



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da
Teoria e Prática na
Enfermagem 6

Atena
Editora
Ano 2020



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da
Teoria e Prática na
Enfermagem 6

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: Natália Sandrini de Azevedo

Edição de Arte: Luiza Batista

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

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de 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
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
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
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
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
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
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
Prof^a Dr^a 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
Prof^a Dr^a 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. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
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. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
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^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

Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª 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. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 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. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
 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)	
D539	<p>Diário da teoria e prática na enfermagem 6 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia. ISBN 978-65-5706-151-0 DOI 10.22533/at.ed.510203006</p> <p>1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermagem – Prática. I.Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa.</p> <p style="text-align: right;">CDD 610.73</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

As obras “*Diário da Teoria e Prática de Enfermagem 5 e 6*” abordam uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 18 capítulos, o volume II aborda diferentes aspectos relacionados à atuação da enfermagem e os múltiplos saberes em saúde.

Os estudos realizados contribuem para seu entendimento quando trabalham as mais diversas temáticas, dentre elas a atuação da enfermagem no cuidado ao paciente hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), na urgência e emergência e classificação de risco, transplante renal, auditoria, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), tecnologias no cuidado de enfermagem, segurança no cuidado ao paciente hospitalizado, dentre outros.

Portanto, este volume VI é dedicado aos profissionais de saúde, com extrema relevância para enfermeiros e demais profissionais atuantes na assistência, trazendo artigos que abordam informações atuais sobre as práticas de saúde. Ademais, esperamos que este livro possa fortalecer e estimular as práticas educativas pelos profissionais da saúde, disseminando práticas promotoras da saúde, e fortalecendo a prática clínica de enfermagem e das demais profissões que cuidam da saúde.

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ACUPUNTURA COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA PARA CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA	
Ivia Fabrine Farias Araújo Anne Carolinne Marie dos Santos Gomes Suellen Duarte de Oliveira Matos Neirilanny da Silva Pereira Adriana Lira Rufino de Lucena	
DOI 10.22533/at.ed.5102030061	
CAPÍTULO 2	12
A IMPORTÂNCIA DAS INTERNAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS COMO UM INDICADOR DE QUALIDADE DA APS NO ESTADO DE PERNAMBUCO	
Maria Thereza Vieira Barboza Luanne Gomes Araújo Amanda de Moura Borba Malom Bhenson Tavares Barbosa	
DOI 10.22533/at.ed.5102030062	
CAPÍTULO 3	24
A PERCEPÇÃO DO PORTADOR DE ESTOMIA INTESTINAL ACERCA DA SEXUALIDADE	
Amanda Cibebe Gaspar dos Santos Carla Geiza Santos dos Reis Claudenice Ferreira dos Santos Ediane Conceição Magalhães Silva Josely Bruce dos Santos Milena de Carvalho Bastos Thais Moreira Lima	
DOI 10.22533/at.ed.5102030063	
CAPÍTULO 4	33
ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM SEPSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA	
Shirley Sayonara Bezerra de Melo Torres Angélica de Godoy Torres Lima Jaciele Cristina da Silva Belone Marilene Cordeiro do Nascimento Eliane Braz da Silva Arruda Thamyris Vieira de Barros	
DOI 10.22533/at.ed.5102030064	
CAPÍTULO 5	44
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO INTERNADO EM UTI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Aron Souza Setúbal Lucas dos Santos Conceição Gabriel dos Anjos Valuar Pedro Igor de Oliveira Silva Danilo de Jesus Costa Glória Amorim de Araújo Jhonatan Andrade Rocha Kecya Pollyana de Oliveira Silva	

Luanna Saory Kamada Miranda
Lucas Macieira Sousa da Silva
Mauro Francisco Brito Filho
Wanderson Lucas Castro de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.5102030065

CAPÍTULO 6 52

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, EM UMA UNIDADE CENTRAL DE SAÚDE, CACOAL-RO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cassia Lopes de Sousa
Sara Dantas
Amanda da Silva Guimarães
Claudio Henrique Marques Pereira
Daniele Roecker Chagas
Jaine Varela da Silva
Jonatas Tiago Lima da Silva
Karen Santos de Oliveira
Laricy Pereira Lima Donato
Pâmela Mendes dos Santos
Taiza Félix dos Anjos
Thyanne Pastro Loth

DOI 10.22533/at.ed.5102030066

CAPÍTULO 7 58

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO FRENTE AO PACIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Solange Maria da Silva

DOI 10.22533/at.ed.5102030067

CAPÍTULO 8 65

EFICÁCIA DOS PROTOCOLOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA A CLIENTES POLITRAUMATIZADOS

José Ribeiro dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.5102030068

CAPÍTULO 9 79

FASCIÍTE NECROSANTE: UMA ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR

Alessandra Nascimento Pontes
Beatriz Santana de Souza Lima
Eivaldo dos Santos Silva
Jair Kleyson de Sousa Leite
Jandson de Oliveira Soares
Juliana Barbosa Nunes Cavalcante
Noemi Mello Loureiro Lima

DOI 10.22533/at.ed.5102030069

CAPÍTULO 10 81

FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Nathália Santana Simão
Paula Cristina Nogueira
Paulo Carlos Garcia

DOI 10.22533/at.ed.51020300610

CAPÍTULO 11 94

MODELO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Maria Aline Moreira Ximenes
Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão
Josiane da Silva Gomes
Odézio Damasceno Brito
Nelson Miguel Galindo Neto
Lívia Moreira Barros
Joselany Áfio Caetano

DOI 10.22533/at.ed.51020300611

CAPÍTULO 12 108

O PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR NO PROCESSO DE AUDITORIA EM ENFERMAGEM: ENFOQUE REVISIONAL

Luiz Eduardo Rodrigues
Mayco Vallim de Paiva Silva

DOI 10.22533/at.ed.51020300612

CAPÍTULO 13 120

O TRANSPLANTE RENAL COMO POSSIBILIDADE DE MUDANÇA DE VIDA

Anna Maria de Oliveira Salimena
Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva
Thais Vasconcelos Amorim
Micheli Rezende Ferreira Cruz
Amanda Tamires Drumond Vilas Boas Tavares
Layla Guimarães Paixão Oliveira
Suellen Fernanda de Souza Viana
Anna Flávia Silva do Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.51020300613

CAPÍTULO 14 131

PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Amarildo de Souza Cunha
Lázaro Clarindo Celestino
Fabiane Souza Silva
Regiane Ribeiro Dutra

