

IMPRESSÕES SOBRE O CUIDAR DE ENFERMAGEM SISTEMATIZADO 2

MARILANDE CARVALHO DE ANDRADE SILVA
(ORGANIZADORA)



IMPRESSÕES SOBRE O CUIDAR DE ENFERMAGEM SISTEMATIZADO 2

MARILANDE CARVALHO DE ANDRADE SILVA
(ORGANIZADORA)



Atena
Editora
Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Geraldo Alves

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernando da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof. Me. Heriberto Silva Nunes Bezerra – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Prof^a Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Prof^a Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
I34	<p>Impressões sobre o cuidar de enfermagem sistematizado 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Marilande Carvalho de Andrade Silva. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-65-86002-87-4 DOI 10.22533/at.ed.874202204</p> <p>1. Cuidadores. 2. Enfermagem. 3. Humanização dos serviços de saúde. I. Silva, Marilande Carvalho de Andrade.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.6</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Impressões sobre o Cuidar de Enfermagem Sistematizado 2” está estruturada em 2 volumes com conteúdos variados. O volume 1 contém 18 capítulos que retratam ações de saúde por meio de estudos de caso e relatos de experiências vivenciados por estudantes universitários, docentes e profissionais de saúde, além de práticas de pesquisa acerca de estratégias ou ferramentas que envolvem o objetivo do livro. O volume 2 contém 15 capítulos que tratam de pesquisas realizadas constituídas por trabalhos de revisões de literatura.

Sabemos que o cuidar em enfermagem representa empregar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é definida como uma metodologia que organiza toda a operacionalização do Processo de Enfermagem, e planeja o trabalho da equipe e os instrumentos que serão utilizados, de acordo com cada procedimento a ser realizado. E ainda, tem como objetivo de garantir a precisão e a coesão no cumprimento do processo de enfermagem e no atendimento aos pacientes.

A SAE, enquanto processo organizacional é habilitado a oferecer benefícios para o desenvolvimento de métodos e/ou metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado. Percebe-se, contudo, um cuidado de enfermagem ainda vigorosamente direcionado na doença e não no ser humano, enquanto sujeito ativo e participativo do processo de cuidar.

Nessa linha de raciocínio, os 18 capítulos aqui presentes traduzem o comprometimento e o engajamento dos leitores ao transformarem informações obtidas em práticas realizadas no Cuidar de Enfermagem Sistematizado.

Deste modo, esta obra expressa uma teoria bem fundamentada nos resultados práticos obtidos pelos diversos autores, bem como seus registros de desafios e inquietações, de forma a favorecer a concepção e direção do conhecimento.

Desejo aos leitores que estes estudos facilitem nas decisões a serem tomadas baseadas em evidências e na ampliação e fortalecimento das ações de saúde já em curso.

Marilande Carvalho de Andrade Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
ABORDAGEM DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM A CRIANÇA COM OBESIDADE POR MEIO DE VISITA DOMICILIAR: UM RELATO DE EXPERIENCIA	
Juliana Peixoto dos Santos	
Camila Carla de Souza Pereira	
Aline de Souza Gude	
Márcia Gisele Peixoto Kades	
Teresinha Cícera Teodora Viana	
Ana Celia Cavalcante Lima	
DOI 10.22533/at.ed.8742022041	
CAPÍTULO 2	7
ACERVO ORAL DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS: EXPERIÊNCIA POTENTE NA GRADUAÇÃO	
Biannka Melo dos Santos	
Mayra Raquel Fantinati dos Reis	
Helena Pereira de Souza	
Alice Gomes Frugoli	
Fernanda Alves dos Santos Carregal	
Rafaela Siqueira Costa Schreck	
Fernanda Batista Oliveira Santos	
DOI 10.22533/at.ed.8742022042	
CAPÍTULO 3	17
ACURÁCIA DIAGNÓSTICA NA PERSPECTIVA DE GESTÃO DE CARREIRAS SOB A ÓTICA DOS DISCENTES DA SAÚDE EM UMA UNIVERSIDADE PRIVADA	
Eder Júlio Rocha de Almeida	
Arthur Guimarães Gonçalves dos Santos	
José Rodrigo da Silva	
Ana Maria de Freitas Pinheiro	
Dejanir José Campos Junior	
Janaina Flister Pereira	
Mariane da Costa Moura	
Ana Paula de Carvalho Rocha	
Rosângela Silqueira Hickson Rios	
DOI 10.22533/at.ed.8742022043	
CAPÍTULO 4	34
ANÁLISE DOS RISCOS À SAÚDE NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NO SETOR DE RADIOLOGIA	
José Fábio de Miranda	
DOI 10.22533/at.ed.8742022044	
CAPÍTULO 5	42
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PRÉ-NATAL SOB A VISÃO DE ADOLESCENTES GESTANTES	
Silas Santos Carvalho	
Ludmila Freitas de Oliveira	
Jamara Souza Santos	
Maria Vanuzia Santos da Silva	

Muriel Sampaio Neves
Rafael Gonçalves de Souza
Sara Nadja dos Santos Carneiro
Silas Marcelino da Silva
Taiane Pereira da Silva
Thais da Silva Ramos Fonseca
Thais do Lago Silva
Thayssa Carvalho Souza

DOI 10.22533/at.ed.8742022045

CAPÍTULO 6 53

**ATUAÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs) EM IDOSOS: RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

Cassia Lopes de Sousa
Amanda da Silva Guimarães
Bianca Gabriela da Rocha Ernandes
Hanna Ariela Oliveira Medeiros
Jarlainy Taise Calinski Barbosa
Juliana da Silva Oliveira
Laricy Pereira Lima Donato
Ohanna Alegnasor Bazanella de Sá
Pâmela Mendes dos Santos
Sara Dantas
Taiza Félix dos Anjos
Teresinha Cícera Teodoro Viana

DOI 10.22533/at.ed.8742022046

CAPÍTULO 7 59

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE GESTANTES HIPERTENSAS
SOB ACOMPANHAMENTO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Jociane Cardoso Santos Ferreira
Augusto César Evelin Rodrigues
Jayra Adrianna da Silva Sousa
Paulliny de Araújo Oliveira
Jeíse Pereira Rodrigues
Quelrinele Vieira Guimarães
Luciana Magna Barbosa Gonçalves de Jesus
Jainara Maria Vieira Galvão
Rosângela Nunes Almeida
Lívia Cristina da Silva Paiva
Bruna Lima de Carvalho
Ianny Raquel Dantas Nascimento Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.8742022047

