela infectologia e como foi o caminho até sua chegada à unidade?

Aldo: A escolha pela Infectologia começou bem cedo, na Faculdade de Medicina da UFC, quando começamos a disciplina de doenças infecciosas (1976) e nas possibilidades de cura com o uso de antimicrobianos. A biologia dos microrganismos causadores dessas doenças era fascinante e o Brasil era e continua uma fábrica de doenças infecciosas e tropicais para explorar e desenvolver na Ciência e profissionalmente. Logo após esse período, no Hospital São José (HSJ), havia um período de dois anos para os alunos de Medicina no quinto e sexto ano de internato

como estagiário e bolsista em doenças infecciosas (1977-1978). Esse estágio em doenças infecciosas foi crítico para a decisão de fazer a residência de doenças infecciosas no hospital (1979-1980). O processo de seleção de estagiários, internos, o ambiente de trabalho com os colegas estagiários, internistas e o pessoal médico do hospital foram fundamentais para essa escolha. A liderança do professor doutor Valdenor B. Magalhães, diretor do HSJ, e da doutora Maria Lisier G. Albuquerque, diretora clínica e chefe dos residentes e dos estagiários, foi ímpar para a condução dessa experiência.

RVSJ: Como foi sua experiência no HSJ?

Aldo: A experiência como estagiário, interno e, em seguida, primeiro residente do HSJ foi significativa para o aprendizado e experiência médica na clínica e terapêutica dos pacientes com doenças infecciosas. À época, tivemos o surto da epidemia de meningite meningocócica e, à semelhança de hoje, com a pandemia da Covid-19, ficamos assustados com o número de pacientes com meningite

que chegavam ao hospital.

Diferente do que temos hoje com a Covid-19, já tínhamos uma terapia com antimicrobianos eficaz contra a meningite meningocócica. O problema era o tempo para o diagnóstico e início da terapia. Algumas vezes, [os pacientes] já chegavam ao hospital com um quadro muito severo e debilitante da doença. Chamava atenção na época o número de casos de tétano, incluindo os neonatais, que chegavam ao HSJ. Alguns casos de raiva nos deixavam bastante tristes, pois sabíamos da letalidade de 100%. Casos de difteria e outras doenças infecciosas sempre nos chamavam atenção e o sucesso na cura nos alegrava bastante por todo o acompanhamento e trabalho árduo da equipe no hospital.

RVSJ: quais os desafios e os aprendizados que marcaram sua passagem pelo hospital?

Aldo: O HSJ foi desde o início marcante na formação médica por apresentar à época um estágio médico com orientação acadêmica baseado no melhor que tínhamos de evidência científica. Isto foi

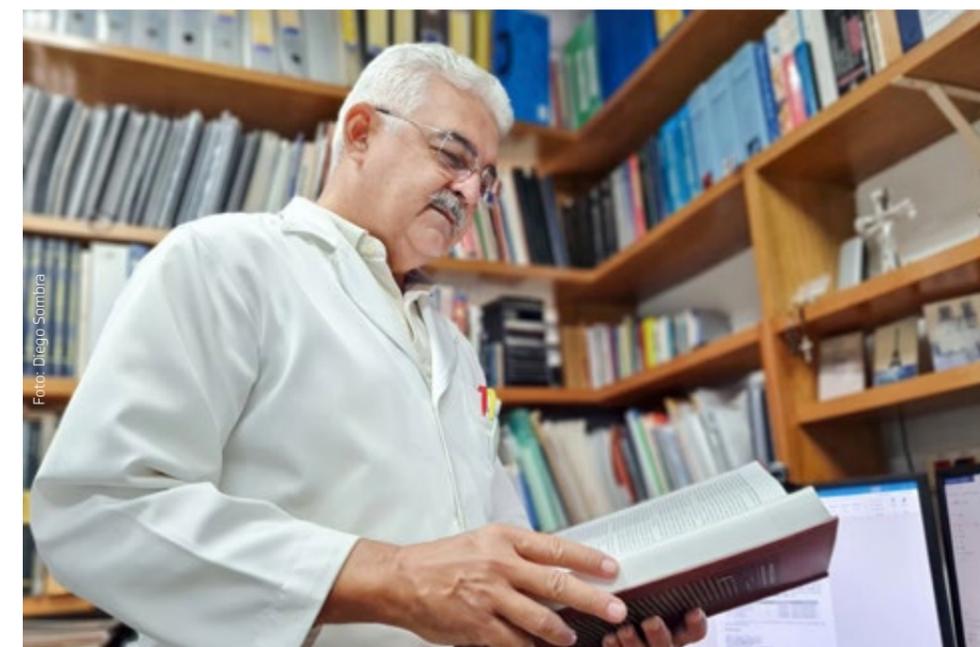


Foto: Diego Sombra

significativo para que buscasse uma formação acadêmica completa, com um mestrado em Farmacologia (1983), doutorado (1989) em Imunologia, Parasitologia e Bacteriologia na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo e doutorado sanduíche na Divisão de Doenças Infecciosas na Universidade de Virgínia, nos Estados Unidos (1984-1988). Assim, a história marcante no HSJ foi a busca continuada para formação acadêmica completa e contínua em Medicina e doenças infecciosas.

RVSJ: *Em 2021, o Hospital São José completou 51 anos de história. na sua visão, quais os diferenciais do HSJ em relação a outras unidades de saúde?*

Aldo: O maior diferencial do HSJ é a sua equipe médica, Enfermagem e auxiliares voltados para o atendimento em doenças infecciosas, utilizando a Medicina baseada em evidências, estimulando não só a formação médica e de outras especialidades, mas também o desenvolvimento de pesquisas clínicas na área de doenças infecciosas, tão importante nos dias hoje.

RVSJ: *Em 2020, o senhor ingressou na Academia Brasileira de Ciência, que tem como missão reunir os mais proeminentes pesquisadores do país. como surgiu o seu interesse pela pesquisa científica e qual o significado de fazer parte de uma instituição tão importante?*

Aldo: O interesse pela pesquisa científica foi algo que foi crescendo à medida que iniciou meu interesse pela Biologia, já no segundo grau. No terceiro ano da Faculdade de Medicina (1975), ingressei na monitoria da disciplina de Farmacologia e, nesse período, tive a chance de realizar pesquisa pré-clínica médica, que

me estimulou, após a formação na residência médica, a ingressar no mestrado em Farmacologia. Um ponto marcante que me levou à linha de pesquisa que ainda hoje trabalho foi o período da residência médica no HSJ e no estágio de seis meses no Hospital Albert Sabin (Hias), em 1980.

Trabalhando como residente no Albert Sabin, tivemos várias experiências de atendermos e evoluir crianças com ciclo vicioso de diarreia e desnutrição, as quais recebiam o melhor que o hospital poderia dar, como dieta balanceada para desnutrido, antimicrobianos de última geração e experiência com uma equipe médica bem formada. No entanto, foi frequente observar que algumas crianças não conseguiam sair do quadro do ciclo vicioso de diarreia e desnutrição. As perdas dessas

crianças marcaram para sempre a minha vida de pesquisador, pois nessa época havia dito em silêncio para mim que, se tivesse de fazer alguma pesquisa na minha vida, seria na linha de infecção entérica e desnutrição. Essa decisão em silêncio virou um profetismo para minha carreira acadêmica e a progressão nesse sentido, incluindo pesquisas clínicas no HSJ, Hias e em comunidades urbanas em Fortaleza e na região no semiárido brasileiro, resultou no reconhecimento e eleição como membro titular na Academia Brasileira de Medicina (ABC).

RVSJ: *O São José tornou-se, ao longo dos anos, terreno fértil para a produção científica, fomentando a realização de inúmeros trabalhos acadêmicos. do ponto de vista da pesquisa, quais foram suas*

experiências na unidade?

Aldo: O HSJ é um hospital de médio porte com características voltadas há longo tempo para o atendimento especializado em doenças infecciosas, pesquisa clínica e extensão na área de saúde. Cito duas experiências ao longo de décadas de trabalho acadêmico das quais o HSJ participou e vem participando ativamente. A primeira foi na pandemia da infecção pelo HIV/aids, considerada a quinta mais importante no mundo por sua mortalidade no total de aproximadamente 25 milhões de vidas. Nas décadas de 1990 e 2000, tivemos várias pesquisas com formação acadêmica de vários professores doutores, como Érico Arruda, Melissa Medeiros, Robério Leite e Roberto da Justa, que resultaram no conhecimento

melhor da resistência do HIV aos antirretrovirais, bem como estudos na barreira funcional gastrointestinal e terapia de recuperação dessa barreira comprometida pelo vírus HIV/aids. Recentemente, tivemos três projetos envolvendo ensaios clínicos de fármacos contra o SARS-CoV-2, agente etiológico da nova pandemia da Covid-19, patobiologia e novo teste diagnóstico envolvendo a tecnologia de LAMP para reduzir o custo e praticidade de uso na população. Assim, o HSJ foi e continua sendo parte importante para pesquisa e formação acadêmica de novos pesquisadores e para o conhecimento e combate de novas epidemias e pandemias que assolam o mundo.

RVSJ: *O senhor contribuiu para a formação de dezenas de pesquisadores no Brasil e no exterior. qual o sentimento por ser parte importante na vida profissional de tantas pessoas?*

Aldo: Durante a minha formação acadêmica, tive a graça de receber gratuitamente os ensinamentos necessários para capacitar o desenvolvimento profissional médico e acadêmico para pesquisa e formação de recursos humanos. Assim, a maior graça está nesse versículo: “De graça recebestes, de graça deveis dar!” (Mt 10,8).

RVSJ: *A pandemia colocou em evidência a importância da infectologia e da pesquisa científica. quais os legados que este período difícil deixará para ambas as áreas?*

Aldo: A pesquisa científica e a área de doenças infecciosas já vêm ao longo do tempo sendo reconhecidas por especialistas como sendo de fundamental importância para prevenir e tratar futuras pandemias, epidemias e endemias que, desde

a antiguidade, vêm ceifando vidas em larga escala na humanidade. Acredito que essa pandemia de Covid-19 vem mais uma vez mostrar ao mundo que investir globalmente em áreas para prevenir e salvar vidas é prioridade, uma vez que é do nosso conhecimento cada vez mais frequente o risco de novas pandemias que estão associadas à devastação do meio ambiente. Assim, a política, a administração global para preservação ambiental, educação, saúde, alimentação e saneamento são de extrema urgência e prioridade para a humanidade.

RVSJ: *O senhor é, também, professor do Departamento de Fisiologia e Farmacologia da Universidade Federal do Ceará. como é seu contato com as novas gerações de estudantes em formação?*

Aldo: Como professor da graduação, temos contato com estudantes de várias graduações, como Medicina, Farmácia, Enfermagem e Odontologia. Nessas graduações, estamos sempre falando da importância da pesquisa para a descoberta de novos fármacos antimicrobianos e valorizando os pesquisadores cientistas e médicos que foram importantes para essas descobertas, muitas delas premiadas com o prêmio Nobel de Medicina. Essa atividade tem sido muito gratificante, pois alguns desses alunos decidem progredir para iniciação científica, tendo uma vida acadêmica completa, com formação incluindo mestrado e doutorado. Neste sentido, temos mantido a chama acesa para novos profissionais e/ou pesquisadores e isto nos gratifica plenamente.