DOI 10.22533/at.ed.51020300614

CAPÍTULO 15 146

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR ASSISTIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Árgila Gonçalves de Carvalho Santana
Stephanie Bonfim Fonseca
Camila de Oliveira Passos Rodrigues Dayube
Fabiane Pereira Cerqueira
Tássia Palmeira Coelho
Lizziane Gois Arcanjo
Irlane Cristina Almeida dos Santos
Wadson Andrey Batista Macêdo
Magda Oliveira da Silva
Raabe Moraes Pereira

DOI 10.22533/at.ed.51020300615

CAPÍTULO 16	156
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES INTERNADOS NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA E ENFERMARIA NEUROLÓGICA EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO	
Paola Correa	
Daiane Cristina de Mello Silva	
Rafaella Aparecida Leite	
Viviane Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.51020300616	
CAPÍTULO 17	172
USO DE TECNOLOGIAS NO CUIDADO EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Aron Souza Setúbal	
Lucas dos Santos Conceição	
Pedro Igor de Oliveira Silva	
Gabriel dos Anjos Valuar	
Danilo de Jesus Costa	
Glória Amorim de Araújo	
Jhonatan Andrade Rocha	
Kecya Pollyana de Oliveira Silva	
Luanna Saory Kamada Miranda	
Lucas Macieira Sousa da Silva	
Mauro Francisco Brito Filho	
Wanderson Lucas Castro de Sousa	
DOI 10.22533/at.ed.51020300617	
CAPÍTULO 18	184
PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DE PACIENTES EM EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	
Luzia Beatriz Rodrigues Bastos	
Aline Rafaella Cruz de Abreu	
Antônio Sérgio dos Reis Vaz Junior	
Natália Cristina Nascimento Rodrigues Tavares	
Diniz Antonio de Sena Bastos	
Karina Morais Wanzeler	
DOI 10.22533/at.ed.51020300618	
SOBRE A ORGANIZADORA	195
ÍNDICE REMISSIVO	196

EFICÁCIA DOS PROTOCOLOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA A CLIENTES POLITRAUMATIZADOS

Data de aceite: 05/06/2020

José Ribeiro dos Santos

Mestre em Educação. Especialista em Urgência e Emergência com ênfase em APH. Pós-Graduação em Docência do Ensino Médio, Técnico e Superior da área da saúde. Bacharel em Enfermagem; Licenciado em Biologia. Professor da Faculdade Associada Brasil e Grupo Educacional Sequencial.
e-mail: zecasantos01@gmail.com

RESUMO: Objetivo: Analisar as evidências disponíveis na literatura científica acerca da aplicabilidade dos protocolos de emergências APH e RCP sua semelhança, finalidades e eficácia. **Resultados:** A utilização de protocolos na assistência de Enfermagem garante maior segurança aos usuários e profissionais, com a Sistematização dos protocolos XABCDE e CAB são possíveis direcionar o atendimento ao politraumatizado e, com efeito, reduzir os agravos e as mortalidades. **Conclusão:** As abordagens dos protocolos de APH e RCP embora diferentes, pois, o protocolo de APH aplica-se em situação de emergência voltado ao trauma e o protocolo de RCP em situação de emergência clínica ambos os Protocolos de Emergências têm a finalidade de restabelecer o

quando hemodinâmico do paciente o mais breve possível e evitar novos agravos de lesões. A aplicabilidade dos protocolos terá um resultado positivo se forem realizados de forma rápida e adequados por profissionais ou mesmo leigos treinados sempre avaliando tempo resposta.

PALAVRAS - CHAVE: Emergências, Atendimento Pré-Hospitalar e Protocolos.

EFFECTIVENESS OF PRE-HOSPITAL EMERGENCY PROTOCOLS BY THE MOBILE EMERGENCY SERVICE TEAM TO POLYTRAUMATIZED CLIENTS

ABSTRACT: Objective: To analyze the evidence available in the scientific literature about the applicability of APH and RCP emergency protocols, their similarity, purposes and efficacy. Results: The use of protocols in nursing care ensures greater safety for users and professionals, with the Systematization of XABCDE and CAB protocols it is possible to direct care to the polytraumatized and, in effect, reduce injuries and mortalities. Conclusion: The approaches of the PHC and CPR protocols, although different, because the PHC protocol is applied in an emergency situation aimed at trauma and the CPR protocol in clinical

emergency situations both emergency protocols have the purpose of reestablishing the hemodynamic time of the patient as soon as possible and avoiding further injuries. The applicability of the protocols will have a positive result if they are performed quickly and appropriately by professionals or even trained laypeople always evaluating response time.

KEYWORDS: Emergencies, Pre-Hospital Care and Protocols.

EFFECTIVIDAD DE LOS PROTOCOLOS DE EMERGENCIA PRE-HOSPITAL POR EL EQUIPO DE SERVICIO DE EMERGENCIA MOBILE A CLIENTES POLITRAUMATIZADOS

RESUMEN: Objetivo: Analizar las pruebas disponibles en la literatura científica sobre la aplicabilidad de los protocolos de emergencia APH y RCP, su similitud, propósitos y eficacia. Resultados: El uso de protocolos en la atención de enfermería garantiza una mayor seguridad para los usuarios y profesionales, con la sistematización de los protocolos XABCDE y CAB es posible dirigir el cuidado a los politraumatizados y, en efecto, reducir lesiones y muertes. Conclusión: Los enfoques de los protocolos PHC y CPR, aunque diferentes, porque el protocolo PHC se aplica en una situación de emergencia dirigida al trauma y al protocolo de RCP en situaciones de emergencia clínica ambos protocolos de emergencia tienen el propósito de restablecer el tiempo hemodinámico del paciente lo antes posible y evitar más lesiones. La aplicabilidad de los protocolos tendrá un resultado positivo si son realizados de forma rápida y adecuada por profesionales o incluso laicos capacitados que siempre evalúan el tiempo de respuesta.

PALABRAS CLAVE: Emergencias, Atención Prehospitalaria y Protocolos.

1 | INTRODUÇÃO

Trauma é definido Como uma transferência de energia superior à qual o corpo pode suportar, produzindo uma series de lesões. Lesões, especialmente acidentes de trânsito, representam problema de saúde pública, tanto pela morbidade e mortalidade que produzem anualmente, pois representam 2,2% de todas as mortes no mundo. (Yepes et al.,2015).