CAPÍTULO 8 68

**CARACTERIZAÇÃO BIOPSISSOCIAL DE IDOSOS COM AFECÇÃO DEMENCIAL
RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

Beatriz Alexandra Fávaro
Juliana Maria de Paula Avelar
Andressa Rodrigues de Souza

DOI 10.22533/at.ed.8742022048

CAPÍTULO 9 81

CONDIÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES REANIMADOS E CUIDADOS PÓS PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Jean de Jesus Souza
Neuranides Santana
Tami Silva Nunes
Hanna Gabriela Elesbão Cezar Bastos
Carina Marinho Picanço

DOI 10.22533/at.ed.8742022049

CAPÍTULO 10 95

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA EM UM SHOPPING DE CACOAL-RO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cássia Lopes de Sousa
Amanda da Silva Guimarães
Bianca Gabriela da Rocha Ernandes
Hanna Ariela Oliveira Medeiros
Jarlainy Taise Calinski Barbosa
Juliana da Silva Oliveira
Laricy Pereira Lima Donato
Ohanna Alegnasor Bazanella de Sá
Pâmela Mendes dos Santos
Sara Dantas
Taiza Félix dos Anjos
Thayanne Pastro Loth.

DOI 10.22533/at.ed.87420220410

CAPÍTULO 11 101

ESTRESSE OCUPACIONAL NO COTIDIANO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Carolina Falcão Ximenes
Gustavo Costa
Mileny Rodrigues Silva
Magda Ribeiro de Castro
Maria Edla de Oliveira Bringuento

DOI 10.22533/at.ed.87420220411

CAPÍTULO 12 114

“O QUE IMPORTA PARA VOCÊ?” - A IMPORTÂNCIA DAS TECNOLOGIAS LEVES NO PROCESSO DE TRABALHO DENTRO DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Milene Lucio da Silva
Adriana Teixeira Reis
Fatima Cristina Mattara Camargo
Elzeni dos Santos Braga
Marcelle Campos Araújo
Maria de Fátima Junqueira-Marinho

DOI 10.22533/at.ed.87420220412

CAPÍTULO 13 133

O SENTIDO E O APRENDIDO POR ESTUDANTES DE ENFERMAGEM DURANTE EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS SIMULADAS

José Victor Soares da Silva
Cristiane Chaves de Souza
Patrícia de Oliveira Salgado
Luana Vieira Toledo
Érica Toledo de Mendonça
Willians Guilherme dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.87420220413

CAPÍTULO 14 144

PARTO DOMICILIAR: ESCOLHA E RELATO DAS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS POR MULHERES E SEUS COMPANHEIROS

Talita Oliveira Silva
Juliana Silva Pontes
Patrícia Regina Affonso de Siqueira
Isis Vanessa Nazareth
Fabricia Costa Quintanilha Borges
Glaucimara Riguete de Souza Soares
Thayssa Cristina da Silva Bello
Meiriane Christine dos Santos Aguiar

DOI 10.22533/at.ed.87420220414

CAPÍTULO 15 155

PROCESSO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM MICROCEFALIA POR ZIKA VÍRUS EM SERVIÇO DE CUIDADO DOMICILIAR FUNDAMENTADO NA TEORIA DO AUTOCUIDADO

Gênesis Vivianne Soares Ferreira Cruz
Ana Flávia Souza Domingos Silva
Fabiana Silva de Arruda
Andréia Lara Lopatko Kantoviski

DOI 10.22533/at.ed.87420220415

CAPÍTULO 16 168

RISCO NA SAÚDE OCUPACIONAL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DE CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

Marli Aparecida Rocha de Souza
Bianca Gemin Ribas
Andrey Zolotoresky Alves
Rucieli Maria Moreira Toniolo

DOI 10.22533/at.ed.87420220416

CAPÍTULO 17 181

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA MULHER QUE CONVIVE COM OSTEOARTROSE: ESTUDO DE CASO

Tacyla Geyce Freire Muniz Januário
Carla Andréa Silva Souza
Alécia Hercídia Araújo
Raquel Linhares Sampaio
Maria Lucilândia de Sousa
Maria Isabel Caetano da Silva

Vitória de Oliveira Cavalcante
Camila da Silva Pereira
Nadilânia Oliveira da Silva
Antônia Elizângela Alves Moreira
Raul Roriston Gomes da Silva
Gleice Adriana Araujo Gonçalves

DOI 10.22533/at.ed.87420220417

CAPÍTULO 18 190

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL:
IMPLEMENTAÇÃO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Gabriela da Cunha Januário
Maria Inês Lemos Coelho Ribeiro
Marilene Elvira de Faria Oliveira
Andrea Cristina Alves
Aline Teixeira Silva
Beatriz Glória Campos Lago
Jamila Souza Gonçalves

DOI 10.22533/at.ed.87420220418

SOBRE A ORGANIZADORA..... 203

ÍNDICE REMISSIVO 204

CONDIÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES REANIMADOS E CUIDADOS PÓS PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Data de aceite: 31/03/2020

Data de submissão: 03/01/2020

Jean de Jesus Souza

Universidade Federal da Bahia – UFBA.
Salvador-BA
<http://lattes.cnpq.br/5686506388063679>

Neuranides Santana

Universidade Federal da Bahia – UFBA.
Salvador-BA
<http://lattes.cnpq.br/5335914419898388>

Tami Silva Nunes

Universidade Federal da Bahia – UFBA.
Salvador-BA
<http://lattes.cnpq.br/3705689752619273>

Hanna Gabriela Elesbão Cezar Bastos

Universidade Federal da Bahia – UFBA.
Salvador-BA
<http://lattes.cnpq.br/5460745985884858>

Carina Marinho Picanço

Hospital Geral Roberto Santos – HGRS.
Salvador-BA
<http://lattes.cnpq.br/5256798764937497>

RESUMO: Descrever as condições clínicas dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Geral antes da primeira Parada Cardiorrespiratória e identificar os cuidados prestados nas primeiras 24h pós