RVSJ: *E por falar em novas gerações, pela sua experiência, que características um médico precisa ter para exercer a profissão da melhor forma?*



Foto: Diego Sombra

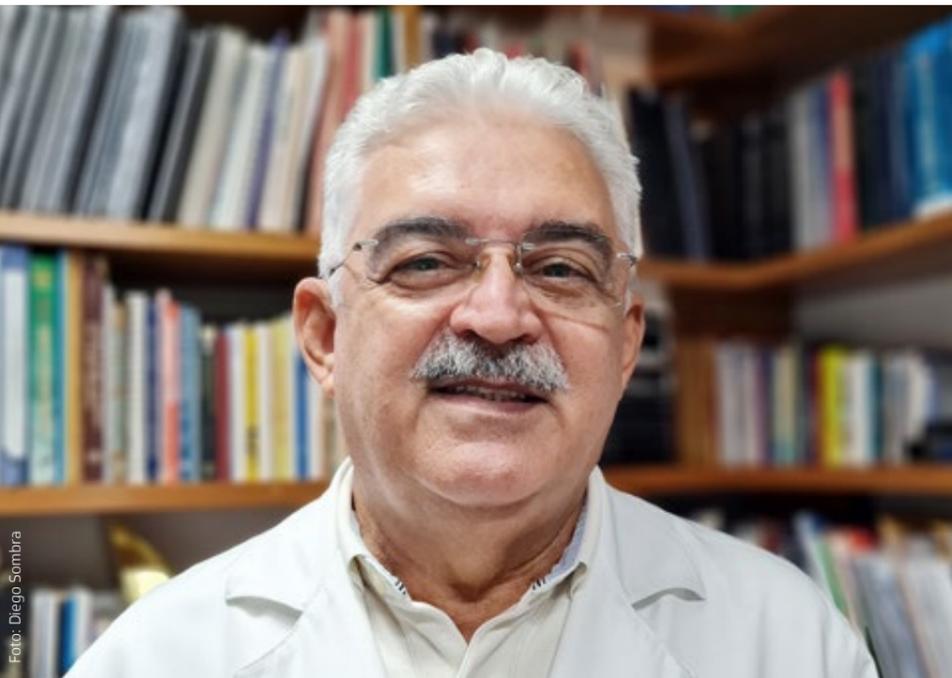


Foto: Diego Sombra

Aldo: O profissional médico é normalmente muito exigido na sua formação na graduação e residência médica, mas acredito que sua evolução em uma sólida formação acadêmica, com mestrado e doutorado, faça o diferencial para que contribua com o melhor desempenho profissional e novos conhecimentos através da pesquisa científica de importância para evolução da Medicina. Afinal de contas, temos ainda muito que aprender e desenvolver para a prevenção e cura de doenças, como acompanhamos hoje com a Covid-19, e os diversos tipos de câncer ainda sem prevenção e tratamento curativo.

RVSJ: Por atuar em vários campos da medicina, o senhor, certamente, tem uma vida bem corrida. você possui algum hobby que não tem relação com o seu trabalho?

Aldo: Ter um hobby faz parte com certeza da minha vida, pois me ajuda na rotina quase que contínua de trabalho acadêmico que desenvolvemos. Desde menino, gostava de correr e, ao morar fora

do país no período do doutorado sanduíche, descobri o método de Kenneth Cooper de corrida (1985). Desde então continuo praticando a corrida de duas a três vezes por semana, fazendo entorno de 5 km. Isto nos renova e tira muito o estresse do dia a dia de trabalho. Um segundo hobby às vezes é necessário. Assim, tenho um buggy há mais de vinte e sete anos e gosto de passear para apreciar a natureza.

RVSJ: Falando agora um pouco da sua família, como ela se integra à sua vida profissional?



Foto: arquivo pessoal

Aldo: A família é essencial para minha vida como pessoa e profissional da saúde. Minha esposa, Noélia L. Lima, é professora e médica pediatra e tem uma formação com residência médica, mestrado e doutorado. Neste sentido, temos muito em comum e partilhamos muito nosso dia a dia como casal e profissionais na área de saúde. Temos três filhos (uma menina e dois meninos com 38, 36 e 34 anos de idade). São casados e, atualmente, temos quatro netos.

RVSJ: Para finalizar, o que mais lhe marcou como médico e pesquisador ao longo da sua carreira?

Aldo: Como médico, me marcou a necessidade de uma formação acadêmica plena para o desenvolvimento de conhecimento e formação de novos recursos humanos, incluindo a área médica. Como pesquisador, hoje fico satisfeito por recentemente ter participado e acompanhado o conhecimento melhor do ciclo vicioso diarreia-desnutrição e enteropatia ambiental e o potencial recente para o bloqueio desse ciclo com fármacos, dieta, e novos pré e probióticos capazes de reverter esse ciclo tão lesivo e, muitas vezes, silencioso para o desenvolvimento físico, educacional e cognitivo de crianças no mundo.

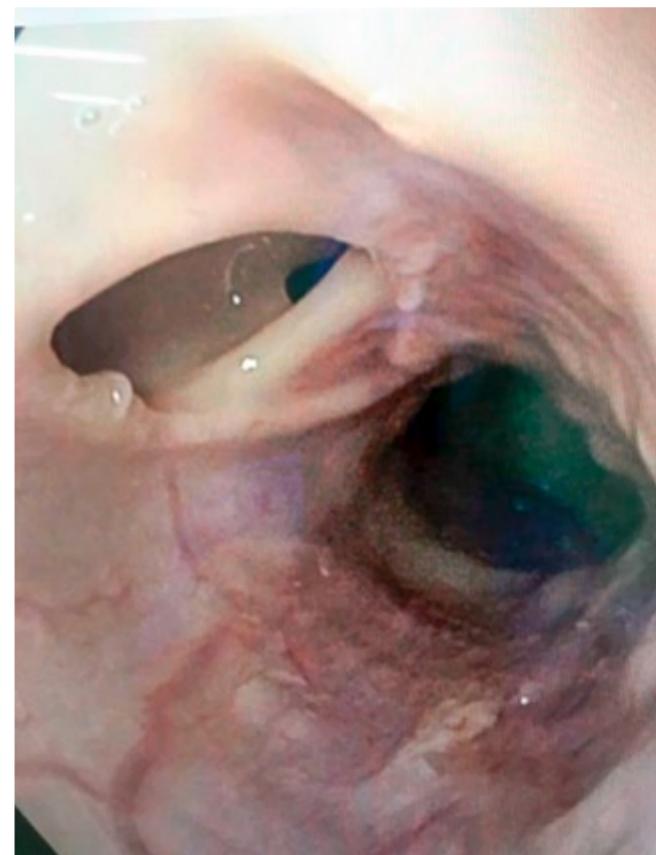


ESMIUÇAR | Artigos

FÍSTULAS TRAQUEOESOFÁGICA (FTE) OU BRONCOESOFÁGICAS (FBE) EM AIDS

Éder Guerra¹.

1. Médico gastroenterologista do Hospital São José



As FTE ou FBE em pacientes com aids são eventos raros e têm com agentes etiológicos M. tuberculosis, M. avium-intracellulare, Candida, Nocardia, CMV e herpes simples. Suas consequências são aspiração contínua, sépsis e insuficiência respiratória. Embora possa ocorrer em paciente

com boas condições de imunidade, na maioria dos casos acomete pacientes com doença avançada, sinalizando mau prognóstico. Nessas condições, as opções de tratamento são paliativas e envolve a colocação de próteses traqueal, brônquica ou esofágica, com potenciais complicações como a

formação de tampão de muco, tecido de granulação, migração e perfuração.¹,

Em pacientes com boas condições clínicas, a cirurgia pode ser uma opção, com fechamento orifical esofágico primário e possível ressecção de segmento traqueal de acordo com o comprometimento. Em grandes orifícios, pode ser usado uma matriz regenerativa (alloderm) e, em casos extremos, esofagectomia. Complicações são evitadas com elevação da cabeça do paciente no leito, drenagem contínua das secreções, drenagem gástrica por ostomia e inserção de tubo de jejunostomia.^{3,4}

REFERÊNCIAS

1. Asian Cardiovascular & Thoracic Annals 2017, Vol. 25(3) 226–228. Clinical
2. Ann Thorac Surg 1995;60:440-2
3. Ann Thorac Surg 2009;88:1018–9
4. AIDS 2007, Vol 21 No 18 :2261



TRANSPLANTE DE FÍGADO EM HIDATIDOSE

Elodie Bomfim Hyppolito¹, Alexia Rangel de Castro², José Telmo Valença Júnior³, Clóvis Rêgo Coêlho⁴, Cynthia Ferreira Gomes Viana⁵, Gustavo Rêgo Coêlho⁶, José Huygens Parente Garcia⁷.

1. Hepatologista Hospital São José
2. Aluna de Medicina da UFC
3. Patologista da UFC
4. Radiologista da UFC
5. Hepatologista da UFC
6. Cirurgiões do transplante

A doença hidática é uma doença parasitária rara causada pela infestação de parasitas do gênero *Echinococcus*. No Brasil, são descritos endemicamente na região Norte (Acre, Amazonas e Pará) as espécies *Echinococcus vogeli* e *granulosus*. A doença é mais comum na região do Mediterrâneo e na América do Sul, incluindo o Norte do Brasil, onde o roedor paca, hospedeiro intermediário, é um produto de caça comum. Os hospedeiros definitivos são cães domésticos ou de caça. Os homens são hospedeiros intermediários acidentais, sendo contaminados por fezes contendo ovos de parasitas, geralmente provenientes de cães que ingeriram fígado do roedor paca contaminado com cistos.¹ A contaminação dos cães se dá muitas vezes por ingestão do fígado da paca com cistos do parasita, fornecido pelos caçadores, hábito comum nessa região.^{1,2,3}

No ser humano, os cistos são originados a partir da evolução de lacunas primárias formadas pelos embriões do parasita, que migram do intestino após a ingestão dos ovos. Este processo inicial não provoca sintomas, os quais se manifestam em decorrência das complicações causadas pelo crescimento e proliferação dos cistos, levando à compressão dos vasos e das vias biliares.² O principal sintoma é a dor em abdome superior. A icterícia obstrutiva é uma complicação frequente, pois a extensa proliferação dos cistos provoca compressão das vias biliares e formação de fístulas biliares.

No exame físico do paciente acometido, os cistos são geralmente palpáveis como massas endurecidas com superfície irregular, localizadas principalmente no quadrante superior direito do abdome. Os cistos também podem ser extra-hepáticos, tendo, portanto, localizações diferentes, como na cavidade abdominal, no tórax, no pulmão e nos mesentérios do estômago e do intestino,

e causando sintomas diferentes.¹ Outras manifestações possíveis são hepatomegalia, perda de peso, anemia, febre e hemoptise, se houver envolvimento pulmonar.⁴

O diagnóstico é difícil e depende de uma boa anamnese que detecte o vínculo epidemiológico. Devido ao longo período de latência da doença, que pode levar até vinte anos, muitas vezes o diagnóstico é tardio. Os exames radiológicos podem sugerir doença de Caroli, como no caso 1, em que o diagnóstico só foi realizado após o transplante de fígado e exame histopatológico do explante.

O tratamento pode ser farmacológico, cirúrgico, percutâneo e raramente por transplante de fígado. No primeiro, é feito uso de medicamentos antiparasitários, como albendazol e mebendazol. Ambos são bem tolerados, mas aquele tem melhor absorção que este, necessitando de menor dose e tempo de tratamento, sendo mais utilizado. O albendazol é usado nas doses entre 10 e 15 mg/kg/dia, sendo, na prática, feito 800 mg divididos duas tomadas de 400 mg, após refeição. O mebendazol é feito quando não há eficácia ou tolerância do albendazol, necessitando de doses de 40 a 50 mg/kg/dia. A duração do tratamento é entre três a seis meses.⁵

A ressecção hepática das áreas contendo cistos é um excelente tratamento, podendo ser feito quando os cistos são pequenos. Quando os cistos são considerados irrisecáveis, pode ser necessário o transplante hepático, considerado a única terapia curativa nessa situação.⁴ Para melhora do prognóstico pós-transplante, é essencial a terapia antiparasitária após o procedimento, bem como o adequado acompanhamento para detecção de possíveis metástases.⁶

Em nossa revisão de literatura, encontramos 24 artigos, incluindo relatos de caso e séries de casos, de pacientes

submetidos a transplante hepático por doença hidática. Um deles é brasileiro, e a evolução do paciente foi desfavorável.⁴

Este artigo contém dois relatos de casos de pacientes do Norte do Brasil submetidos a transplante hepático no Serviço de Transplante de Fígado do Hospital Universitário Walter Cantídio (UFC) por hidatidose hepática, com apresentação clínica e imagens. Ambos os casos foram tratados com sucesso pelo transplante, tendo apresentado boa evolução.