Atendimento Pré-Hospitalar é o atendimento emergencial a pacientes traumatizados atendidos fora do ambiente hospitalar. Esse atendimento só poderá ser realizado por profissionais qualificados/treinados

O Ministério da Saúde relata de forma alarmante a ocorrência de acidentes em todo território nacional, conforme as estatísticas os acidentes envolvendo traumas no trânsito: envenenamento, afogamento, quedas e queimaduras representam a primeira posição de adultos jovens (10-39 anos) e a terceira posição na população geral.(SZERWIESKI et al, 2015).

Pre Hospital Trauma Life Support (PHTLS) é o protocolo de atendimento as vítimas de

traumas, ABCDE é um mnemônico, que se refere a um conjunto de técnicas para auxiliar no processo de memorização com associação rápida do que se deve fazer, padroniza o atendimento inicial ao pacientes politraumatizados e define prioridades nas abordagens ao trauma (RODRIGUES et al, 2017).

Uma das habilidades a ser desenvolvida no atendimento as vítimas é reconhecer situações de urgências e emergências, lembrando que no trauma existem diversas formas de ajuda as vítimas de trauma uma delas é sinalizar a cena, chamar ajuda, entretanto as pessoas leigas não devem tocar nas vítimas, devendo aguardar pelo socorro especializado.

No Brasil, 1893 o senado aprovou uma Lei que pretendia estabelecer socorro médico de urgência em via pública do Rio de Janeiro (ADÃO, RS, SANTOS MR 2012). Aplica-se o protocolo de *XABCDE*, onde a letra *X* refere-se a estancar hemorragias, *A* refere-se a verificação de vias aéreas e estabilização da coluna cervical, *B* avaliação da expansibilidade torácica, *C* de circulação avalia a qualidade do pulso da vítima, *D* avalia o estado neurológico saber se a vítima está consciente a letra *E* avalia as lesões isto é: deve-se expor a vítima afim de verificar e evitar novas lesões.(HTLS NAEMT, 2016).

A história do APH data do século XVIII, com as grandes guerras civis e o atendimento prestado as vítimas no local do combate, a partir de medidas de estabilização, que eram prontamente iniciadas para se tentar diminuir a mortalidade (Silva EAC, Tipple AFV, Souza JT, 2010).

Em 1976, o cirurgião ortopedista Jim Styner, ao sofrer um acidente de avião com sua família, ao ser atendido pelos profissionais ele pôde perceber quão inapropriado eram os cuidados em relação aos primeiros socorros as vítimas de traumas. Depois dessa experiência o médico desenvolveu o protocolo de ABCDE do trauma que passou a ser empregado em diversas regiões do mundo. (PHTLS- ELSEVIER, 2007).

A introdução do protocolo de trauma ABCDE não demorou muito a ser reconhecido pelas autoridades médicas e em 1978 foram administrados cursos para o treinamento dos profissionais médicos. No Brasil foi implementado na década de 90 no Rio de Janeiro e em São Paulo o atendimento pré-hospitalar, em 2002 o Ministério da Saúde criou uma Portaria GM/MS nº 2.048, que reconhece a efetividade da assistência precoce em vítimas em situação de emergência (SZERWIESKI LL, OLIVEIRA LF, 2015).

No Brasil, até a década de 70 os traumas eram vistos como um problema policial e médico-legal e não como um problema de saúde pública, enquanto que na França e nos Estados Unidos já possuíam modelos estruturados de atendimento ao trauma, que serviu anos mais tarde de inspiração para o modelo brasileiro. (Silva et al, 2010).

Esse protocolo é aplicado em vítimas de trauma a fim de garantir estabilização do paciente, aperfeiçoar a avaliação e o tratamento das vítimas. Atualmente no Brasil o atendimento pré-hospitalar está estruturado em duas vertentes: Basic Life Support - Suporte Básico de Vida (SBV) e Advanced Life Support- Suporte Avançado de Vida (SAV), O PHTLS originou-se nos Estados Unidos com a sua evolução expandiu-se como um

treinamento internacional e sendo adotado hoje em diversos países.

O atendimento Pré-Hospitalar caracteriza-se como um conjunto de medidas e procedimentos técnicos que objetivam o suporte de vida a vítimas, baseado no conhecimento científico desenvolvimento técnico para atuar em situação de estresse, tendo como conceito supremo não agravar lesões já existentes, ou gerar lesões que não existam, (iatrogenias) e transportar o cliente de forma adequada e segura até ao hospital terciário. Por isso os profissionais devem observar e seguir todos os protocolos de segurança. (COREN, 2017)

Na França, o atendimento era centralizado em uma rede de comunicações denominada Regulação Médica, as chamadas eram avaliadas pelo médico e tomava a melhor decisão, nos Estados Unidos predominava o atendimento rodoviário, por meio da chamada pelo número 911 e participação de paramédicos que avaliava a situação e enviavam o melhor recurso para o atendimento (DEGANI, 2017).

A realidade brasileira não permitia que o APH no modelo Francês fosse implementado na íntegra devido à escassez de recursos, então algumas adaptações foram realizadas. No Brasil na década de 90, por influência do modelo americano adotou-se nas cidades de Rio de Janeiro e São Paulo o atendimento realizado por socorrista com o corpo de bombeiro (DEGANI, 2017).

No Brasil, o SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência compõe o transporte de pacientes em situação de urgência e emergência sua equipe é composta pelo Médico, Enfermeiro, Técnicos de Enfermagem e Socorristas [condutores] da VTR, cada um com suas funções determinadas pelas portarias nº 814, 01/06/2001, e nº 2.048 de 05/11/2002 e seu acesso poderá ser obtido gratuitamente por via telefone pelo número 192 (MATA, et al, 2018; GARÇON, et al, 2007).

O protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar SAMU 192, Art. 1º o atendimento pré-hospitalar, de suporte básico e avançado de vida, em termos de procedimento de Enfermagem previsto em Lei sejam incondicionalmente prestados por Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem observando os dispositivos na Lei. 7.498/86 e Decreto de Lei 94. 406/87. Parágrafo Único: compete privativamente ao Enfermeiro: dirigir, coordenar, planejar, prescrever, delegar, supervisionar e avaliar as Ações de Enfermagem de acordo com o nível de dependência das vítimas.