Retorno de Circulação Espontânea. Estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa, desenvolvido numa Unidade de Terapia Intensiva Geral de hospital público, de grande porte situado em Salvador. Compuseram o quadro de participantes, usuários internados na Unidade de Terapia Intensiva Geral, que apresentaram Parada Cardiorrespiratória. As informações foram coletadas entre Janeiro e Fevereiro/2017 utilizando-se técnica análise documental dos prontuários dos participantes. A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética sob o número CAAE 63999717.0.0000.5531. Utilizado como instrumento roteiro contendo dados demográficos, epidemiológicos, clínicos, incluindo os requeridos na ficha *Simplified Acute Physiology Score 3* (SAPS), dados do processo de reanimação cardiorrespiratória, cuidados pós Retorno da Circulação Espontânea. As informações coletadas foram organizadas no programa Excel versão 2010. Dos 06 pacientes que apresentaram Parada Cardiorrespiratória, todos tiveram Retorno da Circulação Espontânea. Contudo, 100% evoluiu ao óbito antes de 72h. O menor índice do SAPS foi de 63 pontos ou 55% de mortalidade prevista, em apenas um paciente. Já o maior índice foi de 87 pontos, com 92% de mortalidade prevista. No que tange aos cuidados pós- Parada Cardiorrespiratória, todos tiveram como principal cuidado o controle

hemodinâmico com uso de droga vasoativa. Somente 14% dos pacientes realizaram gerenciamento da temperatura, tendo também realizado eletrocardiograma. Outros 28% tiveram exames laboratoriais coletados. Foi constatado que apesar de todos os esforços instituídos, o perfil de comorbidade e a gravidade clínica dos pacientes, seja pela demora na procura ao serviço de saúde ou devido à dificuldade de acesso, influenciam diretamente no prognóstico e desfecho, que além de desfavorável para usuário e família, também para os indicadores de mortalidade do serviço.

PALAVRA-CHAVE: Parada Cardíaca, Escala Psicológica Aguda Simplificada, Cuidados Críticos.

CLINICAL CONDITION OF PATIENTS REUMBERS AND CARE POST CARDIORRESPIRATORY STOP

ABSTRACT: Describe the clinical conditions of patients admitted to a General Intensive Care Unit before the first Cardiopulmonary Arrest and identify the care provided in the first 24 hours after Spontaneous Circulation Return. An exploratory, descriptive study of a qualitative nature, developed in a General Intensive Care Unit of a large public hospital located in Salvador. The participants were users admitted to the General Intensive Care Unit, who had cardiopulmonary arrest. The information was collected between January and February / 2017 using a documentary analysis of the participants' medical records. Data collection was initiated after project approval by the Ethics Committee under number CAAE 63999717.0.0000.5531. Used as a script instrument containing demographic, epidemiological and clinical data, including those required in the Simplified Acute Physiology Score 3 (SAPS), cardiorespiratory resuscitation process data, care after Return of Spontaneous Circulation. The information collected was organized in the Excel version 2010 program. Of the 06 patients who had cardiopulmonary arrest, all had Return of Spontaneous Circulation. However, 100% died before 72h. The lowest SAPS rate was 63 points or 55% predicted mortality in only one patient. The highest rate was 87 points, with 92% of predicted mortality. Regarding post-cardiac arrest care, all had as their main care hemodynamic control with the use of vasoactive drugs. Only 14% of patients underwent temperature management and electrocardiogram. Another 28% had laboratory tests collected. Despite all efforts, the comorbidity profile and clinical severity of patients, either due to the delay in seeking health care or due to the difficulty of access, directly influence the prognosis and outcome, which, besides being unfavorable to the user. and family, also for the service mortality indicators.

KEYWORDS: Cardiac Arrest, Simplified Acute Psychological Scale, Critical Care.

1 | INTRODUÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) está associada a um elevado índice de morbimortalidade no mundo, segundo dados da *American Heart Association* (AHA) em 2015, apesar dos avanços científicos, apenas cerca de 21% dos pacientes que

sofrem PCR no ambiente hospitalar sobrevivem.

Os pacientes acometidos por PCR, quando não evoluem para óbito, podem desenvolver sequelas neurológicas. A lesão cerebral irreversível ocorre, geralmente após quatro a seis minutos de PCR.

Para Abreu *et. al.* (2011), as sequelas neurológicas nos doentes após Retorno da Circulação Espontânea (RCE) são decorrentes de dois mecanismos fisiopatológicos: a encefalopatia anóxica, resultante do comprometimento da circulação cerebral; e a síndrome de reperfusão, caracterizada por uma resposta inflamatória sistêmica desencadeada durante o período de reperfusão. Campanharo *et.al.* (2015), considera que, dos sobreviventes, 40 a 50% permanecem com déficits nas funções cognitivas, como memória e desempenho intelectual.

Destarte, definir o prognóstico neurológico do paciente após RCE, é de fundamental importância para os pacientes, seus familiares e profissionais de saúde. De acordo com Leão *et. al.* (2015), tal ação tem implicações éticas e sociais. Os mesmos autores relatam que o momento mais precoce para formular um prognóstico neurológico com uso do exame clínico é 72 horas após a RCE, porém esse período pode ser ainda mais longo após uma parada cardíaca se houver suspeita de que efeitos da sedação ou paralisia que confundem o exame clínico.

Campanharo *et.al.* (2015), relatam que a lesão cerebral pós-parada cardiorrespiratória, também denominada “síndrome pós-parada cardiorrespiratória”, é uma importante causa de morbidade e mortalidade no mundo. Devido aos altos índices de sequelas neurológicas, a AHA nas suas diretrizes de 2015 recomendam que pacientes que permanecem em coma após RCE devem ser tratados com controle da temperatura alvo entre 32 e 36°C durante as primeiras 24 horas, sendo esse o principal mecanismo de proteção neurológica já estudado.

Diante dos altos índices de complicações e sequelas pós parada, na edição de 2010, a AHA acrescentou um quinto elemento na cadeia de sobrevivência do *Advanced Cardiovascular Life Support* (ACLS), os cuidados pós-parada cardiorrespiratória-cerebral, tais ações são indicadas pela associação com intuito de reduzir a taxa de mortalidade e sequelas pós RCE.