Imagem 1: Explante do fígado com estruturas complexas do *Echinococcus spp.*

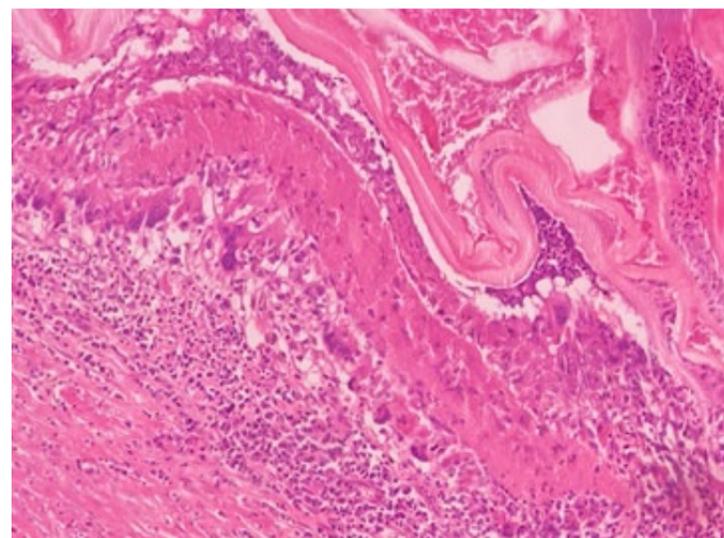


Imagem 2: (400X, HE) lâmina do explante, evidenciando, na parte superior à direita, membranas birrefringentes laminadas do *Echinococcus spp*; e na parte inferior à esquerda, reação granulomatosa epitelióide com gigantócitos do tipo corpo estranho.

Caso 1: Paciente do sexo feminino, de 51 anos, procedente da cidade de São Sebastião da Boa Vista, no Pará, refere que, desde 2016, apresentava pirose, dispepsia e dor abdominal localizada no hipocôndrio direito e na região epigástrica, de intensidade 9/10, sem fatores desencadeadores ou de alívio. Realizou exames de imagem, como ultrassonografia (USG) e ressonância magnética (RM) de abdome, ambos permitindo visualização de lesões multicísticas, comprometendo completamente o lobo hepático direito e parcialmente o esquerdo, com diagnóstico sugerido de doença de Caroli. A paciente evoluiu com desnutrição e perda de peso, com perda de 14 kg em seis meses, o que representava 27,4% do seu peso usual. Em 2019, apresentou icterícia flutuante, com colúria e prurido, e sem febre ou calafrios. Em fevereiro de 2021, devido à impossibilidade de ressecção cirúrgica das lesões, realizou transplante hepático com doador falecido.

Caso 2: Paciente do sexo feminino, de 52 anos, proveniente da cidade de Portel, no Pará, apresentava, desde 1983, episódios de dor abdominal, icterícia, prurido, febre e calafrios, já havendo sido submetida a três ressecções hepáticas e tratamento com albendazol múltiplas vezes. No ano de 2000, teve outra apresentação de dor abdominal, icterícia e prurido intenso, associada com colúria e coma hepático (encefalopatia grau IV). Foi dado o diagnóstico de equinococose hepática. A doença era bilateral, irrisecável, sem metástases a distância e com associação de colangite de repetição e envolvimento do trato biliar. O transplante hepático foi indicado, com MELD inicial de 7, o qual passou para 20 devido à situação especial concedida por colangite de repetição.



Figura 3: Tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciou dilatação biliar, tumores e calcificação.

REFERÊNCIAS

1. Siqueira NG, Siqueira CMVM, Silva RR, Soares MCP, Póvoa MM. Polycystic echinococcosis in the state of Acre, Brazil: contribution to patient diagnosis, treatment and prognosis. Mem. Inst. Oswaldo Cruz. 2013;108(05):533-540. <https://doi.org/10.1590/S0074-02762013000500001>.
2. Meneghelli UG, Villanova MG, Bellucci AD, Souza FF. Manifestações clínicas da doença hidática policística apresentadas por 26 pacientes atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo. Revista Pan-Amazônica de Saúde. 2013;04(04):19-36. <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232013000400003>.
3. Moreno-González E, Seguro CL, Ureña MAG, et al. Liver transplantation for Echinococcus granulosus hydatid disease. Transplantation. 1994 Oct 15;58(07):797-800.
4. Genzini T, Siqueira NG, Noujaim HM, et al. Liver transplantation for neotropical polycystic echinococcosis caused by Echinococcus vogeli: a case report. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2013;46(01):119-120. <https://doi.org/10.1590/0037-868216542013>
5. Costa IAG. Abordagem Terapêutica da Hidatidose Hepática [Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2017.
6. Bresson-Hadni S, Koch S, Miguet JP, et al. Indications and results of liver transplantation for Echinococcus alveolar infection: an overview. Langenbecks Arch Surg. 2003;388(04):231-8. doi: 10.1007/s00423-003-0394-2.



OLHADINHA | Artigos

QUANDO A PELE REVELA O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA SISTÊMICA

Amanda Pinheiro Ibiapina¹, Pedro Pinheiro de Negreiros Bessa², Cicero Allan Landim de Oliveira Lima³ e Andréa Pinheiro de Moraes⁴.

1. Estudante de Medicina da Unifor
2. Infectologista
3. Infectologista
4. Dermatologista

Identificação: paciente masculino, 44 anos, natural de Irauçuba e procedente de Fortaleza, HIV + crônico, em uso irregular de TARV, tendo abandonado terapia há mais de um ano. Procurou o Hospital São José com febre, tosse seca crônica, escarros hemoptóicos, perda de 20 kg em dois meses e lesões cutâneas papulo vesiculares. Há um mês, cursou com disfagia, sendo tratado com fluconazol, apresentando melhora. Relata que compareceu há quatro dias da admissão para consulta ambulatorial, sendo solicitados exames (23/06/21). Paciente porém, procurou emergência, queixando-se de dor abdominal importante, diminuição do volume urinário, com urina escura, vômitos incoercíveis, aumento de volume abdominal e de membros inferiores. Na admissão, apresentava lesões molusco-like em pápulas, com umbilicação central, acometendo face e tronco.

EXAMES LABORATORIAIS

- 23/06/21: HB:6,9, LEUCO: 7100, LINF: 393, PLAQ: 265.000; VDRL: N/R, LDH: 221, NA: 119, TGO: 59, TGP: 17, CR: 0,9, UR: 73.
- BAAR: NEGATIVO, PORÉM PRESENÇA DE ESTRUTURAS LEVEDURIFORMES INTRA E EXTRACELULARES



Figura 1. Lesões cutâneas na admissão.

SUGESTIVAS DE HISTOPLASMA CAPSULATUM.

- TRM-TB: NÃO DETECTADO.
- CD4 9 cels/mm³; Carga viral NÃO DETECTADA, tendo retornado recente o uso da TARV com Tenofovir/Lamivudina/Darunavir 1200mg/ritonavir 100mg – Carga viral anterior 27/06/2019 - 111.138 CÓPIAS
- CREME LEUCOCITÁRIO: NEGATIVO; CULTURA PARA FUNGOS (27/06/21) - HISTOPLASMA CAPSULATUM
- PESQUISA DE FUNGOS EM PELE

- (28/06) - HISTOPLASMA CAPSULATUM
- ANTÍGENO COVID-19 (05/07/21): NÃO REAGENTE
- RT-PCR PARA COVID-19 (05/07/21): NÃO DETECTÁVEL
- 09/07/21: CHAGAS IGG E IGM NR; TOXO IGG E IGM REAGENTE; ANTI-HBS REAGENTE
- 24/07/21 -> PCR para Citomegalovírus - 855 CÓPIAS

EXAMES DE IMAGEM

- TC ABDOME (10/07/21): DERRAME PLEURAL BILATERAL, MAIOR À ESQUERDA, COM ATELECTASIA PASSIVA DO PARÊNQUIMA PULMONAR ADJACENTE. PEQUENA ASCITE. SINAIS INDIRETOS DE ANEMIA. ESPLENOMEGALIA.
- TC DE ABDOME (29/06/21): PEQUENA QUANTIDADE DE LÍQUIDO LIVRE PERIHEPÁTICO, PERIESPLÊNICO, GOTEIRAS PARIETOCÓLICAS E PELVE. ESPLENOMEGALIA HOMOGÊNEA NO ESTUDO SEM CONTRASTE.
- TC DE TÓRAX COM CONTRASTE (29/06/21): MÍNIMO DERRAME PLEURAL BILATERAL, ASSOCIADO À ATELECTASIA RESTRITIVA DO PARÊNQUIMA PULMONAR ADJACENTE. MÚLTIPLAS PEQUENAS OPACIDADES

NODULARES COM DISTRIBUIÇÃO RANDÔMICA PELO PARÊNQUIMA PULMONAR CENTRAL, COM LOCALIZAÇÃO PREDOMINANTEMENTE CENTRAL, POR VEZES ASSUMINDO ASPECTO CONSOLIDATIVO INCIPIENTE, PODENDO ESTAR RELACIONADAS A PROCESSO INFLAMATÓRIO / INFECCIOSO GRANULOMATOSO INESPECÍFICO, SENDO CONVENIENTE A CORRELAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL. ESPESSAMENTO DE PAREDES BRÔNQUICAS, PODENDO ESTAR ASSOCIADO À BRONCOPATIA INFLAMATÓRIA NO CONTEXTO CLÍNICO ADEQUADO.

-Endoscopia digestiva alta (14/07/21)
-> EROSÃO ISOLADA EM ANTRO GÁSTRICO. GASTRITE ENANTEMÁTICA LEVE DE CORPO. NÃO REALIZADA BIÓPSIA DEVIDO À PLAQUETOPENIA.

TERAPÊUTICA UTILIZADA

- ANFOTERICINA B DESOXICOLATO 50MG/DIA (27/06-12/07)
- ITRACONAZOL 400MG/DIA (DI 12/07 -> 600 MG POR TRÊS DIAS)
- TENOFOVIR 300MG/DIA + LAMIVUDINA 300MG/DIA, DARUNAVIR 1200MG/DIA, RITONAVIR 100MG/DIA
- PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4,5G (DI 02/07 - 08/07/21)
- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS e BUFFY COAT

DISCUSSÃO

H. capsulatum é o agente causador da Histoplasmose Disseminada Aguda que é adquirido por inalação de micélios e fragmentos de microconídios do fungo. O fungo vive no solo, próximo a rios, pássaros e morcegos, que o carregam no trato gastrointestinal. A doença costuma ser autolimitada ou localizada na população em geral, mas pode ser disseminada e fatal em pacientes com doenças pré-existentes,

especialmente aquelas relacionadas à imunossupressão. Em pacientes diagnosticados com HIV, geralmente é descrito com contagens de linfócitos CD4 inferiores a 150 células / mm³. É importante observar que as lesões cutâneas podem variar em forma, consistência e número nesses indivíduos.

Outras doenças podem produzir lesões cutâneas em pacientes com HIV neste contexto clínico e devem ser incluídas no diagnóstico diferencial. Erupções medicamentosas, prurigo associado ao HIV, escabiose, psoríase e outras doenças bacterianas, virais e fúngicas são alguns dos distúrbios que podem mimetizar a histoplasmose cutânea. Portanto, a identificação e o isolamento do fungo nos tecidos são essenciais para o correto diagnóstico. Diferentes estudos em diferentes hospitais mostraram que cepas de H. capsulatum da América do Sul têm maior dermatotropismo, com mais alterações mucocutâneas em comparação com as da América do Norte e Europa, provavelmente relacionadas a diferenças genéticas entre as cepas.



Figura 2. Lesões cutâneas após início da Anfotericina.



Figura 3. Lesões cutâneas após início da Anfotericina.

DIAGNÓSTICO FINAL

HISTOPLASMOSE DISSEMINADA POR HISTOPLASMA CAPSULATUM

Evolução: paciente foi de alta melhorado, sem necessidade de hemodiálise e com medicação oral. Encontra-se em uso regular de TARV, recuperação do apetite e ganho de peso.

REFERÊNCIAS

Rocha MM, Severo LC. Histoplasmose disseminada em pacientes com síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA). Estudo de 25 casos [Disseminated histoplasmosis in patients with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Study of 25 cases]. Rev Inst Med Trop São Paulo. 1994 Mar-Apr;36(2):167-70. Portuguese. PMID: 7997794.