No que tange aos procedimentos de Enfermagem de alta complexidade esses deverão ser realizados exclusivamente pelo Enfermeiro. Parágrafo terceiro- A assistência de Enfermagem em Unidades Móveis de UTIs e Suporte avançado de vida (terrestre, aquático ou aéreo), deverão ser realizados pelo ENFERMEIRO de acordo como determina a Lei 7.498/86 e Decreto de Lei 94. 406/87 A (COFEN, 2009). Ainda na Resolução COFEN Nº 375/2011, determina a obrigatoriedade da presença do profissional Enfermeiro, quando necessárias as ações de assistência de enfermagem, nas viaturas que realizem transporte Inter Hospitalar de pacientes, entretanto essa Resolução foi suspensa pela justiça.

Objetivo desse trabalho é analisar as evidências disponíveis na literatura científica acerca da aplicabilidade dos protocolos de emergências APH e RCP sua semelhança, finalidades e eficácia.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com estudos de Adão et al (2012): o enfermeiro possui, em sua gama de atribuições no APH móvel de elaborar protocolos inerentes ao atendimento às vítimas do trauma. No Brasil o Suporte de vida no atendimento ao trauma até a década de 70, os traumas eram vistos como um problema policial e médico-legal ou como um problema de saúde pública. A enfermagem ao prestar cuidados ao cliente em situação de eventos que envolvem múltiplas vítimas, desastres e catástrofes aplicando-se o Método start.

Na área de Atendimento Pré-Hospitalar, o SAMU é um sistema complexo de grande importância social, cujo objetivo maior é o atendimento de vítimas no local da ocorrência, visto que é de direito de cada cidadão receber atendimento público de qualidade da área da saúde (GARÇON, 2017)

No Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, existem unidades de suporte intermediário, cuja equipe está composta por um Enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e o motorista (socorrista): alguns veículos são equipados com materiais de suporte básico, composto por um enfermeiro ou técnico de enfermagem e o socorrista e outras ambulâncias equipadas com materiais de suporte avançado UTI, que nesse caso é composta por um médico, um enfermeiro e o socorrista. (GENTIL RC, RAMOS LH, 2008).

Protocolo de atendimento pré-hospitalar: papel e responsabilidades da equipe de APH:

Aspectos gerais de conduta pessoal: o profissional deve estar de prontidão durante todo o seu plantão, atender as chamadas com certeza e agilidade, apresentar-se uniformizado, adequar hábitos pessoais linguagem e atitudes no serviço, não fumar ou permitir que fumem dentro da base ou da VTR, zelar pela imagem dos serviços, utilizarem os termos do código “Q” e alfabeto numérico e zelar pelos cumprimentos dos protocolos.

Na Base Operacional: Realizar o checklist da VTR, materiais e equipamentos no início e no término do plantão, providenciar reparos e reposição de materiais de consumo, realizar limpeza da VTR e equipamentos conforme protocolos. No recebimento de chamadas/ ocorrências, atentar para a ordem de transmissão do chamado pela Central de Operação.

Durante o deslocamento até o local do atendimento: zelar pelo respeito às regras de condução de veículos de emergências, conforme protocolo e Código de Trânsito Brasileiro,

estabelecer e buscar a rota melhor e mais segura até o local da ocorrência. Já na cena do atendimento/; garantir sua segurança e da equipe do SAMU, fazer uso de EPIs, manter controle da situação, avaliar o paciente e realizar as intervenções necessárias. (BRASIL, 2014).

Durante o transporte do paciente até o hospital: transportar o paciente para o hospital determinado pela Regulação Médica, Trafegar sempre com o cinto de segurança, realizar o transporte rápido e seguro, colocar o acompanhante no banco da frente junto com o motorista, preencher de forma completa a ficha de APH em duas vias com letra legível. (COREN, 2017).

No hospital: informar a equipe da Unidade de Emergência sobre o tipo de emergência, condições clínicas do paciente e os procedimentos realizados, arrolar os pertences do paciente e entregar ao responsável da unidade, deixar a 2º via da ficha de APH no hospital. Comunicar a central a sua disponibilidade. Durante o regresso para a base: comunicar via a rádio à Central sobre sua saída do hospital e sua disponibilidade.

Os protocolos existentes são nomeados de acordo com a sua finalidade e a faixa etária a qual se destina: Pediatric Advanced Life Support (PALS) Suporte avançado em Pediatria. Advanced Trauma Life Support (ATLS) Suporte Avançado no Trauma. Pre-Hospital Life Support (PHTLS) Atendimento Pré-Hospitalar em Vítimas de Trauma. Basic Life Support (BLS), Suporte Básico á vítimas que se encontrem em situações de agravo clínico. Advencend Cardic Life Support (ACLS), Suporte Avançado em agravos de natureza cardiológica. (NAEMT,2007)

No atendimento de APH, as prioridades para o primeiro atendimento variam conforme as lesões, sinais vitais e o mecanismo das lesões. No trauma grave o tratamento envolve avaliação primária rápida, o reestabelecimento das funções de via aérea, a avaliação secundária e o tratamento definitivo.

Um dos aspectos importantes do atendimento ao cliente vítima de traumatismo é a determinação do mecanismo do trauma, ou seja, reconhecer o evento do acidente, No Brasil, Ministério da Saúde através da Portaria N° 2048, de 05 de novembro de 2002. Foram classificados os veículos de atendimento Pré-Hospitalar Móvel, segundo equipamentos, materiais e equipe para atender adequadamente as vítimas.

3 | AMBULÂNCIAS

Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos. As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT – NBR 14561/2000, de julho de 2000. (BRASIL, 2006)

Protocolo de PHTLS- Etapas e significados do ABCDE

As vias aéreas, e seu gerenciamento deve ser uma prioridade, já que a obstrução é a causa mais freqüente de morte no paciente politraumatizado. Embora seja a causa mais frequente ainda assim não é a que mais mata, entretanto sua avaliação e gestão devem ser feitas garantindo a permeabilidade e controle da coluna cervical, primeiro por meio de uma estabilização manual e depois com a aplicação de um colar cervical.

A= Airway de Vias Aérea: nessa primeira fase verifica a segurança da cena, depois se realiza a proteção da coluna cervical, em vítima consciente a equipe deve se aproximar pela frente, evitando que a vítima mova a cabeça para a lateral, evitando trauma medular, verificar permeabilidade de vias aérea, as técnicas para a permeabilização de via aérea do paciente devem ser feita de acordo com a condição clínica do cliente, observando se não há corpo estranho bloqueando a respiração. De acordo com Rodrigues, et al, (2017), no atendimento pré-hospitalar de 66-85% das mortes são evitáveis ocorre devido a obstrução de vias aéreas.