Nos Estados Unidos da América (EUA), ocorrem 370 mil casos de PCR anualmente, sendo que a sobrevida é menor que 15% para os não hospitalizados e de 22% quando hospitalizados, já no Brasil, são aproximadamente 200 mil por ano, sendo metade deles no ambiente intra-hospitalar, cuja taxa de sobrevida é em torno 24,2% e 9,5% quando ocorre em ambiente extra hospitalar. Auler e Vane (2016); Campanharo *et.al.*,2015.

Autores elucubram que a alta taxa de mortalidade, e a diferença apresentada entre os diversos estudos podem guardar relação com a gravidade clínica que os pacientes foram admitidos na unidade, assim como com os cuidados pós-parada

cardiorrespiratória-cerebral.

O objetivo deste trabalho é descrever as condições clínicas dos pacientes internados em uma UTI geral antes da primeira PCR e identificar os cuidados do protocolo AHA (2015) prestados aos pacientes que apresentam RCE nas primeiras 24h pós PCR.

2 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa. O campo do estudo foi um hospital geral público, de grande porte, que compõe a rede própria do estado, considerado de referência para Salvador e região metropolitana em diversas especialidades e certificado como hospital de ensino.

Dentre as cinco Unidades de Tratamento Intensivo adulto, a Geral foi o cenário específico pelo fato de possuir um maior número de leitos (20 leitos), menor rotatividade dos pacientes, por receber uma diversidade de pacientes com diferentes comorbidades. Por isso, com maior probabilidade de evoluírem para situações de PCR.

Compuseram o quadro de participantes, seis usuários internados na UTI campo de investigação, que apresentaram sete PCR no período da coleta de dados e que tiveram o processo de reanimação cardiorrespiratória observado por, pelo menos, um membro da equipe de pesquisadores. Vale destacar que uma participante apresentou duas PCR que foram acompanhadas.

Objetivando contemplar o anonimato, os participantes foram identificados por códigos alfanuméricos com a letra U em alusão ao termo usuário, seguido de número correspondente à ordem de ocorrência da PCR, U1 foi o usuário de apresentou a primeira PCR. Logo, eles variam de U1 a U7.

A coleta de dados ocorreu nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2017, adotou-se a técnica de análise documental, cuja fonte foi o prontuário dos participantes do estudo.

O instrumento utilizado para recolher as informações foi um roteiro de coleta, construído pelos autores, em prontuário. Tal roteiro, foi estruturado em dados demográficos, epidemiológicos, clínicos, incluindo os requeridos na ficha SAPS 3, dados do processo de reanimação cardiorrespiratória, cuidados pós RCE e desfecho.

Para organização das informações coletadas, utilizou-se o programa Excel versão 2010. Posteriormente, foram tabulados, descritos e apresentados, sob a forma de textos, tabelas e cálculos dos percentuais encontrados.

Na sequência os dados foram analisados sob duas formas, a saber:

- As condições clínicas dos pacientes internados em UTI geral antes da primeira PCR – foram descritas a partir da identificação do SAPS 3.

- Os cuidados prestados aos pacientes nas primeiras 24h pós RCE – foram caracterizados à luz do Protocolo da AHA (2015).

Em atendimento aos princípios éticos e bioéticos emanados da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA e aprovado sob o parecer CAAE 63999717.0.0000.5531, datado em 01/02/2017.

O anonimato dos participantes e campo de investigação foi assegurado através da codificação alfanumérica e da caracterização, respectivamente. Os princípios éticos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça foram respeitados durante a pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Condição Clínica dos Participantes antes da Reanimação Cardiorrespiratória

A escolha da SAPS 3 se deu pelo fato da escala ter o uso recomendado no hospital campo de pesquisa. Entretanto, apenas um prontuário dos 07 analisados, tinha descrito o valor preditivo do SAPS 3. Os valores dos demais pacientes foram calculados através da ferramenta disponibilizada no site do Grupo de Investigação de Resultados do SAPS 3 (SORG).

De acordo com Hissa *et. al.* (2013), os índices de gravidade em UTI têm como principal objetivo a descrição quantitativa do grau de disfunção orgânica dos pacientes gravemente enfermos. A gravidade de uma doença em um paciente é traduzida em valor numérico a partir de alterações clínicas e laboratoriais.

Conforme relatado por estudo de Keegan; Soares (2016), com 1831 indivíduos, o valor do índice SAPS 3 de 57 pontos foi o que apresentou melhor sensibilidade e especificidade para mortalidade hospitalar, os pacientes com escores menor ou igual a 57 apresentaram maiores taxas de sobrevivência.

O quadro 02 revela que neste estudo, o menor índice do SAPS foi de 63 pontos ou 55% de mortalidade prevista, em apenas um paciente. Já o maior índice foi de 87 pontos, com 92% de mortalidade prevista. Os resultados apresentados a seguir tomaram como base os dados dos pacientes no momento da admissão na UTI do hospital campo de pesquisa, como é indicado pelos trabalhos de Keegan; Soares (2016), Hissa *et. al.* (2013) e Vincent. Vale ressaltar que, como demonstrado, alguns dos pacientes já estavam há alguns dias, aguardando vaga de terapia intensiva. Algo que deve ser levado em consideração, visto que, este retardo tende a elevar o nível de gravidade na admissão da UTI, dificultando o prognóstico clínico dos usuários.

CODIGO	SINAIS E SINTOMAS	SEXO	IDADE	COMORBIDADE	SAPS 3 / MORTALIDADE	DIAS DE INTERNAÇÃO
U1	Dor torácica sec. SCASST killip 3	54	MASC	DM+HAS	73 / 76%	27
U2	Lesão em 4º PDO	70	FEM	HAS+DM+DAC Dislipidemia	68 / 65%	20
U3	Dispneia + dor torácica + tosse	44	FEM	----	79 / 72%	1
U4	Dispneia + dor torácica + tosse	44	FEM	----	79 / 72%	1
U5	Dor abdominal	60	FEM	HAS+chagas	63 / 55%	5
U6	Dor+distensão+êmeze	81	MASC	Tumor de reto	70 / 71%	1
U7	Amputação de 3ºPDE	58	MASC	HAS+DM+Ex-tabagista	87 / 92%	12

Quadro 01 - Índice SAPS 3 por participante que tiveram PCR na UTI de um hospital público, Salvador, 2017.

Fonte: Souza et. al., 2017.