Orsi AT, Nogueira L, Chrusciak-Talhari A, Santos M, Ferreira LC de L, Talhari S, et al. Coinfecção histoplasmose e Aids. Anais Brasileiros de Dermatologia [Internet]. 2011 Oct [cited 2021 Aug 17];86(5):1025-6. Available from: <https://www.scielo.br/j/abd/a/3HrwpW4g8wJqGkskRCK/?lang=pt&format=html>



OLHADINHA | Artigos

COVID-19 COMPLICADA COM ASPERGILOSE: CASO POR IMAGEM

Luís Arthur Brasil Gadelha Farias^{1,2*}, Leonardo Nogueira Meireles^{2,3}, Jacó Ricarte Lima de Mesquita², Lisandra Serra Damasceno²

1. Programa de Residência Médica, Escola de Saúde Pública (ESP/CE)
2. Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ)
3. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Escola de Saúde Pública (ESP-CE)

INTRODUÇÃO

A doença conhecida como novo coronavírus ou Covid-19, causada pelo vírus SARS-COV-2, foi inicialmente descrita na China, na província de Wuhan, em 2019¹. Com o avanço da doença, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia em 11 de Março de 2020, sendo o coronavírus uma emergência global². Em 2021, a doença persiste assolando o globo, estando seu controle sujeito a medidas de prevenção, como uso de máscaras de proteção, vacinação, distanciamento social, entre outras.

A doença apresenta uma miríade de manifestações, desde casos leves, como uma síndrome gripal, até casos graves, como a síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e óbito¹. O avanço no conhecimento desta patologia foi exponencial, com os olhos do mundo voltados para a Covid-19. Complicações relacionadas direta ou indiretamente à Covid-19 têm sido descritas no sistema cardiovascular, hematológico, oftalmológico, gastrointestinal e neurológico³. Desde o início da pandemia, o risco do novo coronavírus complicar através de patologias fúngicas tem sido descritas⁴. O presente trabalho visa ilustrar o caso de um paciente internado com Covid-19, complicada por Aspergilose, no Hospital São

José de Doenças Infecciosas (HSJ), com foco na caracterização microbiológica. 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).

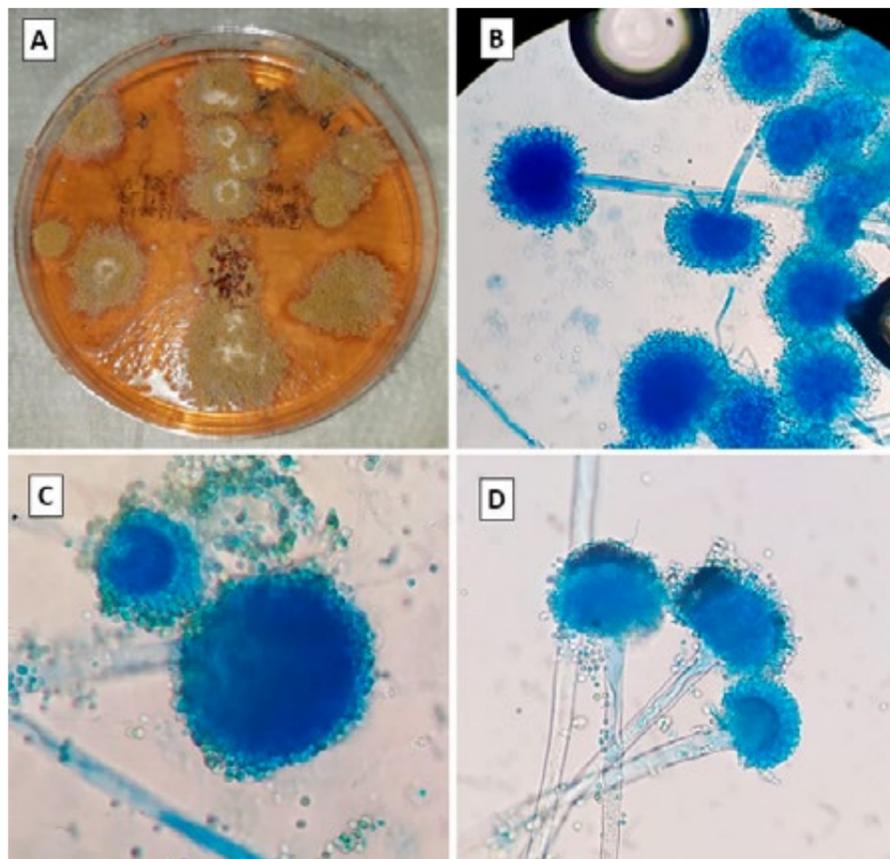
RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, de 47 anos, procedente de Itaitinga-CE, previamente diabética e hipertensa, deu entrada com quadro de adinamia, hiporexia, dispneia, desorientação e sonolência. Ao exame físico admissional, destaca-se o uso de musculatura acessória, frequência respiratória maior que 30 e saturação de oxigênio de 85% em ar ambiente. Devido à franca insuficiência respiratória, foi optado pela intubação orotraqueal com ventilação mecânica, iniciado terapêutica antibiótica empírica com ceftriaxona 2g/dia e azitromicina 500mg/dia para infecção secundária, associada à dexametasona 20mg/dia, e solicitado transferência para Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Durante o internamento, a paciente evoluiu com descontrole glicêmico, necessitando de terapêutica com bomba de insulina. Optou-se por pronação, em mais de um momento,

devido à manutenção do índice de oxigenação menor que 150, porém sem resposta satisfatória. Após 25 dias de internamento, a paciente persistia com desmame difícil da ventilação mecânica e sinais de piora clínica, estando bastante secretiva pelo tubo e com episódios febris. Ao ser realizada a aspiração traqueal, houve crescimento de Acinetobacter baumannii, sensível apenas à gentamicina (MIC<=1) (1ª amostra) e Aspergillus sp. (2ª amostra). Swab retal para VRE resultou positivo. Swab retal para KPC resultou negativo. Urinocultura revelou crescimento de Candida krusei e Candida tropicalis. Realizado escalonamento antibiótico, porém, a paciente evoluiu com choque séptico e parada cardiorrespiratória, com desfecho fatal.

Cultura em Ágar Sabouraud do aspirado traqueal revelou crescimento de colônias fúngicas de textura aveludada, tornando-se pulverulenta com a produção de esporos de cor castanho-esverdeada (Figure 1A). Visualização ao microscópio direto com coloração Lactofenol Azul- algodão (400x) revelou a presença de fungos filamentosos hialinos de hifas septadas e ramificadas dicotomicamente, com presença da clássica cabeça aspergilar (Figura 1B-D).



DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O presente caso ilustra uma paciente grave acometida por Covid-19 complicada por micoses sistêmicas com evolução fatal. Pacientes graves, especialmente aqueles internados em ambiente de UTI e/ou imunocomprometidos, têm maior probabilidade de sofrer de micoses invasivas [4]. Infecções por *Aspergillus* e *Candida* têm sido frequentemente descritas, exigindo um alto nível de suspeição clínica e detecção precoce para tratamento e prevenção de complicações [5]. Lai C et al. Uma revisão recente sobre aspergilose pulmonar em pacientes com o novo coronavírus concluiu que a infecção pode ocorrer em pacientes com Covid-19 sem fator de risco definido [6]. Existem até o momento 34 casos relatados de Covid-19 complicada por aspergilose pulmonar, dos quais nenhum foi registrado no Brasil [6]. O voriconazol foi o agente antifúngico

mais comumente usado, seguido de caspofungina, isavuconazol e lipossomal anfotericina. No entanto, oito pacientes (23,5%) não receberam qualquer agente antifúngico[6]. O agente de escolha para tratamento geralmente é o voriconazol, porém o clínico deve estar atento ao risco de toxicidade cardíaca e interações medicamentosas.

Pacientes complicados com *Aspergillus* sp. aparentam ter alta mortalidade, revelando um prognóstico ruim com frequência. Dos 34 casos publicados, foram descritos 22 óbitos, havendo, portanto, letalidade de 64,7%[6]. Embora trate-se de uma complicação incomum e ainda pouco descrita na literatura, o presente artigo reforça a necessidade de alta suspeição clínica para evitar desfechos desfavoráveis. A realização precoce de galactomanana e cultura fúngica de espécimes respiratórios pode auxiliar no diagnóstico precoce.

Mais estudos clínicos são necessários para compreender totalmente a implicância desta afecção no Covid-19.

REFERÊNCIAS

- 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 Feb;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).
- 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 2020 mar 26]. Disponível em: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
- Paybast S, Emami A, Koosha M, Baghalha F. Novel Coronavirus Disease (COVID-19) and Central Nervous System Complications: What Neurologist Need to Know. *Acta Neurol Taiwan*. 2020 Mar 30;29(1):24-31.
- Song G, Liang G, Liu W. Fungal Co-infections Associated with Global COVID-19 Pandemic: A Clinical and Diagnostic Perspective from China. *Mycopathologia*. 2020 Aug;185(4):599-606. doi: 10.1007/s11046-020-00462-9.
- Koehler P, Cornely OA, Böttiger BW, et al. COVID-19 associated pulmonary aspergillosis. *Mycoses*. 2020;63(6):528-534. doi:10.1111/myc.13096.
- Lai CC, Yu WL. COVID-19 associated with pulmonary aspergillosis: A literature review. *J Microbiol Immunol Infect*. 2021 Feb;54(1):46-53. doi: 10.1016/j.jmii.2020.09.004.



Foto: Diego Sombra



ESTUDA MENINO | Artigos

UM ANO DE PANDEMIA DE COVID -19: A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS

Talita de Lemos Araujo¹, Maria Elisabeth Sousa Amaral², Charlliane Fernandes Gonçalves Ribeiro³

- Assistente Social, mestra em Psicologia-Saúde Mental pela UPE/Pe e Preceptora da Resmulta Infectologia-ESP/CE.
- Assistente Social, mestra em Gestão, Planejamento e Política de Saúde, Universidade de Leeds - Reino Unido (Gerente do Serviço Social) e docente Unichristus.
- Assistente Social, mestranda em Políticas em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz

A pandemia de Covid-19 abriu uma crise sanitária de proporções jamais vistas no prenúncio do século XXI, constituindo-se o maior desafio para os sistemas de saúde no mundo inteiro. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha desde então o seu maior teste, numa conjuntura adversa decorrente do congelamento do teto de gastos aprovado pelo Congresso Nacional em meados de 2016. Contudo, todas as unidades de saúde, em todos os níveis de atenção do sistema de saúde, abriram-

se para atender à demanda crescente e desafiadora. O Hospital São José vem, desde então, exercendo importante protagonismo por ser referência terciária em doenças infecciosas no Ceará. A partir de março de 2020, todas as categorias profissionais defrontaram-se com o manejo desta nova doença e suas implicações internas no tocante à organização dos processos de trabalho, às exigências de biossegurança, ao redesenho de fluxos, às novas abordagens e às implicações que envolviam

diretamente os pacientes, num aprendizado contínuo em que as inseguranças, o medo, mas sobretudo o dever do enfrentamento, davam o tom e a dinâmica de cada plantão.

Nesta lida, coube ao Serviço Social o fortalecimento de seu papel histórico para o atendimento das demandas sociais dos pacientes, acrescido do atendimento aos familiares que se constituíam “grupo potencialmente de risco” por serem classificados como contactantes de primeiro grau. Estes, obviamente, tinham pouco conhecimento sobre a doença, muito medo e desconheciam, por exemplo, os cuidados que eles deveriam ter a partir da internação de seu familiar ou durante seu retorno para casa. Além disso, precisavam observar possíveis sintomas e seguir as normas sanitárias de usar máscaras e manter o distanciamento social e o isolamento em determinadas situações.

Importante ressaltar que a equipe de Serviço Social do HSJ estava bastante restrita à época e 25% da força de trabalho veio a ser contaminada, passando a experimentar as agruras do adoecimento por Covid-19. Assim, logo cedo, compreendemos que a linha de frente era comum a todos os trabalhadores que, de diversos modos, estavam expostos por realizarem atividades que também traziam risco.