O socorrista ao se aproximar da vítima deverá indagar seu nome, se a vítima responder isso sugere que as vias aéreas estão pérvias. Se a vítima estiver inconsciente a estabilização da coluna não se limita apenas a cervical, mas, sim toda a coluna da vítima para isso deve se utilizar além do colar cervical uma prancha rígida.

B= Breathing - Respiração ou ventilação verificar expansibilidade torácica, analisar se a respiração está adequada, cianose de extremidade, ausculta pulmonar, observar uso de musculatura acessória. Uma vez inadequada a respiração deve-se realizar o aporte ventilatório.

C= Ciculation – Circulação: Pesquisar por hemorragias: apalpar, verificar o dorso e a pelve, a frequência do pulso e enchimento capilar, evitar que o paciente entre em choque hipovolêmico é recomendado puncionar dois acessos calibrosos e inicialmente infundir 2 L de cristaloides ou Ringue lactado.

D= Desabilita- Estado neurológico: Análise do nível de consciência, avaliação pupilar, sua simetria e foto reagente. Existem duas formas de verificar o nível de consciência, Através da Escala de Coma de Glasgow (ECG) e AVDI onde o A- alerta; V- responsivo a voz; D- resposta a estímulos dolorosos, e a letra I- irresponsivo. (THIM, et al, 2012). De acordo com a literatura vítimas com Glasgow entre 3-8 precisam ser intubada, já que a queda no nível de consciência pode sugerir redução da perfusão cerebral.

E= Exposure- Exposição da vítima: o socorrista deve despir á vítima para identificar novas lesões e hemorragias, o ambiente deverá possuir uma temperatura adequada. Nesse procedimento, é comum que a temperatura do corpo baixe, deixando á vítima mais suscetíveis a um quando de hipotermia. Com isso, outros problemas podem surgir. Após o procedimento a vítima deverá ser coberta com uma manta térmica ou cobertor adequado. (Gonzalez MM; Timerman S, 2013).

De acordo com pesquisa realizada por Mata, et al, , (2018) a população ainda desconhece a real função do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e que isso é uma das dificuldades na atuação do SAMU, demonstrando que a população utiliza de forma inadequada o serviço devido a um atendimento rápido, seguro com profissionais especialistas e acabam solicitando o SAMU em casos clínicos não caracterizados como Urgência Pré-Hospitalar.

Estudos realizados por Yepes, et al, (2017) Para garantir uma avaliação e classificação eficazes das vítimas de trauma ou qualquer emergência médica, a triagem deve ser utilizada para avaliar a prioridades de atendimento ao paciente de acordo com sua condição clínica. Uma vez que a triagem é feita, uma avaliação primária deve ser realizada, na qual o objetivo é identificar os ferimentos que ameaçam a vida do paciente, aplicando-se um conceito chamado de “hora de ouro”

Ou seja: “hora de ouro” é o período durante o qual, se a hemorragia não for controlada ou se a oxigenação dos tecidos dentro de uma hora após a lesão, não for restabelecida/ controlada acaba diminuir a probabilidade de sobrevivência dos pacientes; portanto, o objetivo da avaliação primária é detectar e tratar lesões que ameacem a vida do paciente.

A equipe pré-hospitalar deve assegurar um transporte seguro ao cliente, uma correta avaliação da condição da vítima de trauma e uma intervenção bem sucedida necessita de uma base de conhecimentos sólidos. Deve-se seguir protocolos para que o atendimento ao traumatizado seja rápido, preciso e eficiente

Pimenta et al (2015), afirma que a utilização de protocolos na assistência de Enfermagem garante maior segurança aos usuários e profissionais, padroniza as ações. Os protocolos de enfermagem podem ser estabelecidos para todos os serviços em saúde e constitui um instrumento para nortear a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Para Rodrigues et al (2017), afirma que com a Sistematização do protocolo ABCDE é possível direcionar o atendimento ao politraumatizado e, com efeito, reduzir as mortalidades.

Em 2011 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Através da Resolução COFEN-375/11, em seu Art. 1º A assistência de enfermagem em qualquer tipo de Unidade Móvel (terrestre, aéreo ou marítimo) destinada ao atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar em situação de risco conhecido e desconhecido somente deve ser desenvolvida na presença do Enfermeiro. §1º A assistência de enfermagem em qualquer serviço Pré-Hospitalar, prestado por Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, somente poderá ser realizada sob supervisão direta do Enfermeiro. Essa Resolução foi suspensa em 06/05/2016 por determinação do Poder Judiciário.

Estudos realizados por Adão, et al, (2012). Relata que o enfermeiro ampliou seu espaço de atuação no campo de APH nos últimos anos. Preparar e orientar o cliente para a realização de procedimentos e exames em urgência e Emergência, garantindo segurança, conforto e privacidade para o cliente. No local do atendimento o enfermeiro deve avaliar e

assegurar a cena de emergência, avaliar a cinemática do trauma e prever possíveis lesões nas vítimas de trauma, adotar as precauções universais, prestar informações imediatas sobre a situação encontrada e solicitar o apoio necessário para a solução da ocorrência.

Pessoas leigas não são autorizadas a remover ou manipular a vítima de um acidente, devendo apenas chamar ajuda, se possível sinalizar a cena e aguardar o serviço especializado que são os profissionais altamente capacitados e treinados para esse tipo de atendimento á vítimas de traumas/trânsitos. Já para as pessoas em parada cardiorrespiratória o atendimento/socorro pode ser prestado por pessoas leigas treinadas. (RODRIGUES et al,2017).

Preparar e orientar o cliente para a realização de procedimentos e exames em urgência e Emergência, garantindo segurança, conforto e privacidade para o cliente. No local do atendimento o enfermeiro deve avaliar e assegurar a cena de emergência, avaliar a cinemática do trauma e prever possíveis lesões nas vítimas de trauma, adotar as precauções universais, prestar informações imediatas sobre a situação encontrada e solicitar o apoio necessário para a solução da ocorrência. (BRASIL, 2016)

O reconhecimento da efetividade da assistência precoce das pessoas em situações de emergência resultou no surgimento de vários serviços de saúde, públicos e privados de atendimento pré-hospitalar e de remoção intra-hospitalar (GENTIL, et al, 2008)

Triagem de vítimas é um processo de classificação das vítimas por gravidade, com o objetivo de tratá-las maximizando os sobreviventes e reduzindo as sequelas, nortear o atendimento, lembrando que as adaptações são cabíveis esse tipo de triagem não preconiza o diagnóstico médico e, sim, a classificação das pessoas acidentadas com base nas necessidades de cuidados e chance de sobrevivência. Estudos realizado por Garçon, et al, (2017). para o atendimento do SAMU 192, os recursos disponíveis são satisfatórios e suficientes, porém denotam-se deficiências que podem comprometer o desempenho e a qualidade do serviço.

Parada cardiorrespiratória (PCR) corresponde à cessação da atividade mecânica cardíaca e das excursões respiratórias com seguinte colapso hemodinâmico, constituindo-se uma situação de grave ameaça à vida é a interrupção da função de bombeamento do coração desencadeado por uma disfunção elétrica que faz com que o coração bata irregularmente. (CAMPOS AL, 2015).

O protocolo de RCP é utilizado em casos clínicos quando ocorre a parada cardiorrespiratória que é a cessação súbita da circulação sistêmica e da respiração que está baseada na tríade (ausência de pulso em grandes vasos, inconsciência e ausência de expansibilidade torácica) (AHA 2015). Após a identificação de uma PCR, deve-se solicitar por ajuda e por um desfibrilador, posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal e em superfície rígida para poder iniciar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar precoce.

Protocolo de RCP- Etapas e significados do (CAB)

A abordagem das vítimas em PCR, primeiro verifica-se a responsividade, chamando a vítima. Na ausência de resposta aplica-se o protocolo de RCP mnemônico (CAB). Já o protocolo de PHTLS aplica-se o mnemônico (ABCDE). Ambos os protocolos visam atendimento rápido, padronizado evitando agravos futuros à vítima.

O protocolo de atendimento deve seguir uma sequência **C**= Circulation/ Circulação: Verificar o pulso da vítima em grandes vasos. **A**= **Airway** de Vias Aérea: verificar permeabilidade de vias aérea. aérea **B= Breathing** – Respiração, avaliar a qualidade a frequência da respiração. Ou seja: verificar a segurança do local, chamar a vítima. *[não responde]* **C**- Verificar pulso em grandes vasos *[ausente]* **A**- Verificar permeabilidade de vias aérea, alguma obstrução. **B**- Verificar expansibilidade torácica *[ausente]*. GRITE por ajuda, para alguém ligar para o serviço de emergência. Inicie as manobras de RCP [com 1 socorrista: mínimo 100 compressões torácicas por minutos e máximo 120. Com 2 socorristas: 30 compressões torácicas e 2 ventilações] após cada ciclo verificar pulso se continuar ausente. Reinicie as manobras de RCP até que o pessoal do SAV assuma ou a vítima comece a se movimentar. AHA (2015).

Um dos grandes benefícios do uso dos protocolos é a união dos esforços na luta por um objetivo comum a ser alcançado, a SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem, na prática clínica da enfermagem brasileira na Resolução nº 356/2009- (COFEN), a implementação do processo de Enfermagem nos ambientes públicos e privados. A SAE é privativa do profissional Enfermeiro. Os protocolos assistenciais como PoE exemplo: o guia de boas práticas, Procedimentos Operacionais Padrão (POP). Os protocolos assistências são ferramentas tecnológicas em saúde aplicadas ao gerenciamento da assistência, pois na sua formulação são compostas por etapas processuais. (SCHWEITZER, 2015).

Acreditando que a utilização de protocolos é uma ferramenta para a condução das ações e apoio para a tomada de decisão, no Brasil o Ministério da saúde elaborou uma série de protocolos para o atendimento às urgências e emergências para o SAV e SBV. Nele há um capítulo sobre as emergências traumáticas e descrições a respeito da avaliação primária e secundária. (DEGANI, 2017).

4 | NO ATENDIMENTO AO TRAUMA É DIVIDIDO EM AVALIAÇÃO PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO

A avaliação primária baseia-se na cena, segurança e situação do sinistro aplicando a sequência do protocolo (XABCDE) X estancar hemorragias. A vias aéreas e estabilização da coluna cervical. B expansibilidade torácica. C de circulação. D estado neurológico. E exposição. Já a avaliação secundária observa-se AMPLA: A- Alergias, M –Medicação, P– Passado médico L –Líquidos e alimentos ingeridos, A –Ambiente (local do mecanismo de

trauma).

Em um atendimento ao politraumatizado é importante que se atente a “hora ouro” assim a vítima tem maior possibilidade de sobrevivência, a hora ouro é o período durante o qual, deve ser estancado eventuais hemorragias, não for controlada ou se a oxigenação dos tecidos dentro de uma hora após a lesão, não for restabelecida/controlada acaba diminuindo as probabilidades de sobrevivência dos pacientes; portanto, o objetivo da avaliação primária é detectar e tratar lesões que ameacem a vida do paciente. (Gonzalez MM; Timerman S, 2013)

O método Start é um atendimento pouco conhecido entre os estudantes da área da saúde, esse tipo de atendimento é comum as pessoas que fazem especialização em APH. Saber como funciona o método Start, utilizar e obedecer ao procedimento corretamente e estar preparado para a atuação, pode significar a diferença entre a vida e a morte da vítima. (INTRIERI, et al 2017)

O trauma é, na maioria das vezes, decorrente de atitudes ou situações relacionadas a erros humanos, entende-se por acidente aquilo que não é desejado, um evento inesperado. O termo para múltiplas vítimas significa acidentes ou incidentes com um número superior a cinco vítimas. Incidente com múltiplas vítimas são eventos súbitos, tais como maremoto, explosão, queda de um avião entre outros, em que o número de vítimas ultrapassa os recursos disponibilizados, ou número de profissionais para o atendimento. (COVOSA. JS. COVOSA JF2016).

Método start: significado das cores: cor vermelha, vítimas com ferimentos graves, porém com chance de sobrevivência, cor amarela: vítimas com ferimentos moderados. Podem aguardar um tempo na cena até tratamento definitivo, cor verde: vítimas com ferimentos mínimos, que podem deambular, cor preta ou cinza: vítimas que não respondem a procedimentos simples, como abertura de vias aéreas e com ferimentos críticos que indicam morte iminente. As vítimas devem ser encaminhadas às áreas de prioridade, que possuem as mesmas cores definidas de acordo com a categorização das vítimas (vermelha, amarela, verde e cinza). (BRASIL,2016)

O APH apresenta diversidade de ocorrências, onde o profissional poderá encontrar uma ou diversas vítimas, oriundas de um mesmo fenômeno, o profissional treinado poderá proporcionar melhor atendimento para o maior número possível de vítimas, o enfermeiro tem papel essencial, tanto na avaliação da gravidade das lesões. INTRIERI, et al (2017).