MASC: Masculino FEM. Feminino

O paciente U1 possuía 73 pontos na escala SAPS com 76% de probabilidade de evoluir à óbito em curto período de tempo. Como diagnóstico médico IAM Killip III, apesar de ficar um dia na Unidade Emergência (UE), esperando por vaga na UTI, ficou mais de 30 dias internados na unidade, tratando uma insuficiência respiratória secundário a um Edema Agudo de Pulmão que, possivelmente tinha associação com o IAM prévio. Tal usuário havia apresentado uma PCR um mês antes da parada acompanhado nesse estudo. Mello *et. al.* (2014), relatam que pacientes com IAMSEST, com DAC mais extensa e idade mais avançada, que sobreviveram à fase mais precoce, podem ter sido mais suscetíveis a novos eventos trombóticos recorrentes, incluindo novos IAM e miocardiopatia isquêmica com potencial letalidade. Algo que não foi considerado durante o RCP, como possível causa, nem após o RCE.

O paciente U2 além da DAC, possuía como diagnóstico médico septicemia secundário a lesão em pé e, principalmente uma PCR prévia de cinco minutos em AESP duas semanas antes da PCR acompanhada pelos autores deste trabalho. Foi admitido na UE do hospital campo de estudo em dezembro, de início com necrose em quarto pododáctilo de pé esquerdo, tendo apresentado piora progressiva atingindo até região plantar do membro inferior, foi transferido para UTI em janeiro de 2017 em pós-operatório imediato de amputação infra-patelar, após aguardar por quase um mês pelo procedimento. Oliveira *et. al.* (2012), descrevem o que é chamado de síndrome pós-parada cardiorrespiratória composta por uma disfunção miocárdica

causando um choque cardiogênico, um estado inflamatório sistêmico e de danos cerebrais evolutivos.

O usuário em questão inicialmente apresentava lesão em pododáctilo, com comorbidades associadas, como isso 65% de possibilidade óbito precoce, um percentual considerável. O tratamento instituído não surtiu efeito, tendo amputado membro até patela e posteriormente, evoluído para PCR.

Essa PCR em especial, merece algumas considerações. O paciente encontrava-se sobre cuidados de um dos pesquisadores do trabalho, sendo o mesmo que identificou o ritmo e tomou a conduta inicial de realizar as compressões torácicas. Em conjunto com a médica diarista conduziram o processo de RCP, implementaram a maioria das condutas durante a PCR e após o RCE, de acordo com o protocolo da AHA.

As PCR de U3 e U4 observadas foram na mesma paciente. Jovem, com histórico de dispneia, aos moderados esforços há 1 ano. No mesmo período tinha realizado um doppler devido a edema em panturrilha direita, sem avaliação posterior de angiologista. Foi admitida na emergência no hospital, três dias antes da admissão na UTI com dispneia intensa utilizando musculatura acessória em uso de máscara não reinalante, taquicárdica e lipotimia. Durante os exames de admissão evidenciou-se Trombose Venosa Profunda (TVP) em perna direita, Mioma uterino com indicação de embolização de artérias uterinas e Tromboembolismo Pulmonar (TEP) bilateral, além de ventrículo direito dilatado com hipocinesia importante.

A paciente realizou o procedimento de embolização três dias depois da admissão no hospital e durante o período não utilizou nenhum tipo de tratamento para a TEP. De acordo com a Sociedade Europeia de Cardiologia (2008), trombólise como terapia de reperfusão primária está indicada para os pacientes com TEP e comprometimento hemodinâmico, ainda citando a entidade, o tempo máximo para o tratamento não é tão limitado quanto a de outras patologias, podendo chegar até há duas semanas. Contudo, quanto mais precoce a terapêutica, maior probabilidade de haver reperfusão e menor vulnerabilidade de complicações.

Diante do exposto, a paciente apresentou uma PCR logo após o término do procedimento, ainda na sala de hemodinâmica, com duração de 5 minutos. Ao ser admitida na UTI, apresentou um novo episódio que foi presenciada e utilizada para inserção nessa pesquisa, com o código U3, de 4 minutos. No dia posterior, apresentou nova PCR, cujo processo de reanimação durou 10 minutos, presenciada pelos pesquisadores, para qual foi atribuído código U4. Somente após a quinta PCR a paciente foi trombolisada, entretanto, sem êxito, tendo evoluído para óbito no mesmo dia.

Apesar de se tratar da mesma paciente, caso fosse levado em consideração os exames laboratoriais após a primeira PCR, haveria mudança do score SAPS de

72% para 81%. Tal variação se deve provavelmente ao fato de ter apresentado três PCR entre as duas que foram acompanhadas nessa pesquisa, o que aumenta a possibilidade de óbito e lesões cerebrais. Além disso, ocorreu alteração significativa nos valores dos exames laboratoriais, especialmente, na hemogasometria, na qual apresentou lactato sérico de 10 mmol/l e Potencial Hidrogeniônico (PH) de 7,0.

Nas PCR de U5, U6 e U7, com possibilidades de óbito de 55%, 71% e 92% respectivamente. Os pacientes possuíam diversas patologias como comorbidades, conforme evidenciado no quadro 02. Para Soares; Hermann (2014), o fator comorbidade é a variável com maior força prognóstica na sobrevida dos pacientes. Nos estudos analisados por estes autores, as chances de sobrevivência daqueles pacientes que não tinham doença de base associada, clinicamente diagnosticada, era muito maior quando comparada as chances de sobrevida dos pacientes que tinham comorbidades associadas.

Concordando com o exposto Auler e Vane (2016), asseguram que no ambiente intra-hospitalar, os resultados da RCP são pouco satisfatórios, em razão da predominância de pacientes com diversas comorbidades. O participante da PCR U5 entre as comorbidades, possuía HAS e doença de Chagas.

Conforme estudo com 14 pacientes, 11 evoluíram para PCR e óbito, dos quais, 63,6% tinham a HAS como comorbidade presente, além disso, os mesmos autores relatam que a PCR ocorre, frequentemente na cardiopatia chagásica crônica, porém os fatores preditores não são completamente definidos (Soares; Hermann, 2014).

Os clientes U5 e U6 apresentavam como fator agravante a instabilidade hemodinâmica e encontravam-se em uso de noradrenalina em alta vazão, antes mesmo de cursarem com o evento.