Historicamente, cabe ao Serviço Social a tarefa de conhecer o paciente em seus aspectos social, econômico, familiar e comunitário para, a partir daí, buscar a garantia de direitos muitas vezes desconhecidos por ele e empreender esforços para viabilizá-los. A título de exemplo: direitos previdenciários, socioassistenciais, de acesso à justiça, Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílio-doença, aposentadoria, além de outros recursos pleiteados via Defensoria Pública, contatos com a rede de serviços de saúde, previdência e assistência social. Nos casos de óbitos, a equipe fornecia acolhimento às famílias e as orientações acerca do acesso a benefícios como o auxílio- funeral.

No percurso da pandemia, surge o direito ao benefício do auxílio emergencial, que mobilizou a equipe e que visava garantir os mínimos necessários, tendo em vista o quadro vigente de desemprego, lockdown – e consequente subtração do exercício de atividades informais, e a necessidade de uma renda mínima para garantir a subsistência dos mais vulneráveis. Neste esforço, a admissão social e o diálogo com o paciente, quando possível, ou familiar próximo, constituiu-se o caminho ideal para levar esta informação e os caminhos de acesso ao benefício a quem dele precisasse.



Foto: Diego Sombra

A admissão social também tem o propósito de fornecer para toda equipe um pouco sobre a história do paciente e dar-lhe um rosto para além da doença. Nos quadros mais críticos de Covid-19, a família tornou-se o centro das nossas intervenções e, por vezes, estávamos envolvidos no atendimento em processo de admissão social do paciente junto ao seu familiar. Já no dia seguinte, era o familiar que se tornava paciente, sendo esta a dinâmica que se estabeleceu a partir de então.

A característica mais predominante no início da pandemia foi uma forte incidência de pessoas idosas como grupo alvo da doença mais suscetível a internações. Este quadro epidemiológico, no entanto, foi se alterando ao longo do tempo. Contudo, no início se impôs um processo de isolamento, o que por si só alterou a rotina do Serviço Social no tocante a processos de visita e de acompanhamento de pacientes que foram sumariamente sustados como forma de prevenir contágio e, com isso, garantir maior segurança para familiares e equipes de trabalho. A preocupação do Serviço Social passou a ser, a partir de então, a garantia do direito a uma boa comunicação com a família, como forma de redução do estresse da internação, as inseguranças advindas da doença, medo da morte e as constantes e intermináveis solicitações das famílias por notícias sobre o quadro de evolução do seu paciente.

Buscamos assegurar este direito a partir da organização, junto à direção do hospital, de fluxos internos que possibilitassem mitigar danos tanto para pacientes quanto

para seus familiares. Os adoecimentos por Covid-19 não estão circunscritos apenas aos agravos do vírus no organismo. Há toda uma carga de subjetividades que envolvem pacientes e familiares, dentre estes o medo da morte, que está muito presente no imaginário de todos. Assim, diariamente o Serviço Social acolheu as famílias e realizou articulação com os demais profissionais, no sentido de viabilizar uma comunicação entre a equipe e os familiares dos pacientes internados e o repasse de boletim médico. Por vezes, esta informação não se fazia suficiente e as famílias buscavam os assistentes sociais para obter mais detalhes ou informações que fossem capazes de tranquilizar ou melhor informar os familiares.

Diante desta necessidade, agravada pelo quadro restrito de assistentes sociais para dar a cobertura desejada, buscamos, através da preceptoria de campo da Residência Multiprofissional, construir uma parceria com os residentes e um outro modelo de comunicação multiprofissional passou a se somar ao boletim médico. Assim, a partir do Projeto Acolhimento Multiprofissional - Covid-19, numa única ligação em viva voz, cada categoria profissional podia melhor esclarecer como estava o paciente na perspectiva do Serviço social, da Nutrição, da Psicologia, da Fisioterapia, da Enfermagem, entre outras áreas, sempre a partir da demanda da família. Este trabalho constituiu uma inovação e trouxe excelentes ganhos tanto na aprendizagem de uma abordagem em equipe na perspectiva da Covid-19 quanto na qualidade da informação mais precisa e esclarecedora para as famílias, para além do quadro clínico, reduzindo as reclamações e

aumentando o grau de satisfação com o atendimento da instituição.

Igualmente importante foi a garantia da utilização de aparelhos celulares pelos pacientes para reduzir o quadro de solidão e isolamento a que ficavam submetidos, favorecendo a comunicação com familiares, o que em muito contribuiu para aliviar o sofrimento de ambos os lados e atenuar o período de internação no hospital, pois trata-se de ferramenta com muitas possibilidades de interação e passa tempo. Para amparar esta possibilidade, o Serviço Social buscou, na literatura internacional, mais precisamente nos protocolos do NHS, sistema de saúde inglês, igualmente público, universal e gratuito como o SUS, evidências positivas relacionadas ao uso do aparelho telefônico, tendo em vista que a Covid-19 é uma doença marcada pela solidão e por grande sofrimento mental.

O Serviço Social também buscou recursos materiais (tablets) para a realização de videochamadas entre os pacientes e seus familiares. A busca se deu junto ao grupo de consultores do Projeto Mais Saúde, parceria estabelecida entre o Banco Itaú, Hospital Sírio Libanês e Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa). O grupo visitou o HSJ e deu suporte para o desenvolvimento de algumas estratégias de fortalecimento das equipes para o enfrentamento da pandemia. Os três tablets doados são utilizados hoje tanto pela equipe do Serviço Social quanto pela equipe de Psicologia do hospital nas mais diversas circunstâncias. Os resultados destas interações são extremamente positivos para pacientes e familiares.

O Serviço Social também participa de um dos momentos mais dolorosos por que passam as famílias, que é a notícia do óbito de seu familiar. A Covid-19 roubou, por muito tempo, nossa expressão cultural de vivência do processo de luto e sepultamento, que se tornou uma quase violência ao restringir o processo de reconhecimento do corpo do falecido a um familiar, isso sem contar as restrições de velório impostas por legislação específica. É difícil mensurar no momento quais as consequências psíquicas que este tipo de procedimento está a ensejar nos familiares dos pacientes que vão a óbito. Ao mesmo tempo o Serviço Social precisa realizar as últimas e necessárias orientações aos familiares, dentre elas as informações de acesso ao auxílio-funeral, benefício assistencial que garante às famílias sem cobertura funerária privada o acesso a serviço fúnebre e sepultamento para que, além de toda a dor do momento, estas não fiquem desamparadas nesse sentido.

Por último, ressaltamos a importância das altas celebradas, lembrando que elas sempre partem do desejo das famílias e são viabilizadas, na maior parte

das vezes, com o apoio do Serviço Social e da residência multiprofissional. Foram usados diferentes apelos visuais e sonoros, como cartazes, músicas, preces e falas dos familiares que, no momento da alta, expressam sua gratidão a todos os servidores do hospital que, de forma devotada, cumpriram o ciclo de atendimento e restabelecimento do paciente. Estas celebrações são, em geral, tocantes e belas, mas consideramos que representam também um grande momento terapêutico e de renovação para as equipes, que veem o resultado de seu trabalho e se fortalecem para continuarem a tarefa de cuidar de cada paciente.

O QUE ESTA EXPERIÊNCIA NOS ENSINOU ATÉ AQUI?

A Covid-19 é uma doença cujo núcleo de pesquisa e construção de novos conhecimentos e saberes assenta-se sobre o campo da infectologia por excelência, porém, ela alcança o indivíduo não apenas nos aspectos clínicos, mas sobejamente nos aspectos das suas subjetividades. Como diz o poeta Pablo Neruda, “Dos muitos homens que sou, e nós somos, não podemos nos assentar em apenas um. Eles estão perdidos para mim dentro das capas das roupas”.

A doença carrega o assombro da morte, acorda a finitude da vida e com ela as questões últimas da existência que, como seres humanos, teimamos em adiar. Presenciamos nesta experiência a necessidade dos pacientes em mandar recados inadiáveis, que vão desde a urgência de dizer “eu te amo” para um ente querido ou “quando eu acordar a gente se fala, viu?!” até as providências mais mezinhas, como “por favor pague as contas que ficaram em cima da geladeira”. Esta dimensão chama por uma abordagem de cuidado mais sistêmica e holística, pois é isso que somos: humanos frágeis e não apenas órgãos adoecidos, pulmões atingidos em 25, 50 ou 70% e muito menos uma saturação em queda.

Ficam então algumas perguntas diante do que vivenciamos, presenciamos e refletimos durante esse tempo de atuação nessa emaranhada linha de frente: como os demais integrantes da equipe multiprofissional do Hospital São José compreendem o objeto de trabalho do Serviço Social, a questão social e a prática dessa categoria profissional nos processos de cuidado na referida instituição? O que se pode inaugurar como novo rumo para um trabalho efetivamente em equipe?

Para nós, do Serviço Social, fica como certeza a percepção acerca da complexidade humana, das múltiplas dimensões dos pacientes, familiares e trabalhadores da saúde e da riqueza de saberes que cada um desses atores pode agregar ao processo de cuidado em saúde mediante um diálogo horizontal para que esses saberes possam se

complementar. Como presente, fica um pouquinho de Neruda para refrescar nossas mentes.

Dos muitos homens que sou, e nós somos...

Dos muitos homens que sou, e nós somos,
 não podemos nos assentar em apenas um.
 Eles estão perdidos para mim dentro das capas das roupas,
 eles tomaram o rumo de outra cidade.
 Quando tudo parece estar bem
 para que eu me mostre como um homem inteligente,
 o louco que eu mantinha encerrado em minha pessoa toma
 minha
 fala e ocupa minha boca.
 Em outras ocasiões, quando estou perdido
 entre pessoas distintas
 e chamo meu eu corajoso e covarde completamente
 desconhecido vem sacudir meu pobre
 esqueleto
 com mil pequenas reservas
 Quando uma casa digna explode em chamas,
 ao invés do bombeiro que eu chamo,
 irrompe em cena um incendiário
 E ele sou eu. Não há nada que eu possa fazer.
 O que posso fazer para escolher a mim mesmo?
 Como posso me compor?
 Todos os livros que li
 idealizam figuras de heróis brilhantes.
 Sempre cheios de auto-confiança.
 Eu morro de inveja deles e;
 em filmes em que balas voam ao vento,
 Sinto inveja dos cowboys,
 Admiro até os cavalos.
 Mas quando eu chamo meu eu corajoso,
 lá vem meu velho ser preguiçoso,
 e assim, nunca sei quem eu sou,
 ou quantos eu sou, ou quem estará sendo.
 Eu gostaria de ser capaz de tocar um sino
 e chamar meu ser real, o verdadeiro eu,
 pois se eu realmente preciso do meu ser próprio,
 não posso deixá-lo desaparecer.
 Quando estou escrevendo, estou longe
 quando retorno, já me fui.
 Eu gostaria de ver a mesma coisa acontecer
 a outras pessoas como ocorre comigo,
 para ver se tantos são como eu,
 e quantos deles sentem-se da mesma forma consigo
 mesmos.
 Quando este problema for totalmente explorado
 vou me treinar tão bem nessas coisas que
 quando eu tentar explicar meus problemas,
 falarei não de um ser, mas de uma geografia.





ATUAÇÃO DA PSICÓLOGA EM HOSPITAL DE DOENÇAS INFECCIOSAS: COMPREENDENDO SUA INSERÇÃO

Karla Corrêa Lima Miranda¹, Sara Lavor Fernandes², Gisele Menezes Dutra³, Emilly Melo Gomes⁴, Simone Maria dos Santos Lima⁵, Niveamara Sidrac Lima Barroso⁶, Mayara da Silva Braga⁷, Aiala de Melo Martins⁸, Kelly Cristine Silva Pereira⁹, Maria Eliara Gomes Lima¹⁰

1. Psicóloga do hospital São José, professora do Programa de Pós-Graduação de Cuidados Clínicos da Uece, docente da Unichristus
2. Psicóloga do Hospital São José
3. Psicóloga Hospital São José
4. Psicóloga do Hospital São José
5. Psicóloga do Hospital São José
6. Psicóloga do Hospital São José
7. Programa de Residência Multiprofissional e Saúde
8. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
9. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
10. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde

A interface entre a Psicologia e a atenção hospitalar caracteriza-se, primordialmente, por um contexto marcado pelo sofrimento que, em maior ou menor intensidade, apresenta-se como próprio das situações de crise e adoecimento. Este contexto põe à prova os mecanismos adaptativos adequados, o que já justificaria a presença da psicóloga e sua ação no ambiente hospitalar. Frente à objetividade e a resolutividade necessárias neste ambiente, emerge uma demanda de sofrimento adicional, evidenciada pelas subjetividades em jogo nessa vivência hospitalar, tanto do paciente como de seus familiares, cujas repercussões do adoecimento em suas vidas mostram um significado para além da patologia e da sua gravidade.