A fase de planejamento é fundamental para o sucesso do atendimento, que compreende três etapas: atendimento na cena do sinistro, transporte rápido e adequado para um atendimento terciário e chegada na instituição hospitalar.

5 | ATENDIMENTO HOSPITALAR

Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar como tripulantes dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto. (COREN, 2017)

Classificação das ambulâncias do Tipo A, B, C, D, E F. Onde a Tipo A e B é destinada ao transporte de pacientes sem comorbidades é composta por um auxiliar ou Técnico de Enfermagem e o condutor. Tipo C militares, bombeiros, policiais rodoviários e um condutor outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida. D um médico um enfermeiro e o condutor. E Aeronaves: um piloto, médico e um enfermeiro, F- Embarcações: o atendimento deve ser realizado com 2 ou 3 profissionais dependendo do tipo de atendimento, conter um condutor da embarcação, um médico e um enfermeiro em caso de suporte avançado de vida e um auxiliar/técnico de enfermagem em caso de Suporte Básico de Vida. (BRASIL, Portaria GM/MS N° 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002)

A utilização dos princípios do PHTLS e capacitações constantes, fornecem subsídios para a padronização da assistência dentro dos serviços pré-hospitalares móveis. De modo a refletir diretamente na qualidade do atendimento à vítima, por uma assistência individualizada, efetiva, segura, minimizando sequelas e agravo (Moraes, et al, 2017)

A NAEMT desenvolveu em 1983 o PHTLS, programa destinado aos profissionais de APH (atendimento pré-hospitalar), em conjunto com o Comitê de Trauma do ACS. O programa conta, atualmente, com cursos em mais de 30 países. (PHTLS, 2017).

Vítimas são todas as pessoas envolvidas no acidente e não apenas as que apresentam lesões ou queixas, A avaliação inicial deve identificar lesões que comprometem a vida do paciente e, simultaneamente, estabelecer condutas para a estabilização das condições vitais estabelecendo um plano de atendimento que deve ser específico, estabelecido a partir de características locais e regionais. CAMPOS, (2015).

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As abordagens dos protocolos de APH e RCP embora diferentes, pois, o protocolo de APH aplica-se em situação de emergência voltado ao trauma e o protocolo de RCP em situação de emergência clínica ambos os Protocolos de Emergências tem a finalidade de restabelecer o quando hemodinâmico do paciente o mais breve possível e evitar novos agravos de lesões. A aplicabilidade dos protocolos terá um resultado positivo se forem realizados de forma adequada por profissionais ou mesmo leigos treinados.

Os serviços de APH são de grande valia para a sociedade, tem um fator de impacto importante na saúde pública, uma vez que as doenças cardiovasculares e os diversos eventos relacionados com suas causas e com situações de emergências tanto traumáticas quanto clínicas colocam em risco a vida do paciente a incorporação dos protocolos no atendimento às urgências e emergências servem para corrigir problemas e evitar novos agravos ao cliente.

REFERENCIAS

ADÃO RS, SANTOS MR. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. Revista Minera de Enfermagem (REME) vol.16(4) 601-608 out/dez 2012

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção as urgências/ 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. p256 (série E Legislação de saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde Diretora Substituta do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência SAMU 192 Regional Montes Claros, MG. Protocolo SAMU 192. Suporte Básico De Vida. Créditos. 2/6 Os profissionais do SAMU 192 e do atendimento pré-hospitalar poderão Avaliação primária do paciente com suspeita de trauma. perspectiva dos profissionais. Revista Ciência Cuidado Saúde out/dez 16(4) 2017.

GENTIL RC, RAMOS LH. WITAKER IY. La capacitación de enfermeiros para La atención pré-hospitalaria.. Revista Latino Americana de Enfermagem v.16 n° 2 Ribeirão Preto mar/abr.2008.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas: Portaria GM/MS Nº 2048, de 5 de novembro de 2002. bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html

BRASIL Manual Operacional de Bombeiros Resgate Pré-Hospitalar. Secretaria de Segurança Pública e Administração Penitenciária Corpo de Bombeiro Militar Comando Geral do Estado de Goiás Portaria 299/2016.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem Resolução nº 358, de 15 outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e das outras providências.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem Resolução nº 375/2011. Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no atendimento Pré-Hospitalar e Inter Hospitalar, em situação de risco conhecido e desconhecido.

COREN, Parecer Técnico Coren-PE nº 032/2017. Disponível em: http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0322017_12915.html. Acesso 13/09/2019.

CAMPOS AL. Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem, médico, bombeiros e demais profissionais treinados a vítimas de acidentes e catástrofes. Revista de Medicina e Saúde de Brasília. 2015; 4(1):84-96.

COVOSA. JS. COVOSA JF. BRENGA ACS. A importância da Triagem em Acidentes com Múltiplas Vítimas. Revista Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde, v.20, n.3, p.196-201, 2016

DEGANI GC. Atendimento pré-hospitalar móvel avançado para idosos pós trauma: evidências para a construção de um protocolo assistencial de enfermagem. [Tese de doutorado]. Universidade de São Paulo USP- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2017.

GONZALEZ MM, TIMEMAN S, GIANOTTO OR, et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. vol.101 no.2 supl.3 São Paulo Aug. 2013.

GUIDELINE. American Heart Association -AHA. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e ACE. 2015.

INTRIERI ACU, FILHO HB, SABINO MRLS et al. O enfermeiro no APH e o método start: uma abordagem de autonomia e excelência. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa v. 14, n. 34, jan./mar. 2017

MORAES DC, BREY C, PIZZOLATO AC, CAVEIÃO C. et al. Aplicação dos princípios do prehospital trauma life support. REV.Cogitare Enferm. 2016 Abr/jun; 21(2): 01-09

National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). Comitê do PHTLS. Comitê de Trauma do National Association of Emergency Medical Technicians. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. 5.

Pre-Hospital Trauma Life Support - PHTLS NAEMT - National Association of Emergency Medical Technicians ACS - American College of Surgeons, Trauma Committé 6º edição.