O paciente U5 tinha histórico de retossigmoidectomia há 8 anos e cirurgia de esôfago há 15 anos. Foi admitido no hospital em 26/01/2017, dois dias antes tinha realizado uma tomografia de abdômen em outro hospital público de grande porte de Salvador devido a dor abdominal por um mês, que evidenciou distensão de alça do intestino grosso, além de espessamento da parede colón descendente, foi transferido para UTI no dia 28/01/2017, após abordagem cirúrgica exploratória, que constatou colite infecciosa.

Além disso, o paciente U6 tinha um passado de retirada de tumor de reto com realização de cirurgias de grande porte em 21/01/2017, recebeu alta, tendo retornado ao hospital e admitido na UTI em 30/01/2017 com dor e distensão abdominal, sendo diagnosticado com abdômen agudo obstrutivo após tomografia, realizou uma laparotomia exploratória 03/02/2017, evoluiu para choque séptico com noradrenalina em alta vazão no pós-operatório.

Em relação ao participante U7, apresentava uma insuficiência renal crônica que foi agudizada durante a internação, tendo apresentado instabilidade hemodinâmica

com droga vasoativa em ascensão, fazendo uso de TRS (Terapia Renal Substitutiva) contínua no momento da PCR.

U7 foi admitido na UE em 05/01/2017 com necrose em terceiro pododáctilo, foi submetido a amputação supra-plantar em 24/02/2017, ficando internado no Centro de Recuperação Pós Anestésica (CRPA) do hospital, por falta de vaga na unidade de internação, no dia 26 evoluiu para insuficiência respiratória, rebaixamento do nível de consciência e instabilidade hemodinâmica, necessitou de entubação, sedação e droga vasoativa, foi transferido para UTI no dia 27/01.

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (2009), no qual existem 1,3 leitos para 10 mil habitantes, sendo que o Brasil tem 25.367 leitos, distribuídos por 2.342 UTI em 403 municípios. Tal panorama torna-se preocupante, uma vez que os pacientes que forem admitidos na UTI estarão, provavelmente em um estado geral mais crítico, devido a espera em corredores e enfermarias por uma vaga na UTI.

Vale ressaltar que o SAPS 3 comprovou ser excelente preditor de mortalidade, tendo atingido 100% de sensibilidade para óbito na pesquisa aqui relatada. Pois, conforme estudo de Keegan; Soares citado anteriormente, 57 é a pontuação que melhor se relaciona com as taxas de mortalidade, tendo os participantes do estudo apresentado valores superiores a esse.

3.2 Cuidados do Protocolo Aha (2015) Prestados nas Primeiras 24h pós Rce

Nesta etapa buscou-se identificar os cuidados do protocolo AHA (2015) prestados aos pacientes que apresentarem RCE, nas primeiras 24 horas pós PCR.

CÓDIGO	DURAÇÃO DA PCR	DESFECHO CLINICO	ÓBITO
U1	20min	RCE	48h após a RCE
U2	07min	RCE	24 h após a RCE
U3	04min	RCE	16 h após a RCE
U4	10min	RCE	8 h após a RCE
U5	15min	RCE	7 h após a RCE
U6	12min	RCE	2 h após a RCE
U7	07min	RCE	3 h após a RCE

QUADRO 02 – Duração da PCR e Tempo óbito após o RCE dos participantes, Salvador, 2017.

Fonte: Souza et. al., 2017.

Com relação ao tempo PCR, o maior tempo encontrado no trabalho foi de 20 minutos e o menor de 04 minutos. Cruz; Gentil (2012), relatam que na vigência da PCR o risco de lesão cerebral irreversível e morte aumentam a cada minuto à medida que cessa a circulação para os órgãos vitais, como o cérebro. Contudo, como dito anteriormente, não foi possível avaliar os danos neurológicos, visto que a literatura assegura que são necessárias 72 horas após o RCE para definir o prognóstico neurológico, como relatado por Hissa *et. al.* (2013), Junior *et. al.* (2010), e Damiani *et. al.* (2012).

No que tange aos cuidados pós-PCR, todos tiveram como principal cuidado o controle hemodinâmico com uso de droga vasoativa, sendo a Noradrenalina a droga de escolha. Somente um dos pacientes realizou gerenciamento da temperatura, sendo que tal gerenciamento foi realizado a partir de sugestão dos autores deste trabalho, tendo também realizado eletrocardiograma. A indução da temperatura mais baixa foi realizada através de compressas e soros gelados. Outros quatro tiveram exames laboratoriais coletados. Tais achados estão elencados no quadro 04.

No que se refere a noradrenalina, apesar de nos prontuários constarem o valor

da vazão da droga, somente em U5 encontrou-se o registro da microgramagem (mcg) da droga, 0,29 *mcg/kg/min*. Vale ressaltar que o cálculo da mcg da droga vasoativa é fundamental para prever o prognóstico dos participantes, como foi demonstrada por Oliveira *et. al.* (2005), a taxa de mortalidade aumenta quando a noradrenalina é usada em doses maiores que 0,5 *mcg/kg/min* e nos pacientes com duas ou mais falências orgânicas. Contudo, tal cálculo não é protocolo da instituição campo de pesquisa. Nos demais usuários, os registros relatam o uso do medicamento e que estavam em ascensão até poucas horas antes do óbito.

No que tange aos exames laboratoriais coletados, as principais alterações foram encontradas na hemogasometria arterial, em U2, U3, U5 e U6 encontrou-se acidose metabólica com PH e lactatos séricos alterados. Nos pacientes relatados, foi utilizado reposição de bicarbonato de sódio na tentativa de reversão do distúrbio metabólico.

CÓDIGO	CUIDADOS PÓS PCR
U1	Estabelecimento de via aérea avançada, Passagem de PAMI, sedação, droga vasoativa.
U2	Exames laboratoriais, ECG, controle hemodinâmico, droga vasopressora, gerenciamento de temperatura
U3	Exames laboratoriais, controle hemodinâmico, droga vasopressora.
U4	Exames laboratoriais, controle hemodinâmico, droga vasopressora.
U5	Exames laboratoriais, Controle hemodinâmico, droga vasopressora.
U6	Exames laboratoriais, Controle hemodinâmico, droga vasopressora.
U7	Controle hemodinâmico, droga vasopressora.

QUADRO 03 - Cuidados prestados, pós PCR conforme protocolo AHA (2015), Salvador, 2017

Fonte: Souza *et. al.*, 2017.