Não se pode isolar a doença do ser que adocece, do sentimento de estar-enfermo, que coloca o sujeito numa experiência de mal-estar, sendo o adoecimento considerado uma situação-problema vivida pelo ser-doente-em-situação. Tal experiência decorrente do adoecimento envolve sensações e sentimentos diversos, dependendo das percepções de quem está vivenciando este momento ímpar. E sendo assim, pensando-se na hospitalização e nos momentos de dor e de sofrimento,

podem-se compreender os movimentos particulares, os mecanismos de enfrentamento de cada um dos envolvidos e reflexões sobre como atravessar as dificuldades da situação. O adoecimento, então, é compreendido como um momento de crise dadas as possíveis rupturas significativas, mobilizações do ponto de vista emocional, as implicações e os desdobramentos na existência da pessoa. Uma experiência de mal-estar que tem um poder desestabilizador e que pede cuidados.

É nesta perspectiva que Simonetti (2018) afirma: “Toda doença apresenta aspectos psicológicos, toda doença encontra-se repleta de subjetividade e por isso pode se beneficiar do trabalho da psicóloga hospitalar”. O autor acrescenta ainda que o adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um “real” de natureza patológica denominado “doença”, presente em seu próprio corpo e produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família ou na equipe de profissionais.¹ Tais constatações levam ao sentido do saber/fazer da psicóloga no hospital: a demanda de sofrimento e a subjetividade do paciente e seus familiares também aflitos, visto que toda doença está impregnada de subjetividade e afeta a dimensão psicológica por estar

acompanhada de significados subjetivos.

A Psicologia no hospital objetiva dar voz à subjetividade e aproxima-se do paciente em sofrimento, favorecendo a elaboração simbólica do adoecimento, a travessia do tratamento necessário e trabalhando no sentido de validar sentimentos presentes, entrando em contato com as dificuldades do momento que pode parecer insuportável e infinito. Deste modo, a prática clínica psicológica em um contexto como o hospital acontece dirigida ao ser que adocece frente às diversas patologias e aos diferentes espaços de atendimento. Onde houver sofrimento e desadaptações, o trabalho da psicóloga incide nos aspectos subjetivos e emocionais do adoecimento, assim como nos possíveis desdobramentos relacionados ao tratamento, recuperação, sequelas, cuidados paliativos e óbito.

Nesse sentido, o espaço no hospital é psíquico, pois a psicóloga vai ao encontro do paciente em seu leito para escutar e intervir nas diversas situações que fazem parte do cotidiano do hospital e se oferecer em certa posição de não saber necessária para a escuta dos pacientes, de seus familiares e dos profissionais. Seu papel é avaliar e intervir, através de acompanhamento sistemático, sobre os efeitos do adoecer e do tratamento na realidade psíquica, assim como destacar os aspectos psicológicos e a diversidade de vivências que podem estar implicadas no processo do adoecer. Como também se faz necessário a psicóloga atender na adversidade, e no tempo que é possível.²

Aqui, pensamos ser oportuno listarmos algumas atividades que a psicóloga hospitalar desenvolve nesse “locus”;

- Alívio de sofrimento psíquico durante o processo de internação;
- Validar emoções reativas ao contexto do processo de internação;
- Realizar triagem preliminar para avaliação da necessidade de atendimento psicológico;
- Realizar atendimento psicológico ao paciente com demanda psíquica;
- Realizar atendimento psicológico ao acompanhante/familiar em sofrimento psíquico;
- Sensibilizar a equipe de saúde para a compreensão de aspectos subjetivos do paciente;

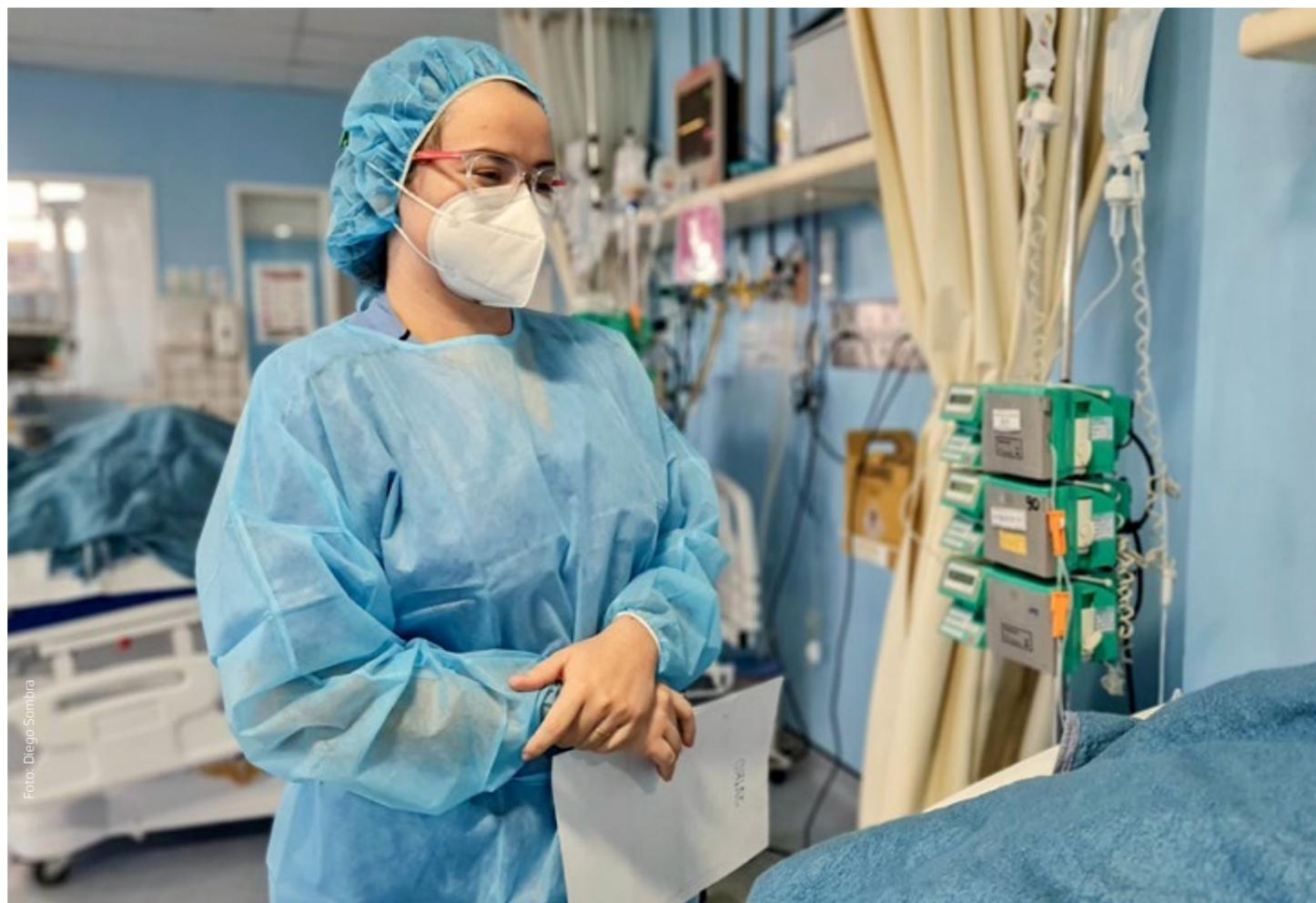


Foto: Diego Sombra

- Mediar as demandas identificadas entre paciente-família-equipe;

- Realizar acolhimento e devidos encaminhamentos à equipe de saúde quando necessário;

- Avaliar a liberação de acompanhantes e visitas estendidas.

Aqui, é importante ressaltar que o saber fazer da psicologia não se enquadra como uma atividade objetiva, universal, com passos definidos aprioristicamente, sem a implicação do paciente. O fazer da Psicologia em qualquer cenário de prática, mas especialmente no hospital, não se ancora na perspectiva do convencimento ou de uma lógica asséptica. Este saber/fazer fundamenta-se em dar voz ao sujeito, em legitimar suas demandas com o próprio, entre suas figuras de cuidado/família e entre a equipe multidisciplinar assistencial. Desta forma, o atendimento do profissional de psicologia pode muitas vezes não acontecer no tempo cronológico ou no tempo preconizado pelos protocolos, pois trabalhamos no caso a caso, no singular, no que de mais íntimo esse sujeito porta. Porta (dor), mal-estar, vergonha, culpa, medo, aflição, pânico – afetos que podem interferir no tratamento, na adesão, inclusive na permanência da internação.

Na universalização do cuidado, nas construções de protocolos, nas medidas estatísticas que a ciência positiva propõe a singularidade do caso a caso se perde. A prática universalizante parece querer tratar todos de forma igual e deixa escapar que cada sujeito tem algo singular que não se reproduz em série. A serialização do cuidado não se aplica quando se faz um pedido a psicóloga para entrar na cena hospitalar. Não podemos escutar “vulnerabilidades” da mesma forma. É necessário resguardar a dimensão da equidade e das diferentes respostas em relação ao sujeito que tem um emprego, tem formação em escola privada desde que nasceu, mora em casa própria em bairro nobre da cidade, sem se preocupar com sua alimentação e sobrevivência diária, cada sujeito existe em seu contexto biopsicossocial.

Aqui, trabalhamos em um hospital de doenças infecciosas que traz a aids como uma das doenças de maior prevalência nesse território. Esta doença se constitui com peculiaridades de uma doença transmissível pela via sexual e o confronto com a morte se torna inevitável.

A aids remete ao medo do contágio, mesmo não sendo transmitida por via aérea ou por contato na pele. Ela traz

uma fantasia do excesso sexual, da perversão, dizendo de outro jeito, o trauma do sexo e da morte estão em jogo na aids. Ainda outra questão associa-se, como já não bastassem as referidas, o horror do olhar do outro pelo julgamento moral das condutas e comportamentos tidos como “anormais” em torno do sexo.

Canguilhem, em seu livro “O normal e o patológico” (2009), defende que a norma é, antes de tudo, uma norma individual, e o normal seria um julgamento de valor e não de realidade. Ainda nessa concepção, o campo da saúde opera com o discurso da normalização e autentica a disciplinarização dos corpos e das condutas. Dizendo de outra forma, é com a invenção da manifestação do anormal que a norma e o normal se legitimam, pois a normalização vem de fora e quem diz o que é normal ou não depende da regulação vigente.³

Nesse sentido, o campo da saúde fundado pelo modelo anátomopatológico produz valores e padrões de comportamentos generalizantes, onde a racionalidade proposta marca e delimita um modo de viver onde a singularidade não é bem-vinda e tem como finalidade o ajustamento do mal-estar.

Logo, a manutenção desse modelo tornou-se necessário para o controle de riscos e prevenção de doenças por contágio. No entanto, esse mesmo modelo de saúde parece não ter operado algumas vezes na prevenção de doenças por contágio como também no combate a doenças infecciosas, pois, apesar de toda tentativa de normatização dos comportamentos, os sujeitos continuam se infectando e transmitindo o HIV, na maioria das vezes não por desconhecerem racionalmente a forma de transmissão e as medidas de prevenção, mas por algo que escapa à racionalidade e impulsiona para o além do princípio do prazer. E a, cada tempo, o contexto dos sujeitos que vivem com HIV/ aids vai se modificando e a ferida narcísica de uma não cura – leia-se hoje como cronicidade, se faz presente no prognóstico da doença.