PHTLS – Prehospital trauma life support. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

RODRIGUES MS, SANTANA LF, GALVÃO IM. Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado. Revista Médica (São Paulo), 2017 out-dez 96 (4):278-80.

SCHWEITZER, G. Validação de um protocolo de cuidados de enfermagem a pacientes vítimas de trauma no ambiente aeroespacial. [Tese de doutorado]. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2015.

SILVA EAC, TIPPLE AFV, SOUZA JT, et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. Rev. Eletr. Enfermgem. 2010;12(3):571-7.

SZERWIESKI, LL, OLIVEIRA LF. Atuação do enfermeiro na gestão do atendimento pré-hospitalar. Revista UNIGÁ vol. 45. Pp68-74 (jul/set 2015).

YEPES SM, PENAGOS AYD, ZAPATA CP, LÓPEZ DEG. Et al. Comparación de los protocolos de atención prehospitalaria y de urgencias e El manejo Del paciente politraumatizado. Universidad CES- Facultad de Medicina Tecnología em Atención prehospitalaria. Grupo de Investigación: observatório de La salud públicas emergências y desastres Medellín, 2015

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acadêmicos 45, 47, 48, 49, 53, 55, 56, 58, 100, 106

Acupuntura 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11

Assistência 2, 4, 6, 9, 12, 13, 15, 21, 24, 33, 34, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 54, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 72, 73, 74, 76, 77, 79, 80, 84, 91, 92, 95, 96, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 111, 113, 114, 115, 131, 132, 134, 140, 143, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 154, 155, 156, 161, 162, 169, 173, 177, 178, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 191, 193, 194

Atenção 1, 3, 4, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 28, 32, 57, 59, 60, 64, 76, 77, 93, 101, 103, 104, 109, 115, 146, 147, 148, 149, 150, 155, 186

Atendimento 7, 21, 31, 40, 43, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 100, 108, 109, 111, 112, 114, 115, 116, 119, 149, 150, 162, 170, 184, 186, 188, 193, 194

Atividades 8, 22, 27, 32, 45, 47, 50, 53, 57, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 107, 111, 114, 115, 116, 117, 118, 150, 165, 173, 179, 180, 181

Auditor 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119

Auditoria 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119

AVE 34, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 165

C

Classificação 14, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 72, 73, 76, 83, 87, 88, 90, 92, 145, 190

Cuidados De Enfermagem 39, 40, 61, 78, 95, 100, 112, 116, 147, 169

D

Diagnósticos 10, 14, 21, 32, 95, 101, 105, 112, 117, 149, 151, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 169

Doença Crônica 2, 6, 10

Doenças Cardiovasculares 4, 77, 147, 155, 158

E

Emergências 41, 65, 67, 69, 74, 76, 77, 78

Estomaterapia 24, 92

Exames 72, 73, 112, 117, 134, 150, 159, 166, 169, 184, 186, 187, 188, 189, 192, 193

F

Fasciíte Necrosante 79, 80

Fatores De Risco 10, 11, 35, 42, 46, 47, 84, 89, 91, 102, 131, 133, 145, 146, 147, 148, 149, 154,

155, 158, 159, 160, 161, 162, 163

H

Hospitalização 12, 13, 14, 15, 17, 19, 23, 41, 42, 81, 82, 84, 87, 89, 90, 144, 162

I

Imagem 24, 25, 26, 28, 29, 69, 134, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 193

Inclusão 3, 4, 15, 16, 26, 58, 59, 60, 98, 123, 175, 184, 187, 188

Indicadores 13, 14, 15, 16, 21, 35, 92, 113, 179, 188

Infecção Hospitalar 131, 132, 133, 134, 136, 137, 144, 145

Internações 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 41

L

Lesão 31, 46, 48, 49, 72, 75, 81, 82, 88, 100, 122, 147, 150, 152, 153, 156, 157, 160, 161

Lesões 8, 46, 50, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 79, 81, 83, 84, 89, 90, 91, 92, 95, 103, 105, 152, 190

Libras 58, 59, 60, 61, 62, 63

M

Modelos 67, 95, 96, 100, 103, 104, 149, 179

N

Necrose 79, 80

P

Paciente 8, 13, 15, 25, 26, 30, 31, 32, 34, 35, 40, 41, 42, 43, 45, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 80, 82, 83, 84, 89, 90, 91, 92, 93, 99, 100, 103, 104, 109, 111, 112, 115, 116, 117, 129, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 167, 169, 171, 178, 180, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194

Pesquisa Qualitativa 121, 123

Pressão 40, 45, 46, 49, 50, 51, 55, 81, 82, 83, 88, 92, 93, 141, 146, 148, 150, 151, 154, 168

Prevalência 6, 8, 11, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 89, 90, 91, 92, 102, 133, 134, 137, 145, 160

Processo 6, 11, 12, 16, 20, 23, 28, 29, 30, 31, 35, 50, 53, 56, 60, 61, 62, 63, 67, 73, 74, 77, 82, 91, 94, 95, 96, 98, 101, 104, 108, 109, 110, 111, 114, 116, 118, 123, 125, 127, 128, 144, 150, 153, 161, 173, 174, 176, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 191, 192, 193

Protocolos 40, 41, 54, 65, 66, 68, 69, 70, 72, 74, 76, 77, 78, 91, 113, 143, 149, 184, 185, 186, 187, 189, 191, 192, 193

R

Reações Adversas 184, 187, 188, 191, 192

Relato 44, 45, 47, 50, 52, 53, 54, 55, 80, 118, 129, 136, 137, 139, 141, 146, 151, 188, 189

Risco 6, 10, 11, 14, 35, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 63, 72, 77, 81, 82, 84, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 102, 103, 122, 131, 132, 133, 138, 139, 140, 141, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 184, 185, 189, 190

S

Saúde 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 77, 79, 82, 83, 84, 85, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 133, 134, 136, 138, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 154, 155, 157, 159, 161, 162, 169, 173, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 187, 188, 190, 192, 193, 194, 195

Segurança 40, 65, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 77, 82, 83, 84, 92, 93, 116, 138, 170, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194

Sepse 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 80, 84

Sexualidade 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 96

T

Tecnologias 3, 46, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183

Terapias Complementares 2, 11

Transplante Renal 120, 121, 122, 123, 124, 126, 128, 130

U

Unidade De Terapia Intensiva 33, 36, 42, 43, 81, 82, 92, 100, 131, 134, 144, 145, 176, 178, 183

 **Atena**
Editora

2 0 2 0