A AHA (2015) acrescentou um quinto elo da cadeia da sobrevivência do ACLS, os cuidados pós-RCP, que têm sido considerados como potencial de melhorar a mortalidade precoce. A mesma entidade revela que as principais medidas a serem adotadas incluem: tratamento de reperfusão precoce para os casos de trombose

coronariana; estabilização e manutenção dos parâmetros hemodinâmicos; correção dos distúrbios dos gases arteriais; manutenção dos valores normais de glicose, hemoglobina e eletrólitos; controle do balanço hídrico; introdução de nutrição enteral precoce, bem como de sedação e analgesia; prevenção e tratamento das convulsões; indução de hipotermia terapêutica; e estabelecimento do prognóstico do paciente.

Referente à idade, 43% dos pacientes possuíam 60 anos ou mais, que conforme conceituação da (OMS, 2002), nos países em desenvolvimento, é considerado idoso. Segundo Campanharo *et.al.* (2015), variáveis como idade avançada, parada cardiorrespiratória não presenciada, RCP prolongada, ritmo cardíaco inicial da PCR e elevada da temperatura corporal no período pós-RCP estão associadas a prognósticos desfavoráveis, mas não podem discriminar com precisão os pacientes com boa ou má evolução neurológica.

Dos pacientes acompanhados, nenhum deles apresentou alterações na temperatura pós RCE, variando entre 35°C e 37°C. Porém, não foi implementado cuidado de manutenção de temperatura alvo, que é a principal conduta indicada pela AHA (2015) no intuito de prevenir sequelas neurológicas, excetuando-se em U2, que foi indicado tal cuidado por componentes dessa pesquisa, mantendo temperatura de 35°C durante as 12 horas assistenciais. Basicamente, a principal preocupação da equipe, no pós RCE foi o controle hemodinâmico, não se aprofundou na investigação da causa da PCR, podendo tal fato guardar relação com gravidade clínica dos pacientes já apresentada anteriormente. Entretanto, vale destacar as PCR U3 e U4, que apesar de possuir diagnóstico médico, o tratamento adequado somente foi instituído após cinco PCR, revelando importante fragilidade na condução terapêutica e desfecho desfavorável.

4 | CONCLUSÃO

Neste estudo, o menor índice do SAPS foi de 63 pontos ou 55% de mortalidade prevista, em apenas um paciente. Já o maior índice foi de 87 pontos, com 92% de mortalidade prevista. No que tange aos cuidados pós-PCR, todos tiveram como principal cuidado o controle hemodinâmico com uso de droga vasoativa, sendo a Noradrenalina a droga de escolha. Somente um dos pacientes realizou gerenciamento da temperatura e eletrocardiograma.

A pesquisa demonstrou que apesar de todos os esforços instituídos a gravidade clínica prévia dos pacientes, seja pela demora na procura ao serviço de saúde ou devido à dificuldade de acesso, influenciam diretamente no prognóstico de saúde. Faz-se necessário assim um maior investimento em atitudes preventivas ao invés de curativas.

Um ponto importante notado é que se faz necessário uma maior sensibilização

entre os profissionais de saúde acerca dos cuidados pós-PCR, que são importantes, especialmente o gerenciamento da temperatura.

Como dificuldades para realização do estudo, tem-se a baixa qualidade dos registros em prontuários, variando entre ausência de dados, inconsistências e incompletude dos dados, descritos pelos profissionais de saúde. Sendo assim, várias informações acerca dos cuidados prestados aos pacientes não foram encontradas, impossibilitando, principalmente ampliar a avaliação clínica.

O principal limitador do estudo em questão foi número de PCR acompanhadas, sete. Por tanto, se faz necessário novas pesquisas como as mesmas características para um maior entendimento do assunto, ou mesmo, a ampliação da pesquisa na mesma UTI para avaliar se haverá diferença nas condutas dos profissionais e nos índices de mortalidade.

REFERÊNCIAS

ABREU, Ana; DUQUE, Ana; PAULINO, Carolina; BRITO, João; SILVESTRE, Joana; PEREIRA, João Gonçalves; MENDES, Vítor; TAPADINHAS, Camila; PÓVOA, Pedro. Papel neuroprotector da hipotermia terapêutica pós paragem cardiorrespiratória. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2011; 23(4):455-461.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Destques da American Heart Association na atualização das diretrizes de RCP e ACE**. © 2015 American Heart Association.

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). **III Censo Brasileiro de UTIs. 2009**. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/pdf/CensoAMIB2010.pdf>>. Acesso: 15/02/2017.

AULER, José Otávio Costa Junior; VANE, Mathes Fachini. Avaliação do desfecho que sofreram parada cardiorrespiratória durante o intraoperatório. **Tese de doutorado apresentada à faculdade de medicina da Universidade de São Paulo**. 2016.

CAMPANHARO, Cássia Regina Vancini; VANCINI, Rodrigo Luiz; LIRA, Claudio Andre Barbosa de; LOPES, Maria Carolina Barbosa Teixeira; OKUNO, Meiry Fernanda Pinto; BATISTA, Ruth Ester Assayag; ATALLAH, Álvaro Nagib; GÓIS, Aécio Flávio Teixeira de. Um ano de seguimento da condição neurológica de pacientes pós-parada cardiorrespiratória atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Einstein**, 2015;13(2):183-8.

CRUZ, Fábio Ribeiro da; GENTIL, Rosana Chami. Hipotermia induzida na parada cardíaca: implicações para a enfermagem. **Rev. Enferm. UNISA**. 2012; 13(2): 137-42.

DAMIANI, Daniel; NETO, José Antônio Arevalo; UEDA, Leandro Shigueru Ikuta Ueda; SCHNEIDER, Roberto. Síndrome de Lance-Adams depois de parada cardiorrespiratória prolongada: Relato de caso. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, 2012 mar-abr;10.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). **European Heart Journal** (2008) 29, 2276–2315 doi:10.1093/eurheartj/ehn310.

HISSA, Priscilla Nogueira Gomes; HISSA, Marcelo Rocha Nasser; ARAÚJO, Paulo Sérgio Ramos de. Análise comparativa entre dois escores na previsão de mortalidade em unidade terapia intensiva. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, 2013 jan-mar;11(1):21-6.