Logo, o sujeito da racionalidade, da reflexão e da consciência não é o que escutamos. Nossa escuta vai ao encontro daquele que falha, se engana com as palavras, desliza, se equivoca. Recolhemos essas palavras e devolvemos ao paciente como pergunta. Queremos saber do sujeito internado com seu texto - do seu desejo, das palavras, de como ele conta sua história, do atravessamento do adoecimento, do seu medo, da sua angústia. Isso nos interessa! A ideia da pontuação de um

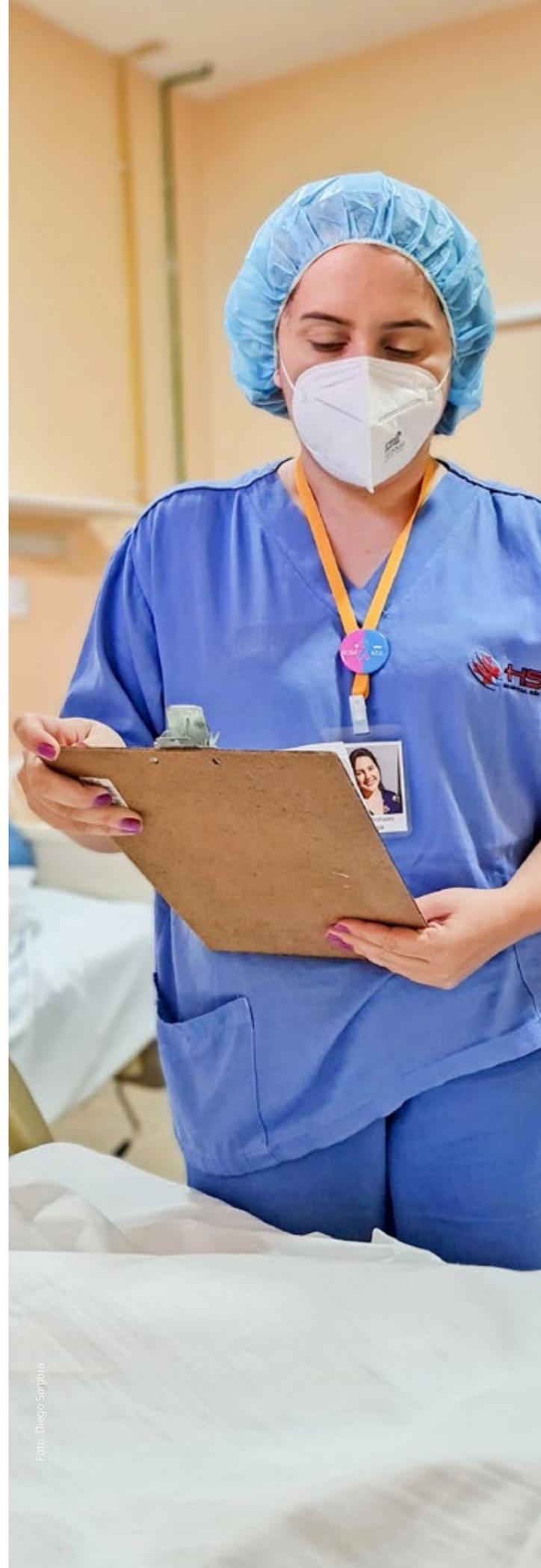


Foto: Diego Serrata

texto não pontuado nos ocorre agora, como diz Coutinho Jorge. As palavras do paciente às vezes estão confusas, e esse se cala ou é silenciado. Logo, parece existir uma desautorização subjetiva, um não querer saber do que o paciente sofre e como ele sofre.^{4,5}

Ressalta-se que querer saber do sofrimento do paciente não é fácil. A angústia de lidar com o limite do tratamento, com uma doença que ameaça a vida e ainda não existe cura, onde os adventos do real se apresentam, parece difícil de suportar. Mas o que é excluído retorna como algo não assimilável ou como enigma.

A ética da Psicologia não se refere à profissão ou aos códigos, não se configura na realização de procedimentos e protocolos. A ética que propomos é a ética do desejo – uma força atravessada pelos significantes e história do paciente. Essa é a nossa aposta, tentando conduzir o paciente para uma relação com seu próprio desejo. A ética de uma criação, reinvenção – uma ética trágica – como a de Antígona. Uma ética que não ceda do seu desejo, resista à domesticação do sujeito ao outro, ao silenciamento de sua palavra, que não se deixe dobrar a tirania do rei em qualquer contexto e em qualquer lugar. A supremacia/autonomia, escolha precisa ser do sujeito, mesmo no cenário hospitalar, e não do que faz sentido e os modos de vida de quem o assiste em um momento pontual da sua biografia.

REFERÊNCIAS

- Simonetti, A. Manual de Psicologia hospitalar. 8ed. BH. Artesã editora. 2018
- Lazaretti, C. et al. Manual de Psicologia Hospitalar, CRP-PR. Coletânea ConexãoPsi. Curitiba: Unificado, 2007.
- Canguilhem, G. Normal e patológico. 6.ed. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- Coutinho Jorge, M A. Lacan: o grande freudiano. Jorge Zahar, 2005
- Moretto, M L; Prizskulniz, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista. Tempo psicanal. vol.46 no.2 Rio de Janeiro dez. 2014



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

Dentro do contexto apaixonante do ensino e da pesquisa, a Revista Viver São José apresenta duas sugestões de filmes que trazem personagens da vida real, mas que possuem histórias dignas de ficção científica: “Radioactive” e “A teoria de tudo”. O primeiro conta a trajetória da polonesa Marie Slodowska (Rosamund Pike), renomada física e química que descobriu a radioatividade – termo, aliás, inventado por ela.

Em 1894, aos 27 anos, Marie estudava as propriedades magnéticas do aço na Universidade de Sorbonne, na França, graças a uma bolsa de estudos concedida pela indústria naval. Na primavera do mesmo ano, foi apresentada a Pierre Curie pelo físico Józef Wierusz-Kowalski. Ambos tinham em comum o interesse pelo magnetismo e começaram a trabalhar juntos no laboratório de Pierre.

Os dois se casaram em 26 de julho de 1895 e Marie adotou o sobrenome de Pierre. O filme apresenta os principais feitos da cientista em prol da ciência no período de 1893 a 1934, ano da sua morte. O casal mais famoso da ciência moderna teve uma filha e fez descobertas que mudaram o mundo para sempre. Radioactive traz uma perspectiva pessoal da protagonista para além da cientista que venceu as barreiras do preconceito e chegou a ser desacreditada em seu próprio país.

Em 1896, o físico francês Henri Becquerel descobriu um novo fenômeno: uma radiação invisível emitida pelo urânio. Curiosa, Marie decidiu começar uma tese de doutorado a respeito do assunto. Embora não tenha participado das pesquisas inicialmente, Pierre ajudou a esposa, apresentando-a à comunidade científica da época e ajudando-a a montar seu próprio laboratório nas dependências da universidade.

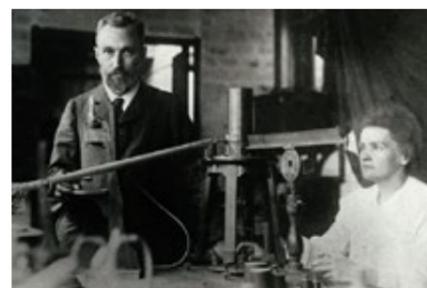
Em março de 1898, após as descobertas promissoras de Marie com um novo elemento mais radioativo que o urânio, Pierre abandonou suas pesquisas e se juntou à esposa. Em julho, assinaram um artigo em que descreviam, pela primeira vez, o elemento polônio. O casal foi pioneiro no campo da radioatividade. Primeiro, por conta da pesquisa na área, venceram o Prêmio Nobel de Física em 1903. Após isso, Pierre morreu. Marie



RADIOACTIVE
2021 / Drama, Romance, Biografia

Curie seguiu as pesquisas e descobriu os elementos rádio e polônio. Com isso, venceu o Prêmio Nobel de Química em 1911, se tornando a única mulher a ter dois troféus e a única pessoa a conquistar em áreas diferentes. O estudo da cientista ajudou no desenvolvimento da quimioterapia para tratar câncer e também na criação da tecnologia em raio-x.

Deixo sua célebre frase: **“Nada na vida deve ser temido, somente compreendido. Agora é hora de compreender mais para temer menos”.**



Pierre e Marie se casaram em 26 de julho de 1895 – Domínio Público/Wikimedia Commons



O filme é inspirado no livro Radioactive: Marie & Pierre Curie: A Tale of Love and Fallout, de 2010, escrito por Lauren Redniss – Netflix/Divulgação



O filme é inspirado no livro Radioactive: Marie & Pierre Curie: A Tale of Love and Fallout, de 2010, escrito por Lauren Redniss – Netflix/Divulgação



A TEORIA DE TUDO
2015 / Biografia, Drama

O outro filme que nos chama atenção é “A teoria de tudo”. Baseado na biografia de Stephen Hawking (Eddie Redmayne), a produção cinematográfica mostra como o jovem astrofísico fez descobertas importantes sobre o tempo, além de retratar o seu romance com a aluna de Cambridge Jane Wilde (Felicity Jones), sua primeira esposa e companheira.

Responsável pela teoria sobre buracos negros, Hawking foi diagnosticado aos 21 anos com esclerose lateral amiotrófica (ELA). A doença o deixou de cadeira de rodas e, à época, Stephen recebeu a notícia de que teria somente mais dois anos de vida. O jovem contrariou os prognósticos da Medicina e viveu até os 76 anos, sendo um dos cientistas mais brilhantes que o mundo já viu.

O roteiro do filme é um retrato que, para além de fiel, é poético e bem-humorado. O protagonista surpreende pela capacidade de reproduzir os comportamentos e as limitações do astrofísico decorrentes da doença. A interação entre os personagens possibilita a abordagem de temas não apenas de cunho científico, mas de teor humano.

A cinebiografia oferece ao espectador a oportunidade de entender o contexto no qual Hawking viveu e descobrir as alegrias e tristezas próprios de um personagem real. Ao longo do filme, é possível compreender, por exemplo, a importância da rede de apoio formada em torno do cientista para permitir que ele pudesse compartilhar seu conhecimento com a sociedade. A produção é, em suma, uma ótima pedida para um final de semana em casa com pipoca e reflexões sobre as possibilidades e desafios da vida.



Eddie Redmayne recebeu o Oscar de melhor ator por “A teoria de tudo” – Foto: John Shearer/Invision/AP



O cientista Stephen Hawking e a escritora Jane Wilde no dia de seu casamento, em 1965



Cena do filme “A teoria de tudo” – Universal Pictures/Divulgação





DICAS DE FILMES E LIVROS

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

LIVROS

A segunda edição da Revista Viver São José oferece ao leitor duas sugestões de livros com propostas diferentes e brilho próprio. Em "A febre" (editora InVerso), romance ficcional escrito pelo infectologista e virologista Ricardo Diaz, moradores do norte da Espanha, uma bruxa e um membro do alto clero da Igreja Católica se unem para tentar desvendar os mistérios relacionados a uma doença infecciosa epidêmica altamente transmissível e mortal.

Reconhecido no Brasil e no exterior por participar de pesquisas em busca da cura da Aids, Ricardo Diaz apresenta um enredo instigante que tem como pano de fundo a Idade Média, período no qual epidemias eram responsáveis pela mortalidade de grande parte da população.



A FEBRE

2021 / Ricardo Diaz / 92 págs.

A trama revela a dificuldade dos personagens principais em lidar com medidas básicas de prevenção a infecções, como lavagem das mãos, o que nos faz naturalmente refletir sobre os desafios impostos atualmente pela pandemia de Covid-19. Com a leitura, fica o questionamento: a história nos ensina, mas será que realmente estamos dispostos a aprender e assimilar mudanças de hábitos?

Mais do que uma leitura fácil e apaixonante, "A febre" proporciona uma grande reflexão sobre o mundo, nossos comportamentos diante das adversidades e como enfrentaremos esta e as próximas epidemias que surgirem. A obra nos faz viajar no tempo, sentir as emoções dos personagens e tentar, em cada página, interferir nos desfechos da história.