SILVA JUNIOR, João Manoel *et al.* Aplicabilidade do escore fisiológico agudo simplificado (SAPS 3) em hospitais brasileiros. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 60, n. 1, p. 20-31, Feb. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942010000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942010000100003>.

LEÃO, Rodrigo Nazário; CAVACO, Paulo Ávila; CAVACO, Raquel Cavaco; GERMANO, Nuno; BENTO, Luís. Hipotermia terapêutica após parada cardíaca: preditores de prognóstico. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2015;27(4):322-332.

MELLO, Bruno Henrique Gallindo de; OLIVEIRA, Gustavo Bernardes F.; RAMOS, Rui Fernando; LOPES, Bernardo Baptista C.; BARROS, Cecília Bitarães S.; CARVALHO, Erick de Oliveira; TEIXEIRA, Fabio Bellini P.; ARRUDA, Guilherme D'Andréa S.; REVELO, Maria Sol Calero; PIEGAS, Leopoldo Soares. Validação da Classificação de Killip e Kimball e Mortalidade Tardia Após Infarto Agudo do Miocárdio. **Arq Bras Cardiol.** 2014; 103(2):107-117. DOI: 10.5935/abc.20140091.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes; GODOY, Paulo Henrique; LUIZ, Ronir Raggio; NETO, Antônio Farias; PANTOJA, Maurício Rocha; BARRETO, Wagner Silva; VILLELA, Paolo Blanco; PAULA, Leonardo Jorge Cordeiro de; TEIXEIRA, Bianca Mattos. Influência da Noradrenalina na Mortalidade dos Idosos com Choque Séptico. **Revista da SOCERJ** - Mai/Jun 2005. Vol 18 No 3.

OLIVEIRA, Joana Clarisse; PIMENTEL, Jorge; CARIU, Alain. Síndrome pós-paragem cardíaca: fisiopatologia, aspectos clínicos, terapêuticos e avaliação do prognóstico a médio e longo prazo: artigo de revisão. **Faculdade de medicina da Universidade de Coimbra.** Setembro, 2012.

SOARES, Lara Souza; HERMANN, Paula R. Souza. Parada Cardiorrespiratória no Pronto Socorro: comorbidades e desfecho. Monografia (Graduação) – **Universidade de Brasília, Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, Brasília**, 2014, 35 p.

VINCENT, Jean-Louis; MORENO, Rui. Clinical review: Scoring systems in the critically ill. **Critical Care** 2010, 14:207. <http://ccforum.com/content/14/2/207>.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aluno 17, 134, 135, 136, 139, 140, 142, 143

Assistência domiciliar 155, 156, 157, 165, 167

Autocuidado 47, 71, 76, 77, 100, 155, 157, 158, 160, 162, 165, 166, 180, 184, 197, 199

C

Câncer de mama 95, 96, 97, 98, 99, 100

Cuidado pré-natal 43, 51

Cuidados críticos 82

Cuidados de enfermagem 14, 154, 163, 167, 182, 190, 191

D

Demência 68, 69, 75, 76

Diagnósticos de enfermagem 79, 80, 155, 158, 159, 167, 182, 184, 186, 188, 192, 193, 196, 200

E

Educação em enfermagem 134

Educação em saúde 54, 55, 57, 95, 97, 99, 100, 162, 192

Educação superior 8

Empatia 115, 117, 127, 129, 130, 163

Enfermagem geriátrica 68

Escala psicológica aguda simplificada 82

Escolas de enfermagem 8, 9, 12

Estresse ocupacional 101, 102, 111, 112, 113

G

Gestantes 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 119, 167

Gestão de carreira 17, 18, 19, 23, 24, 29, 31, 32, 33

Gravidez na adolescência 43, 44, 51

H

Hipertensão arterial 1, 2, 3, 4, 59, 60, 61, 66, 67

História da enfermagem 8, 9, 10, 11, 14, 15

Humanização da assistência 43, 49

I

Idosos 53, 54, 55, 56, 57, 58, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 94, 188, 189

Instituição de longa permanência para idosos 68, 69

M

Microcefalia 155, 156, 158, 159, 160, 166, 167

O

Obesidade infantil 2, 4, 5, 6

Osteoartrose 181, 182, 183, 184, 185, 186, 188

P

Parada cardíaca 82, 83, 93, 94

Parto domiciliar 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153

Parto humanizado 144, 153

Prevenção 3, 38, 41, 43, 53, 54, 55, 56, 58, 61, 62, 66, 77, 92, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 154, 162, 164, 168, 169, 174, 176, 179, 183, 188, 190, 191

Prevenção de acidentes 168, 179

Processo de enfermagem 155, 157, 158, 166, 182, 188, 191, 201, 202

Profissionais 3, 7, 9, 11, 13, 14, 17, 18, 21, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 47, 49, 59, 60, 66, 69, 75, 76, 78, 79, 83, 93, 98, 102, 104, 107, 111, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 123, 125, 126, 127, 129, 130, 140, 141, 146, 150, 152, 158, 160, 164, 165, 166, 168, 170, 174, 175, 176, 177, 178, 192, 200, 201

Promoção da saúde 54, 75, 96, 99, 188, 190, 191

R

Radiação 34, 35, 36, 37, 39, 40

Relações familiares 115, 117, 144

Riscos 2, 4, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 48, 50, 57, 61, 66, 99, 110, 111, 113, 150, 157, 161, 164, 169, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180

S

Saúde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 17, 18, 19, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 66, 67, 69, 70, 71, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 85, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 110, 111, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 137, 140, 143, 144, 145, 146, 147, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 183, 184, 186, 187, 188, 190, 191, 192, 193, 196, 201, 202

Saúde da mulher 44, 98, 114, 144, 145

Saúde do idoso 54, 79

Saúde do trabalhador 101, 103, 110, 168, 169, 175, 176, 178

Saúde mental 180, 190, 191, 192, 193, 201

Síndrome hipertensiva 59, 60

Sistematização da assistência de enfermagem 68, 70, 78, 157, 167, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 189, 190, 193, 198, 202

T

Trabalho de parto 44, 50, 51, 52, 144, 145, 146, 151, 152

Treinamento por simulação 134

U

Unidade de terapia intensiva neonatal 114, 115, 131, 132

V

Visita domiciliar 1, 2, 4

 **Atena**
Editora

2 0 2 0