Como segunda indicação, temos o livro "Humanidade: uma história otimista do homem" (editora Crítica). O best-seller internacional de Rutger Bregman traz histórias esclarecedoras, baseadas em estudos científicos, sobre a verdadeira natureza humana. Afinal, nascemos bons ou temos uma maldade intrínseca, como sugere a "Teoria do Verniz", segundo a qual os seres humanos seriam maus e a moralidade humana, apenas uma camada de verniz.

Sem sombra de dúvidas, temos ouvido falar muito em humanidade nos últimos anos. O termo chega a soar incômodo, pois é inevitável questionar se, de fato, somos todos humanos. A publicação desperta diversos questionamentos. O que torna nós, humanos, tão especiais? Por que o Homo sapiens dominou o mundo e não o macaco bonobo, que tem um DNA 95% similar ao nosso? O que nos fez prevalecer sobre o homo neandertal, que eram mais fortes e tinham um cérebro 15% maior que o nosso?

A leitura nos faz, portanto, questionar conceitos que estão enraizados em nós e que se assemelham a verdades absolutas. O que leva, por exemplo, seres humanos a praticar atos de tamanha violência, como ocorreu durante a Segunda Guerra Mundial? Não é um livro para uma semana de férias, mas para ter na sua biblioteca pessoal e reafirmar, sempre que necessário, sua fé na própria humanidade.



HUMANIDADE

2021 / Rutger Bregman / 464 págs.



BALADEIRA

SOB HOLOFOTES: HOSPITAL SÃO JOSÉ É DESTAQUE NOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO DURANTE A PANDEMIA

Referência no tratamento de doenças infectocontagiosas, o Hospital São José alcançou, durante a pandemia, uma notoriedade ainda maior – seja pela qualidade dos serviços prestados ou pelo reconhecimento de seus profissionais como fontes de informação. O maior destaque conquistado pela unidade hospitalar se deu, entre outros fatores, às inúmeras inserções positivas registradas na imprensa local e nacional nos últimos meses.

Ao ser pauta recorrente em diversos veículos de comunicação, o HSJ lançou luz sobre projetos e pesquisas científicas realizados na instituição. A visibilidade contribuiu, ainda, para evidenciar o atendimento

humanizado aos pacientes e conscientizar, por meio de especialistas, a população sobre os mais variados assuntos, como as medidas de prevenção à Covid-19, a importância da vacinação e o combate às fake news.

As redes sociais também tiveram um papel importante na divulgação de ações do São José. No perfil do Instagram da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa), por exemplo, as postagens relacionadas à unidade hospitalar contabilizam milhares de curtidas e visualizações, sendo fundamentais para gerar engajamento e fortalecer a imagem do hospital na internet. Confira, a seguir, alguns momentos em que o HSJ esteve em evidência na mídia.



Reportagem sobre o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) do HSJ exibida no Jornal Hoje, da TV Globo, no dia 7 de fevereiro de 2021. Foto: reprodução/ TV Globo.



O êxito do São José com o uso do capacete Elmo em pacientes internados com Covid-19 foi pauta em diversos veículos de comunicação, incluindo o G1 Ceará. A matéria foi publicada no dia 19 de fevereiro de 2021. Foto: reprodução/ G1 Ceará.



Em 8 de março deste ano, o jornal O POVO deu destaque à criação de um Plantão Psicológico no HSJ para o atendimento de profissionais de saúde e familiares de pacientes internados com Covid-19. Foto: reprodução/ jornal O POVO.



Em 1 de maio de 2021, Dia do Trabalhador, o Diário do Nordeste publicou uma reportagem especial sobre a atuação de colaboradores do São José que atuam nos “bastidores” da linha de frente. Foto: reprodução/ Diário do Nordeste.



Participação de Melissa Medeiros, infectologista do HSJ, na série documental realizada pelo Diário do Nordeste. Durante o episódio, a médica falou sobre as experiências e aprendizados durante o enfrentamento à pandemia no hospital.



Foto 6: Marcadas pela humanização, as altas de pessoas internadas com Covid-19 no HSJ repercutiram nas redes sociais e na imprensa. A saída de Venícius Abreu Silva do hospital foi amplamente divulgada nos veículos de comunicação. O jovem passou, ao todo, 42 dias internado e acabou sendo pedido em casamento ao deixar a unidade hospitalar, em maio deste ano. Foto: reprodução/ TV Verdes Mares.



Reportagem da TV Brasil exibida em rede nacional com a infectologista e então diretora técnica do HSJ, Tânia Mara Coelho. A especialista falou sobre o tratamento e prevenção de dengue. Foto: reprodução/ TV Brasil.



Reportagem da TV Jangadeiro, afiliada do SBT, sobre o papel da Nutrição no tratamento de pacientes com Covid-19 no HSJ.



Nancy Costa de Oliveira Caetano, gerente de Enfermagem do HSJ participou de reportagens do Diário do Nordeste e da TV Ceará em alusão ao Dia Internacional da Enfermagem, celebrado em 12 de maio. Foto: reprodução/ Diário do Nordeste.



O portal GCMAS, do Grupo Cidade de Comunicação, destacou em reportagem os 1.500 pacientes recuperados de Covid-19 São José durante a pandemia.



Foto: Tatiana Fortes (Governo do Ceará)





GALERIA DE ARTE

Em meio a desafios da carreira, responsabilidades com o trabalho e dedicação à família, algumas pessoas encontram, na arte, uma forma de expressão e relaxamento. É o caso de Elodie Bomfim Hyppolito, médica gastroenterologista e hepatologista do Hospital São José, e de Marcos Kubrusly, médico nefrologista e pró-reitor do Centro Universitário Unichristus. A segunda edição da Revista Viver São José apresenta o trabalho de ambos os profissionais, que são referências em suas respectivas áreas de atuação na Medicina e mostram uma notável habilidade com tintas e pincéis.

Cada um dos artistas expõe, nas telas, um olhar sensível e individual sobre diferentes realidades. Em seu trabalho, Elodie destaca as nuances da cultura nordestina com ênfase em manifestações artísticas e religiosas do Ceará. Já Marcos Kubrusly retrata, de forma subjetiva, as peculiaridades da pandemia de Covid-19, como enclausuramento, desespero e a esperança. Apesar de explorarem perspectivas distintas, os especialistas têm, em comum, o amor pela arte e pelas múltiplas possibilidades que ela oferece.

A arte é transformadora e envolve nossos corações, mentes e almas. Ela tem apelo universal e eleva a empatia, a compaixão e a conexão em nível individual. No âmbito social, a arte pode ser uma força unificadora para amenizar as barreiras da desigualdade e fortalecer as conexões

interpessoais. A expressão criativa tem ainda o poder de melhorar o bem-estar, ajudando-nos na compreensão de nós mesmos e mudando as perspectivas que reforçam comportamentos positivos. Fisiologicamente, fazer arte tem efeitos poderosos sobre o corpo: reduz a pressão arterial, fortalece nosso sistema imunológico, melhora a cognição cerebral e combate a inflamação.

A arte contribui para “determinantes centrais da saúde; desempenhando um papel crítico na promoção da saúde; ajudando a prevenir o aparecimento de doenças mentais e declínio físico relacionado à idade; apoiar o tratamento ou gestão de doenças mentais, doenças não transmissíveis e distúrbios neurológicos; e assistência em cuidados agudos e de fim de vida” (Organização Mundial da Saúde - 2019).

A ideia de que a expressão criativa pode dar uma contribuição poderosa para o processo de cura foi adotada em culturas distintas. Ao longo da história, as sociedades usaram imagens, histórias, danças e cantos como rituais terapêuticos. Na verdade, embora a terapia artística tenha sido adotada clinicamente por mais de um século e tenha sido reconhecida como uma profissão desde 1991, muitos dos trabalhos publicados são de natureza teórica, com pouca discussão sobre resultados específicos. Apenas nos últimos anos surgiram estudos sistemáticos e controlados que examinaram os efeitos e benefícios terapêuticos das artes e da cura.

1. Traditional Medicine: Proposed Programme Budget for the Financial Period 1981 Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1978 [Google Scholar]

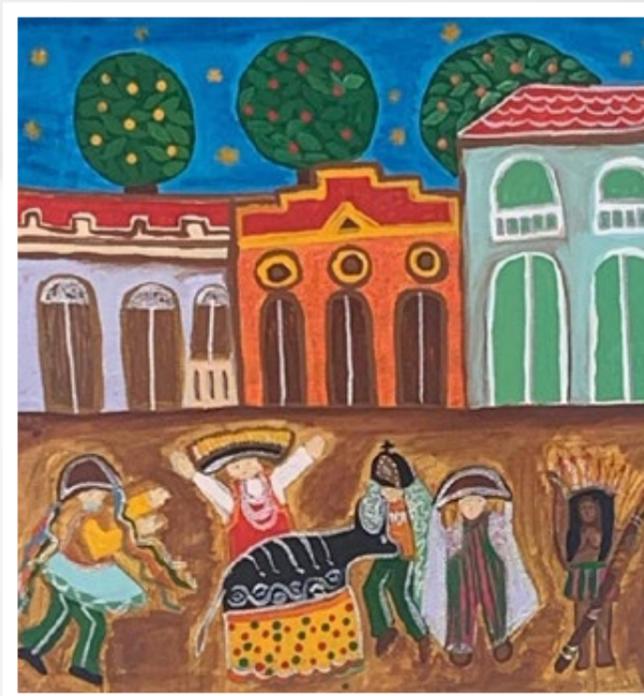
2. Staricoff R, Loppert S. Integrating the arts into health care: Can we affect clinical outcomes?: Kirklin D, Richardson R. The Healing Environment Without and Within London, England: Royal College of Physicians; 2003:63–80

3. Stuckey, Heather L, and Jeremy Nobel. “The connection between art, healing, and public health: a review of current literature.” American journal of public health vol. 100,2 (2010): 254–63. doi:10.2105/AJPH.2008.156497



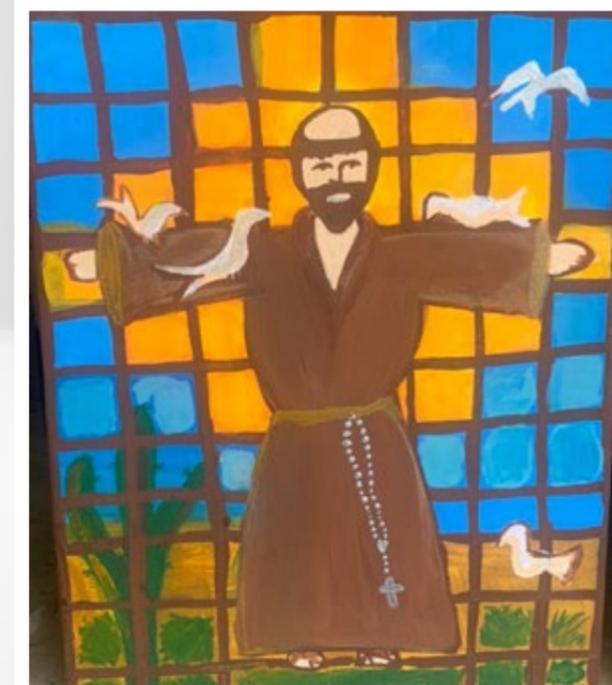
"Trio Nordestino"

(acrílico sobre tela), de **Elodie Bomfim Hyppolito**



"Bumba meu boi"

(acrílico sobre tela), de **Elodie Bomfim Hyppolito**



"São Francisco no sertão"

(acrílico sobre tela), de **Elodie Bomfim Hyppolito**



"Imprudência"

(técnica mista), de Marcos Kubrusly



"Contraste"

(técnica mista), de Marcos Kubrusly



"Passagem"

(técnica mista), de Marcos Kubrusly



"Proteção"

(técnica mista), de Marcos Kubrusly



REGRAS DA REVISTA

SUBMISSÃO DE CONTEÚDO PARA REVISTA VIVER SÃO JOSÉ

Enviar para ceap.hsj@gmail.com

OS TRABALHOS PODEM TER OS SEGUINTE 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 e 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 e 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. palavras com referências.





VIVER SÃO JOSÉ

REVISTA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS