

A hand holding a magnifying glass over a network of medical icons. The icons include a doctor, a clipboard, test tubes, a first aid kit, pills, a heart with an ECG, a virus, a person with a cross, a flask, a no smoking sign, a telephone with a cross, an ambulance, and a building. The background is a blue grid with glowing points.

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

Influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO
(ORGANIZADOR)

Atena
Editora

Ano 2021



CIÊNCIAS DA SAÚDE: Influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO
(ORGANIZADOR)

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

istock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

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. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^a Dr^a Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^a Dr^a Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
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. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof^a Dr^a Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^a Dr^a 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
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Prof^a Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof^a Dr^a 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
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
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
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
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 Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
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. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalo de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
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 Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

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. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Profª Ma. Adriana Regina Vettorazzi Schmitt – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexandre Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andrezza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Carlos Augusto Zilli – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará

Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Edson Ribeiro de Brito de Almeida Junior – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atílio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Prof. Me. Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho – Universidade Federal do Cariri
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramirez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
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
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
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 Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
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. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Lillian de Souza – Faculdade de Tecnologia de Itu
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lúvia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Me. Luiz Renato da Silva Rocha – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
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
Prof. Me. Marcos Roberto Gregolin – Agência de Desenvolvimento Regional do Extremo Oeste do Paraná
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Dr. Pedro Henrique Abreu Moura – Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Rafael Cunha Ferro – Universidade Anhembi Morumbi
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Dr. Sullivan Pereira Dantas – Prefeitura Municipal de Fortaleza
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Universidade Estadual do Ceará
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Ciências da saúde: influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas

Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os autores
Organizador: Luis Henrique Almeida Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 Ciências da saúde: influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas / Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-252-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.521210807>

1. Saúde. I. Castro, Luis Henrique Almeida
(Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A respeito da influência das dinâmicas sociais, políticas, institucionais e ideológicas no campo da saúde, o texto “Diretrizes para a política de saúde de um governo popular e democrático” publicado em 1987 nos Cadernos de Saúde Pública pelo autor Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior, explicita que: “(...) quanto maior e mais enraizada for a consciência da população de que saúde é bem-estar e que o bem-estar é decorrência da satisfação de necessidades básicas do indivíduo e de proteção do ambiente, estando, inseparavelmente, interligada à educação, à habitação, aos transportes, ao vestuário, à higiene do ambiente, à política salarial e a outras necessidades individuais e sociais, tanto mais a sanidade e o sistema de saúde serão objeto de reivindicações e de propostas políticas concretizáveis”.

Por sua vez, a presente obra planejada em três volumes pela Atena Editora, contempla 68 textos entre artigos técnicos e científicos elaborados por pesquisadores de Instituições de Ensino públicas e privadas de todo o Brasil. Indo ao encontro da indissociabilidade entre os contextos aqui abordados, a organização deste e-book foi implementada de modo a possibilitar que todos os volumes abordassem todas as temáticas de seu título: “Ciências da Saúde: Influências Sociais, Políticas, Institucionais e Ideológicas”.

Espera-se que o conteúdo aqui disponibilizado possa subsidiar o desenvolvimento de novos estudos contribuindo para o interesse da ciência nacional acerca das políticas públicas e de seus respectivos impactos na área da saúde. Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A EQUIPE DE ENFERMAGEM E SEUS CONHECIMENTOS DE TERAPIA INTENSIVA NA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM CRIANÇAS

Elenito Bitencorth Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5212108071>

CAPÍTULO 2..... 19

ABORTAMENTO E AUTONOMIA FEMININA: O QUE DIZEM OS RELIGIOSOS?

Christiane dos Santos de Carvalho

Daniel Ferreira dos Santos

Adriana Crispim de Freitas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5212108072>

CAPÍTULO 3..... 28

BRIÓFITAS E O POTENCIAL USO NA FITOTERAPIA

Thalita Caroline Passos Hauari

Amanda de Araujo Mileski

Daniela Cristina Imig

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5212108073>

CAPÍTULO 4..... 32

CARACTERÍSTICAS DAS PESSOAS IDOSAS EM LISTA DE ESPERA PARA INSTITUCIONALIZAÇÃO

Andrea Mendes Araújo

Ângelo José Gonçalves Bós

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5212108074>

CAPÍTULO 5..... 44

CONTRIBUIÇÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A INFLUENZA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Miria Elisabete Bairros de Camargo

Maria Renita Burg

Mariana Brandalise

Estela Schiavini Wazenkeski

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5212108075>

CAPÍTULO 6..... 55

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Julia Esteves de Moraes

Lucas Almeida Moreira

Raquel Sena Pontes Grapiuna

Bianca Tavares Emerich

Bruna Aurich Kunzendorff

Karina Gomes Martins

Lara Alves Paiva
Lara Morello de Paulo
Lívia Duarte Souza
Lucas Machado Hott
Rafaela Alves Teixeira
Jadilson Wagner Silva do Carmo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5212108076>

CAPÍTULO 7..... 66

EPISTEMOLOGIA DA ECONOMIA DA SAÚDE

Glauciano Joaquim de Melo Júnior
Diego de Melo Lima
Flávio Renato Barros da Guarda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5212108077>

CAPÍTULO 8..... 74

EXCESSO DE PESO E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES ADULTAS DE UMA CAPITAL DA REGIÃO CENTRO-OESTE: UMA ANÁLISE HIERÁRQUICA

Gabriela Dalcin Durante
Lenir Vaz Guimarães
Neuber José Segri
Maria Silvia Amicucci Soares Martins
Luciana Graziela de Oliveira Boiça

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5212108078>

CAPÍTULO 9..... 90

GRUPO DE CUIDADO E ATENÇÃO À SAÚDE DOS PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA: UMA PROPOSTA MULTIDISCIPLINAR

Bruna Maciel Catarino
Luciano Palmeiro Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5212108079>

CAPÍTULO 10..... 95

MICROBIOTA FÚNGICA DE CONDICIONADORES DE AR RESIDENCIAIS NO MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO, RIO DE JANEIRO, BRASIL

Antonio Neres Norberg
Paulo Roberto Blanco Moreira Norberg
Paulo Cesar Ribeiro
Fabiano Guerra Sanches
Fernanda Castro Manhães
Bianca Magnelli Mangiavacchi
Nadir Francisca Sant'Anna

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.52121080710>

CAPÍTULO 11..... 103

O SIGNIFICADO DA VISITA PUERPERAL PARA OS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA

SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA CIDADE DO SUL DE MINAS GERAIS

Maria Thamires Maia da Costa

Mirian Silva Inácio

Jerusa Gomes Vasconcellos Haddad

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.52121080711>

CAPÍTULO 12..... 111

ÓBITOS E IMUNIZAÇÃO: ANÁLISES DOS ÓBITOS E DA COBERTURA VACINAL CONTRA GRIPE NAS REGIÕES BRASILEIRAS ENTRE OS ANOS DE 2007 A 2017

Luís Roberto da Silva

Isabel de Jesus Brandão Barreto

Isadora Sabrina Ferreira dos Santos

Aline Evelin Santino da Silva

Laís Eduarda Silva de Arruda

José Thiago de Lima Silva

Maria Grazielle Gonçalves Silva

Ricardo José Ferreira

Emília Carolle de Azevedo Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.52121080712>

CAPÍTULO 13..... 125

OCORRÊNCIA DE *ESCHERICHIA COLI* E *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* EM QUEIJOS MINAS FRESCAL ARTESANAIS PRODUZIDOS NA ZONA RURAL DA BAIXADA FLUMINENSE, ESTADO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL

Antonio Neres Norberg

Paulo Roberto Blanco Moreira Norberg

Paulo Cesar Ribeiro

Fabiano Guerra Sanches

Edyala Oliveira Brandão Veiga

Bianca Magnelli Mangiavacchi

Nadir Francisca Sant'Anna

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.52121080713>

CAPÍTULO 14..... 136

PÊNFIGO FOLIÁCEO ENDÊMICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LUPUS BOLHOSO

Caroline Graça de Paiva

Juliana Saboia Fontenele e Silva

Caroline Rehem Eça Gomes

Alanna Ferreira Alves

Aline Garcia Islabão

Marne Rodrigues Pereira Almeida

Maria Custodia Machado Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.52121080714>

CAPÍTULO 15..... 141

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL EM UM MUNICÍPIO

DA BAIXADA MARANHENSE, NORDESTE BRASILEIRO - 2010 A 2020

Ednolia Costa Moreira
Elainy Pereira Ribeiro
Joelmara Furtado dos Santos Pereira
Laice Brito de Oliveira
Julieta Carvalho Rocha
Francisca Patrícia Silva Pitombeira
Thainnária Dhielly Fonseca Nogueira
Marcos Viegas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.52121080715>

CAPÍTULO 16..... 151

PREVALÊNCIA E ALTERAÇÕES ECOGRÁFICAS COMPATÍVEIS COM ESTEATOSE HEPÁTICA EM PACIENTES ENCAMINHADOS PARA EXAME DE ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMINAL EM ARACAJU, SE

Josilda Ferreira Cruz
Mário Augusto Ferreira Cruz
José Machado Neto
Demetrius Silva de Santana
Cristiane Costa da Cunha Oliveira
Victor Fernando Costa Macedo Noronha
Sônia Oliveira Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.52121080716>

CAPÍTULO 17..... 162

RASTREAMENTO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA ATENÇÃO BÁSICA

Huanna Raíssa de Medeiros Fernandes
João de Deus de Araújo Filho
Uly Nayane Epifânio Carneiro
Cristyanne Samara Miranda Holanda da Nóbrega
Dulcian Medeiros de Azevedo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.52121080717>

CAPÍTULO 18..... 175

REFLEXOS DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA FORMAÇÃO DO MÉDICO: RELATÓRIO SOBRE O PROJETO SOCIAL *TIO BARROS*

Milena Christine Krol do Nascimento
Mário Augusto Cray da Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.52121080718>

CAPÍTULO 19..... 179

RELATO DE CASO: SEPTO VAGINAL COMPLETO

Tálitha Pastana de Sousa Marinho
Everton Margalho Marinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.52121080719>

CAPÍTULO 20..... 184

**SEGURANÇA DO PACIENTE NA VISÃO DOS ACADEMICOS DE ENFERMAGEM –
REVISÃO DA LITERATURA**

Naiane Melise dos Santos Souza
Samuel Lucas dos Santos Souza
Regina Célia de Oliveira Martins Nunes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.52121080720>

CAPÍTULO 21..... 195

**TAMPONAMENTO CARDÍACO AO DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO
SISTÊMICO JUVENIL - RELATO DE TRÊS CASOS**

Caroline Graça de Paiva
Alanna Ferreira Alves
Caroline Rehem Eça Gomes
Marne Rodrigues Pereira Almeida
Aline Garcia Islabão
Maria Custodia Machado Ribeiro
Simone Oliveira Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.52121080721>

CAPÍTULO 22..... 198

**VALOR DOS SERVIÇOS HOSPITALARES COM INTERNAÇÃO DE IDOSOS POR
DOENÇAS DEGENERATIVAS DE DISCO EM REGIÕES BRASILEIRAS NOS ÚLTIMOS
10 ANOS**

Meyling Belchior de Sá Menezes
Bárbara Loeser Faro
Danilo Brito Nogueira
Isabela Santos Gois
João Victor de Andrade Carvalho
Juliana Monroy Leite
Larissa Sá dos Santos
Luíza Brito Nogueira
Nicole Santiago Leite
Tatiana Martins Araújo Ribeiro
Viviane Garcia Moreno de Oliveira
Denison Santos Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.52121080722>

CAPÍTULO 23..... 204

**IMPULSO INICIAL NA CONSTRUÇÃO DA VISIBILIDADE SOCIAL DO AUTISMO: UMA
BREVE HISTÓRIA ATÉ O INÍCIO DOS ANOS 2000**

Marisol dos Santos
Leila Veronica da Costa Albuquerque
Ana Cristina Holanda de Souza
Gislei Frota Aragão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.52121080723>

SOBRE O ORGANIZADOR.....	216
ÍNDICE REMISSIVO.....	217

CAPÍTULO 1

A EQUIPE DE ENFERMAGEM E SEUS CONHECIMENTOS DE TERAPIA INTENSIVA NA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM CRIANÇAS

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 19/04/2021

Elenito Bitencorth Santos

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Jequié – Bahia, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-4586-1667>
<http://lattes.cnpq.br/5827291269780480>

RESUMO: Objetivo: avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem em relação à técnica de Reanimação Cardiopulmonar e medicações utilizadas em crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Geral de Vitória da Conquista, Bahia. **Métodos:** quanto à natureza a pesquisa é quantitativa descritiva com paradigma positivista, sendo, quanto aos procedimentos técnicos uma pesquisa de campo participante, visando alcançar os objetivos propostos através de estatísticas obtidas pelos questionários. **Resultados:** os dados estabeleceram o perfil da população estudada; identificação da Parada Cardiopulmonar; os conhecimentos técnico-científicos dos profissionais: manobras e uso de medicações relevantes na parada cardiorrespiratória; a periodicidade dos treinamentos de Reanimação Cardiopulmonar, onde, dos 25 profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, 20% foram treinados após a admissão e 36% não receberam treinamento, tendo que aprender o serviço no cotidiano ao exercer suas funções. A equipe pesquisada

consegue perceber com êxito a insuficiência respiratória no menor, porém, ao tentar identificar uma parada cardiopulmonar não conseguiram demonstrar seu conhecimento técnico-científico satisfatoriamente, pois revelam respostas incompletas relacionadas a todos os sinais e sintomas do seu início. Um ponto importante a ser trabalhado nos funcionários em questão seria o uso das drogas, direcionando para causa/efeito no organismo da criança com parada cardiorrespiratória. **Conclusão:** a metodologia utilizada permitiu conhecer a dificuldade enfrentada pela equipe de enfermagem no seu setor de trabalho devido à quantidade reduzida de treinamento e atualização adequada. Um ponto importante a ser trabalhado nos funcionários em questão seria o uso das drogas, direcionando para causa/efeito no organismo da criança com parada cardiorrespiratória.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Atuação. Parada. Reanimação cardiorrespiratória. Criança.

THE NURSING TEAM AND THEIR KNOWLEDGE OF INTENSIVE CARE IN CARDIOPULMONARY RESUSCITATION IN CHILDREN

ABSTRACT: Objective: To assess the knowledge of nursing staff in relation to the technique of cardiopulmonary resuscitation and medications used in children admitted to the Pediatric Intensive Care Unit of the Hospital General de Vitoria da Conquista, Bahia. **Methods:** in terms of nature the research is quantitative descriptive with positivist paradigm, being, as far as the technical procedures, a

participatory field research, aiming to reach the proposed objectives through statistics obtained by the questionnaires. **Results:** the data established the profile of the population studied; identification of Cardiopulmonary arrest; the technical and scientific knowledge of the professionals: maneuvers and use of relevant medications in cardiac arrest; the frequency of training Cardiopulmonary Resuscitation, where 25 nurses of the Pediatric Intensive Care Unit, 20% were trained after admission and 36% had not received training, having to learn the service in daily life to perform their functions. The team searched can realize successfully respiratory failure in smaller, however, when trying to identify a cardiopulmonary arrest failed to demonstrate its technical and scientific knowledge satisfactorily, they show incomplete answers related to all the signs and symptoms of initiation. An important point to be worked on employees in question would be the use of drugs, driving for cause/effect on the child's body with cardiac arrest. **Conclusion:** the methodology helped identify the difficulties faced by the nursing staff in their work sector due to the reduced amount of training and appropriate update. An important point to be worked on employees in question would be the use of drugs, driving for cause/effect on the child's body with cardiac arrest.

KEYWORDS: Nursing. Performance. Parade. Cardiopulmonary Resuscitation. Child.

INTRODUÇÃO

Com base bibliográficas sabe-se que, “a Terapia Intensiva Pediátrica surgiu nos Estados Unidos da América (EUA) no final dos anos 60. No Brasil, os primeiros Centros de Terapia Intensiva Pediátrica (CTIP) surgiram na década de 70” (STAPE et al., 2009, p. 1).

Apesar de ofertar cuidados especializados, a mortalidade só foi impactada, após atingir grandes avanços tecnológicos com o melhor aperfeiçoamento do conhecimento técnico da equipe multiprofissional a partir da década de 90. Onde, a admissão de um paciente na terapia intensiva pediátrica segue critérios que se relacionam com o tema proposto para a pesquisa científica que será posteriormente estudada. Esse internamento será feito por triagem médica de pacientes agudos graves ou sem doença de base agudizada, instáveis, com disfunção de um ou mais órgãos, que necessitem de suporte ventilatório, cardiocirculatório (medicamentos vasoativos), neurológico, metabólico ou de métodos dialíticos (STAPE et. al., 2009, p. 1-2).

Devido a essas complicações, têm-se observado a Parada Cardiopulmonar em crianças no momento do internamento, ou ainda, no decorrer de sua estadia na UTIP,¹ o qual exige da equipe multiprofissional “competência, habilidade e destreza; disponibilidade para cuidar de clientes críticos; preparação para luta diária com a vida e com a morte; preparação para adaptar-se aos ruídos dos aparelhos; conhecimento técnico e científico” (FIGUEIREDO, SILVA, SILVA, 2009, p. 3).

No entanto, tal competência, habilidade e destreza adquiridas por profissionais de saúde são consequências de um bom treinamento, perene e ininterrupto com disposição para a aprendizagem das técnicas científicas que envolvem a parada e reanimação

¹ Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

cardiopulmonar em crianças, possibilitando assim, ao profissional, o agir imediato quando os sinais e sintomas da PCR são perceptíveis em decorrência do alto nível de conhecimento. O que significa dizer que: “A parada cardiorrespiratória é uma situação caracterizada por inconsciência, com ausência de resposta a estímulos, apnéia e ausência de pulsos palpáveis” (OLIVEIRA, 2005, p. 223).

A PCR é a “cessação abrupta das funções cardíacas, respiratória e cerebral, podendo ser comprovada pela ausência do pulso central (carotídeo ou femoral), de movimentos respiratórios (apnéia), além do estado de consciência alterado” (GRASSIA, 2007, p. 495).

Com base no levantamento destes dados, surgiu um questionamento, impulsionando assim, a realização de um estudo de pesquisa, sendo ele: “Qual seria a conduta inicial da equipe de enfermagem (técnicos e enfermeiros), frente a uma Parada Cardiorrespiratória (PCR) na UTIP do Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC)?” Indagação essa, que levou um delineamento de um tema proposto: Parada e Reanimação Cardiorrespiratória em Crianças: atuação da equipe de enfermagem da UTIP em hospital estadual de Vitória da Conquista - BA.

Na assistência à crianças em estado crítico deve ser priorizada, pois...

...uma reanimação cardiopulmonar com técnicas corretas consegue um sucesso inicial (...), em dois terços das crianças reanimadas. Dessas, um terço estarão vivas 24 horas depois, mas apenas 15-20 % das crianças que tiveram uma parada cardíaca em ambiente hospitalar, estarão vivas em um ano depois do evento. Desses sobreviventes, a maioria apresentará seqüelas significativas (OLIVEIRA, 2005, p. 223).

Esses resultados frustrantes demonstram que é melhor identificar os pacientes sob risco de uma parada cardíaca do que ter que reanimar uma criança (OLIVEIRA, 2005, p. 223). Com isso, se estabeleceu o objetivo geral para “Avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem em relação à técnica de RCP e medicações utilizadas em crianças internadas na UTIP de um hospital público da Bahia”. Tendo como objetivos específicos: identificar os métodos realizados dentro da UTIP para constatar o início da PCR; examinar o conhecimento técnico-científico a respeito do cuidado intensivo pediátrico no momento da PCR (manobras e quais medicações são usadas na parada); investigar a periodicidade dos treinamentos de RCP, uso e efeito das medicações administradas.

O estudo testará as seguintes hipóteses:

- A identificação dos sinais e sintomas de uma PCR é primeiramente evidenciada pelos profissionais de enfermagem, fato esse, associado à proximidade da categoria ao paciente da UTIP.
- O stress da equipe de enfermagem está relacionado ao confinamento na unidade e a longas jornadas de trabalho, dificultando assim, o relacionamento interpessoal e a ineficácia do exercício profissional diante de uma PCR.
- A administração mecânica das medicações, sem o devido conhecimento de

causa/efeito sobre o paciente, e a falta de treinamento regular das manobras de RCP têm tornado os profissionais inseguros.

Antecedentes Históricos: Parada e Reanimação Cardiorrespiratória em Crianças – Atuação da enfermagem

Alguns Historiadores bíblicos chegaram a relatar a primeira ressuscitação com registro na Bíblia, onde, o profeta Eliseu reanimou o filho da mulher Sunamita (II REIS 4:34). Outro fato histórico revela que, em 1930, Paracelsus usou “foles de lareira para insuflar os pulmões de indivíduos aparentemente mortos” (PAVELQUEIRES, S. et al. 2006, p. 242). Outros rituais e técnicas foram desenvolvidos para insuflar os pulmões, na tentativa de socorrer o paciente com evidências de PCP.

Está provado cientificamente que parada súbita em criança é rara, antes da PCR, ela apresentará alguns sinais que ajudarão os profissionais a identificarem este evento para evitá-lo, pois:

A parada cardiorrespiratória (PCR) em criança, na maioria das vezes, é o resultado final da deterioração da função respiratória ou choque que leva a hipoxemia e à acidose progressiva, com parada cardíaca secundária. Conseqüentemente, o ritmo cardíaco, terminal mais comum, é a bradicardia com progressão para assistolia. A Parada cardíaca primária súbita é evento raro em pediatria. Essa condição é mais freqüentemente encontrada em adultos e é provocada pelo desenvolvimento de arritmias, fibrilação ventricular e taquicardia ventricular (STAPE et. al., 2009, p. 21).

Assim, a assistolia se caracteriza como “o principal distúrbio do ritmo cardíaco causador da interrupção na circulação sanguínea, podendo seu aparecimento ser conseqüência da falência respiratória (parada respiratória) e/ou circulatória (choque)” (STOPFKUCHEN, 2010, p. 129).

Percebe-se um alto grau de responsabilidade na equipe de enfermagem ao perceber uma PCR em criança, tendo que agir com destreza, raciocínio clínico rápido, objetivo e claro, demonstrando sincronia e sinergismo com os outros membros da equipe, ter maturidade, equilíbrio emocional, flexibilidade e capacidade de adaptação aos eventos presenciados. Relatos descrevem que o índice de sobrevivência de pessoas submetidas à reanimação cardiopulmonar e cerebral se elevou. Assim, iniciando o suporte básico de vida (BLS) nos primeiros 4 min. e o avançado, em até 8 min., para que o cérebro não sofrer danos letais, pois em 10 minutos a morte cerebral será confirmada (KROSGER, et al., 2010, p. 204).

No diagnóstico da parada cardíaca há uma percepção do débito cardíaco ausente ou inefetivo que resulta em ausência de pulsos em grandes artérias que se obtém pela palpação. O mesmo autor, também descreve que:

A circulação artificial é realizada por meio da compressão torácica que deve ser indicada na ausência do pulso central ou na bradicardia ($FC < 60/\text{min}$) com hipoperfusão. A técnica para fazer a compressão torácica varia com a

idade da criança, e devem ser seriadas, rítmicas, vigorosas e com mínimos de interrupções: A técnica no lactente (<1 ano) é a de envolvimento do tórax com a colocação dos polegares imediatamente abaixo da linha dos mamilos. Uma alternativa é a utilização de dois dedos sobre o esterno para fazer a compressão. Nas crianças de 1 a 8 anos, o local de compressão também é na região do esterno entre os mamilos. É realizada com a região tenar ou hipotenar de uma das mãos do socorrista, sem colocar os dedos sobre as costelas. Essa técnica exige que a criança esteja sobre uma superfície firme; o socorrista deve estar situado bem acima da criança, mantendo os braços dela esticados durante a compressão. Nas crianças maiores de 8 anos é recomendada técnica semelhante às descritas para adultos, em que o socorrista posiciona uma mão sobre a outra para fazer a compressão (STAPE, et. al., 2009, p. 24-25).

“A classificação do menor, considera-se relevante no atendimento a PCR, sendo feita por idade de neonato (até 28 dias), bebês (<1 ano) e crianças (de 1 ano até a puberdade)” (PAVELQUEIRES, S. et. al. 2006, p. 200).

Evidencia-se nas pesquisas em enfermagem uma preocupação dos enfermeiros em uniformizar a linguagem pela construção de uma classificação única de enfermagem (...) classificar significa uma linguagem que possa descrever os julgamentos clínicos pelos quais os enfermeiros são responsáveis. Segundo Gordon (1998), já na Bíblia existe alusões às classificações, no livro de Gênesis (...) (CHIACA, 2008 apud Tannure e Pinheiro, 2010, p. 207).

Na realização das manobras em crianças são prudentes os profissionais que utilizam a classificação por idade e ao mesmo tempo, algumas técnicas para uma boa eficácia no procedimento realizado, onde, na manutenção das vias aéreas pérvias e na respiração em bebês, deve-se, inclinar a cabeça (chin lift) e elevar o mento (jaw thrust), em caso de trauma não inclinar a cabeça, devem receber duas ventilações por 1 segundo (cada ventilação), mantendo um padrão de 12-20 ipm na ausência de pulso. Após a via aérea avançada, manter a ventilação de 6-10 ipm (PAVELQUEIRES, S. et. al. 2006, p. 209).

Assim, a técnica em crianças deve ser pela inclinação da cabeça e elevação do mento (no trauma, use o jaw thrust), sendo ofertadas duas ventilações por 1 segundo cada, mantendo um padrão de 10-12 ipm na ausência de pulso. Após a via aérea avançada manter a velocidade de 8-10 ipm. Ao se tratar da pesquisa de sinais da circulação, área, posicionamento das mãos e profundidade das compressões em bebês serão analisados os pulsos: Braquial e femoral, na ausência, envolver o tórax do bebê com as mãos e pressionar o esterno, imediatamente abaixo da linha mamilar com 2 dedos, com profundidade de 1,5 a 2,5 cm. Já em crianças os pulsos aferidos serão: Carotídeo e femoral, na ausência, com os braços eretos a 90°, posicionar a região hipotenar de uma das mãos sobre o esterno da criança envolvida pela outra mão, comprimindo a uma profundidade de 2,5 a 3,5 cm, com uma seleção de compressão/ventilação de 30:2 (um profissional) e 15:2 (dois profissionais) (PAVELQUEIRES, S. et. al. 2006, p. 209).

No bebê a relação entre a compressão e ventilação é a mesma que em crianças. O

DEA (desfibrilador elétrico automático) está indicado após cinco ciclos de RCP em caso de parada não presenciada e precocemente em caso de colapso súbito presenciado. As pás devem ser adequadas para o tamanho da vítima. A carga elétrica inicial é de 2 J/kg e de 4 J/kg a partir do segundo choque (PAVELQUEIRES, S. et. al. 2006, p. 209).

Para a utilização do desfibrilador elétrico é preciso entender que:

A desfibrilação é a despolarização assíncrona de uma massa crítica de células miocárdicas e esta indicada nos casos de parada cardíaca em que há risco de colapso e fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso. A desfibrilação não é efetiva na assistolia, na atividade elétrica sem pulso e na bradicardia (STAPE, et. al., 2009, p. 31).

Tannure e Pinheiro chegam à conclusão de que “a realização de um plano individualizado é uma ferramenta eficiente que facilita a identificação de situações de riscos e contribuição para a qualidade e melhoria dos cuidados prestados” (TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M., 2010, p. 220).

Farmacoterapia - As medicações mais usadas na PCR

“As medicações mais usadas na PCR são: Epinefrina; Bicarbonato de Sódio; Cálcio; Magnésio; Glicose; Atropina; Vasopressina; Amiodarona e Lidocaína.” Sendo que a:

Epinefrina: trata-se de catecolamina endógena com ação estimulante nos receptores α e β ; a ação α é a mais importante durante a parada cardíaca por causar vasoconstrição e restaurar a pressão diastólica da aorta, proporcionando assim melhor perfusão miocárdica e cerebral. Deve ser administrado tão logo seja obtido acesso vascular, e deve ser repetida a cada 3 a 5min durante a RCP.

Bicarbonato de sódio: A prioridade no tratamento da acidose metabólica que ocorre na criança em PCR deve ser a ventilação assistida, a suplementação de oxigênio e a restauração da perfusão por meio das compressões torácica e do uso de epinefrina.

Cálcio: é preconizado quando houver suspeita ou comprovação de hipocalcemia, hiperpotassemia, hipermagnesemia e superdosagem de bloqueadores de canais de cálcio.

Magnésio: a ação do magnésio na hipomagnesemia e torsades de pointes (arritmia relacionada à parada cardíaca) foi confirmada por estudos clínicos.

Glicose: a hipoglicemia pode ocorrer durante episódios de falência cardiorrespiratória nos lactentes jovens e em crianças com doenças crônicas, além disso, como a glicose é o principal substrato para o miocárdio do RN, a hipoglicemia pode levar a grave disfunção cardíaca.

Atropina: é um fármaco parassimpaticolítico que acelera a condução no nó sinoatrial e atrioventricular. Atropina é recomendada no tratamento de bradicardia sintomática causada por bloqueio AV ou aumento da atividade vagal como, por exemplo, durante a intubação.

Vasopressina: é um hormônio que atuam em receptores específicos que causam vasoconstrição sistêmica (...) e reabsorção de água no túbulo renal (...). A vasopressina produz aumento dos fluxos sanguíneos cardíaco

e cerebral em modelos experimentais de parada cardíaca, e, em adultos, a administração de epinefrina mais vasopressina foi associada com maior sobrevida pós-PCR. Entretanto não há dados para avaliar sua eficácia e segurança em crianças e lactentes até o momento.

Amiodarona: é um antiarrítmico lipossolúvel inibidor não-competitivo de receptores alfa e beta-adrenérgicos. É efetiva no tratamento de fibrilação e taquicardia ventricular em adultos e crianças (...).

Lidocaína: é um bloqueador do canal de sódio que suprime arritmias ventriculares (...). Lidocaína pode ser considerada em crianças com FV ou TV sem pulso resistente ao choque elétrico (STAPE, et. al., 2009, p. 27-31).

Diante do exposto acima, percebe-se que para uma melhor reabilitação e sobrevida da criança em PCR, os profissionais de saúde devem ter um conhecimento mais acurado na farmacoterapia do menor em parada cardiopulmonar, onde, faz-se necessário observar o uso correto das vias de acesso para a infusão das medicações, tais como: vias periféricas, acesso intraósseo, tubo orotraqueal, veia central e veia umbilical.

O stress da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Com base em um estudo descritivo realizado por Coronetti que teve como objetivo a investigação do estresse vivenciado pela equipe de enfermagem que atua em Unidade de Terapia Intensiva, o autor, obteve alguns resultados que possibilitaram a identificação dos fatores estressantes, como também, sua manifestação na equipe, tendo o enfermeiro que lidar com essa situação, minimizando ou prevenindo o estresse na UTI. O artigo aponta o stress como sendo um fator negativo que ocasiona prejuízos no desempenho global do indivíduo, seja, no âmbito profissional, social ou ambiental (CORONETTI, et. al., 2006).

A UTI como é um ambiente físico com iluminação e ventilação inadequadas, com barulho excessivo, e que, diversas vezes existe escassez de recursos materiais, também é um local de trabalho fechado que há um contato maior entre os profissionais, um relacionamento, onde, querendo ou não dependem um do outro para melhorar a qualidade da assistência ao paciente crítico, contudo, sabe-se que, uma relação forçada pode desencadear uma comunicação deficiente e privilegiada, trazendo a falta de cooperação, levando a equipe a uma sobrecarga de tarefas no trabalho, tornando o profissional de enfermagem mais lento nas ações emergenciais dentro da UTI, devido ao cansaço. Foram apontadas como principal causa de estresse o relacionamento interpessoal deficitário e a falta de recursos humanos e materiais, levando as seguintes sugestões: melhorar as condições de trabalho, em busca da qualidade de vida, proporcionando mais cooperação dos membros nas atividades, maior participação do enfermeiro no cuidado e nas orientações aos funcionários, distribuir justamente as atividades, respeitando os profissionais, desenvolver um serviço de apoio psicológico (CORONETTI, et. al., 2006).

“Os profissionais que trabalham em UTIP e neonatal, pela especificidade do seu trabalho, estão expostos ao risco do estresse ocupacional (...). Estes dados sugerem a necessidade de serem feitas pesquisas, com o objetivo de desenvolver medidas preventivas

e modelos de intervenção” (Rev Bras Ter Intensiva. 2008; 20 (3) : 261).

Com base nessa problemática, fez-se necessário especular os fatores de risco para desencadeamento do stress dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica para tentar melhorar a assistência à criança grave.

Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP

A American Heart Association de 5 em 5 anos se reúnem para revisar as Diretrizes concernentes a RCP; e neste ano de 2010, envolveu 356 especialistas em ressuscitação em 29 países, que analisaram, discutiram e debateram a pesquisa em ressuscitação em encontros durante 36 meses. Especialistas em planilha produziram 411 revisões de evidências científicas de 277 tópicos em ressuscitação e atendimento cardiovascular de emergência (ACE). Para as Diretrizes da AHA de 2005, a alta qualidade nas compressões torácicas é de suma importância (frequência e profundidade adequada, permitindo retorno total do tórax após cada compressão e com interrupções mínimas nas compressões torácicas), mesmo assim, estudos publicados antes e desde 2005, demonstraram que há necessidade de melhorias nas compressões torácicas continuadas. As Diretrizes de 2010 no entanto, tentam dar conta destas questões, onde a melhoria dos resultados da RCP é primordial (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

As Diretrizes da AHA 2010 para RCP enfatizam a necessidade de uma RCP de alta qualidade com ênfase permanente em Reanimação Cardiopulmonar, incluindo: Frequência de compressões mínima de 100/minuto (em vez de “aproximadamente” 100/minuto, como era antes); profundidade de compressão mínima de 2 polegadas (5 cm), em adultos, e de, no mínimo, um terço do diâmetro anteroposterior do tórax, em bebês e crianças (aproximadamente, 1,5 polegada (4 cm) em bebês e 2 polegadas (5 cm) em crianças); retorno total do tórax após cada compressão; minimização das interrupções nas compressões torácicas; evitar excesso de ventilação (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

Alterações dos principais pontos de discussão das Diretrizes 2010 para RCP

Conforme as Diretrizes da AHA 2010 para RCP em pediatria, não serão mais realizadas as ventilações de resgate para não retardar as compressões torácicas e minimizar o atraso das ventilações, pois foi constatado que quando o profissional de saúde tem dúvidas quanto a A-B-C (via aérea, respiração, compressões torácicas), eles não conseguem fazer nada para socorrer a vítima pediátrica acometida de PCR, mas com a mudança de A-B-C para C-A-B (compressões torácicas, via aérea, respiração), foi adotado com a esperança de aumentar a chance de que pessoas presentes executem a RCP em crianças e bebês, onde, teoricamente, a nova sequência deve retardar as ventilações de resgate em apenas 18 segundos (o tempo necessário para aplicar 30 compressões) ou menos (com 2 socorristas). Segundo alguns dados recentes, compressões torácicas eficazes, exigem a aplicação de força, então, recomenda-se a profundidade de 1 ½ polegada

(4 cm) para a maioria dos bebês e cerca de 2 polegadas (5 cm) para a maioria das crianças. Ainda menciona que foi eliminado o procedimento “**ver, ouvir e sentir se há respiração**” da sequencia da avaliação da respiração após a liberação da via aérea, pois se perdia muito tempo, e outra, não se libera mais a via aérea primeiro, e sim comprime o tórax com força, com rapidez, que no caso será executado só o bebê ou criança não responder as solicitações e não estiver respirando ou apenas em gasping, sendo indicado o início das compressões com a sequencia C-A-B. Os profissionais devem tentar sentir o pulso por 10 segundos (braquial, em bebês, e carotídeo ou femoral, em crianças), se não conseguir, pois na emergência/urgência a detecção do pulso não é muito confiável, será necessário observar, se a criança ou bebê não responde ou não respira ou se encontra em gasping e em seguida pode começar a RCP pelas compressões torácicas, onde, será 30:2 para um socorrista de crianças e bebês; e 15:2 para dois socorristas, tendo que fazer ventilação de resgate em aproximadamente, 1 segundo. Quando houver uma via aérea avançada, as compressões torácicas não podem ser interrompidas para alternar com as ventilações, tem que ser contínuas (a uma frequência mínima de 100/minuto) e uma ventilação a cada 6 a 8 segundos (cerca de 8 a 10 ventilações por minuto), evitando ventilações excessivas (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

Como desfibrilador é preferível usar um manual a um DEA/DAE para desfibrilação em pediatria. Se não houver um desfibrilador manual disponível, utilizar um DEA/DAE equipado com um atenuador de carga pediátrica. É recomendável o uso de uma carga de 2 a 4 J/Kg para desfibrilar; mas pode-se usar uma carga inicial de 2 J/Kg e em seguida ir aumentando a carga, com cargas subseqüentes de no mínimo, 4 J/Kg, sendo considerado níveis de energia mais alta desde que não exceda a 10 J/Kg ou a carga mínima adulta (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

A fim de limitar o risco de hiperoxemia, foi adicionada uma nova recomendação de titular o oxigênio inspirado (quando houver equipamento apropriado disponível), após o retorno da circulação espontânea, manter uma saturação de oxi-hemoglobina $\geq 94\%$ mas $< 100\%$ (entre 94% e 99%). Não se recomenda a administração de rotina do cálcio na PCR pediátrica na ausência de hipocalcemia, overdose documentada de bloqueador dos canais de cálcio, hipermagnesemia ou hipercalemia, sendo que sua administração de rotina nas crianças com PCR não produz benefícios e pode ser nociva (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

METODOLOGIA

O cenário de estudo dessa pesquisa, foi a UTI Pediátrica do Hospital Geral de um hospital público de Vitória da Conquista-Bahia. A equipe da UTIP é composta por profissionais do nível técnico e superior, sendo, uma equipe multiprofissional de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos em enfermagem, mas a categoria de interesse para

o estudo será a equipe de enfermagem atuante na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do HGVC, tendo uma população de 32 funcionários. Equipe essa, escolhida com o intuito de avaliar a atuação da enfermagem frente a um PCR em crianças. Dentre estes, vinte e quatro (24) são técnicos em enfermagem e oito (8) são enfermeiros. Da população, apenas 25 responderam ao questionário.

Este estudo tem como base uma pesquisa quantitativa descritiva com paradigma positivista, tendo, como relevância o estudo da população adscrita na área da enfermagem, sendo quanto aos procedimentos técnicos uma pesquisa de campo participante, visando alcançar os objetivos que foram propostos. O paradigma positivista, onde, acredita-se que “os fenômenos não são eventos casuais ou aleatórios, mas têm causas antecedentes. (...) os positivistas tendem a ser tão objetivos quanto possível em busca do conhecimento” (POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P., 2004, p. 27-28).

Para analisar a atuação da enfermagem frente a uma PCR em crianças menores de 14 anos, foram distribuídos questionários estruturados para todos os profissionais de enfermagem do serviço da UTI Pediátrica do Hospital Geral de Vitória da Conquista, onde, foram coletadas as informações relacionadas ao perfil do sujeito da pesquisa; às técnicas usadas para detecção de uma PCR; examinar se a enfermagem conhece a causa/efeito das drogas sobre os pacientes com PCR e investigar a periodicidade dos treinamentos em RCP.

Após aplicação do questionário para os profissionais de enfermagem do serviço da UTIP do Hospital Regional de Vitória da Conquista/Ba, foi realizado a tabulação dos dados consolidando e agrupando-os por questões:

- Figura 1 e 2 - foi traçado o perfil do sujeito da pesquisa;
- Figura 3 - identificado se houve treinamento recebido pelos sujeitos da pesquisa em RCP e se eles participaram;
- Figura 4 - percentual da categoria que identifica primeiro uma PCR por parte dos sujeitos da pesquisa;
- Tabela 1 e 2 - conhecimento dos sujeitos a respeito da pesquisa.

Após a tabulação dos dados, os mesmos foram apresentados em forma de figuras, tabelas e de forma descritiva.

Buscando o cumprimento dos direitos e deveres relativos à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado frente à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 1996), a qual incorpora todas as disposições sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa contendo seres humanos e os quatro princípios básicos da bioética, que são a autonomia, a não maledicência e a justiça. Todos os indivíduos envolvidos foram esclarecidos a respeito dos objetivos da pesquisa, da garantia do seu anonimato, sigilo, respeito, intimidade, privacidade e liberdade de declinar de sua participação no momento que desejar, com orientações sobre disponibilidade de desistência

na participação da pesquisa em qualquer uma de fases, sem qualquer prejuízo para a parte desistente.

Vale ainda ressaltar que a pesquisa foi avaliada e aceita pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Bahia (CEP/UESB-BA), assim como, a instituição - Hospital Público de Vitória da Conquista/Ba e a população adscrita para a pesquisa (equipe de enfermagem da UTIP), consentiram previamente sua participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após elaboração dos questionários estruturados, no mês de Março de 2013, os mesmos, foram entregues para todos os profissionais de enfermagem do serviço da UTI Pediátrica do Hospital geral de Vitória da Conquista/Ba, exceto os pesquisadores para evitar viés na pesquisa; no total da população de 32 funcionários da equipe de enfermagem, somente 25 responderam o questionário, 04 (16%) enfermeiros e 21 (84%) técnicos em enfermagem, sendo que, houve resistência por parte de alguns que não responderam as questões, uns devido à falta de tempo e outros por estarem de férias e/ou atestado médico, obtendo assim, uma porcentagem de 78% de respostas da população adscrita.

Foram coletadas as informações relacionadas às técnicas usadas para detecção de uma PCP; quais quesitos são empregados pela enfermagem para examinar a causa/efeito das drogas sobre os pacientes com PCR, analisando assim, tal conhecimento dos profissionais sobre o assunto abordado, como também, a investigação se deu, levando em consideração a periodicidade dos treinamentos em RCP. Ao tabular os dados do questionário aplicado aos vinte e cinco (25) funcionários da equipe de enfermagem, foi necessário fazer menção dos resultados obtidos baseados nos objetivos gerais, específicos e hipóteses levantadas.

A UTIP do Hospital Geral de Vitória da Conquista/Ba, foi fundada no dia 22/12/2003, atuante há 8 anos na região, onde, apenas 4 (16%) dos funcionários, permanecem no setor em pesquisa por mais de 5 anos, mas a grande maioria totalizando (48%) da equipe de enfermagem atuam na Unidade de Terapia Intensiva entre 1 e 2 anos, (32%) tem prestado serviço entre 2 e 5 anos e (4%) trabalha na UTIP há menos de 1 ano. Este dado nos mostra uma grande rotatividade de funcionários no setor, implicando em uma equipe com pouca vivência e conseqüentemente podendo apresentar menor prática em situações de urgência e emergência. Este demonstrativo está exposto no gráfico 1 logo abaixo.

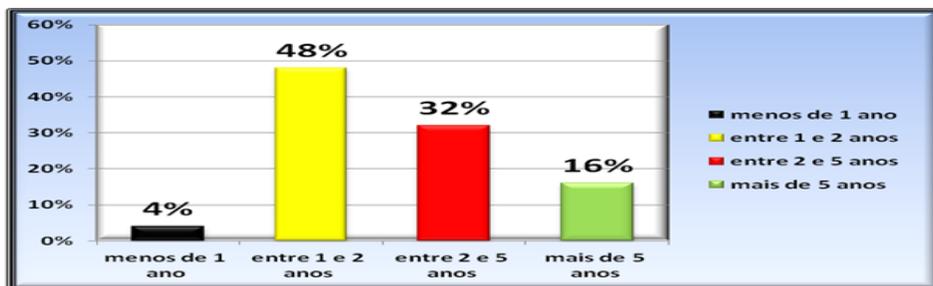


GRÁFICO 1 – Percentual do tempo de serviço dos funcionários que atuam na UTIP do Hospital Público de Vitória da Conquista/Ba, 2011.

Em relação à faixa etária da população estudada, (48%) estão entre 25 e 35 anos e outros (48%) entre 35 e 45 anos, restando apenas (4%) que estão acima de 45 anos, o gráfico 2, revela que os profissionais de saúde em questão, são adultos jovens, possuindo uma idade ideal para o bom desenvolvimento de suas atividades cotidianas com maturidade e vigor, próprios da equipe que se propõe a exercer o cargo dentro de um setor de alta complexidade como este. Desse, 15 (60%) tiveram aula, curso e/ou treinamento sobre Parada e Reanimação Cardiopulmonar pediátrica no setor ou na instituição em que trabalha, os outros 9 (36%) restante, declara nunca ter recebido aula, curso ou treinamento, ficando 1 (4%) sem responder a questão.

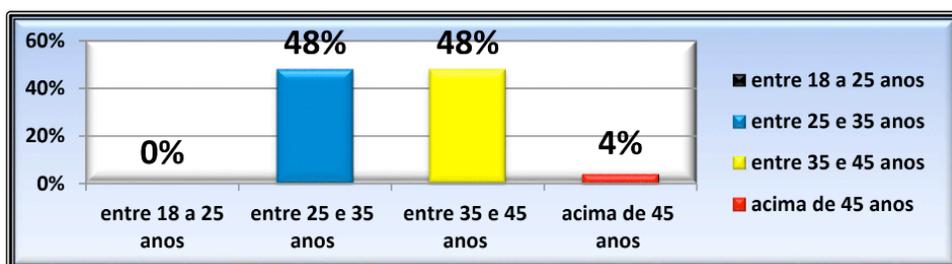


Figura 2 – Percentual da faixa etária dos profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do município de Vitória da Conquista, estado da Bahia, Brasil, 2011.

Prosseguindo com a pesquisa e levando em consideração a regulamentação das práticas de RCP, percebe-se que o ideal de treinamento para o profissional que atua em UTI's deveria ser aquele realizado antes de sua admissão no setor e durante sua permanência, intensificado por posteriores treinamentos em exercício (educação continuada). Porém, o gráfico 3 do estudo revela que 4 (16%) dos profissionais de enfermagem receberam aula, curso e/ou treinamento ao ser admitidos, 1 (4%) receberam ao ser admitido na UTIP e mais uma vez, 3 (12%) foram treinados ao ser admitido e mais duas vezes após, 2 (8%) foram treinados ao ser admitido e três ou mais vezes, 5 (20%) foram treinados após o período de

admissão e os 9 restantes (36%) referem ter aprendido o serviço no cotidiano ao exercer as suas funções, por fim, 1 funcionário (4%) não respondeu, o que torna o serviço deficitário a respeito da atualização em procedimentos avançados para suprir a necessidade de novas técnicas relacionadas às mudanças que podem ocorrer na própria unidade de trabalho.

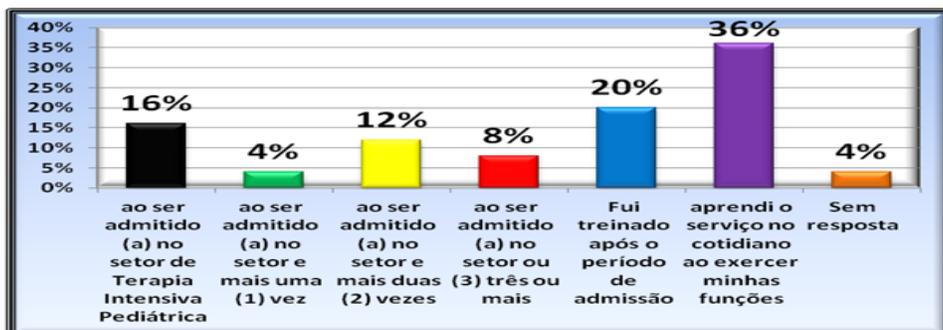


GRÁFICO 3 – Percentual da frequência de aula, curso e/ou treinamento de Parada e Reanimação Cardiopulmonar recebido pelos funcionários da UTIP de Vitória da Conquista/Ba, 2011.

O gráfico acima descreve a quantidade de profissionais que atuam na UTIP sem treinamento específico (36%), o que seria um grande número, demonstrando assim, uma incapacidade para atuarem neste setor de cuidados avançados e complexos, visto que a UTIP exige habilidades específicas, adquiridas apenas por meio de cursos e treinamentos adequados, pois segundo Laroque (2007), acredita-se que um processo educativo que permita a inclusão permanente de profissionais de saúde no processo ensino-aprendizagem em Ressuscitação Cardiopulmonar e primeiros socorros, vem a ser um caminho viável para a melhoria do atendimento às vítimas, contribuindo assim, para melhores possibilidades de sobrevivência e diminuição das sequelas graves de incapacitação.

A dupla jornada de serviço pode piorar ainda mais as condições estressantes do trabalho (stress ocupacional), a maioria dos profissionais de enfermagem da UTIP desse hospital público afirmaram possuir 2 (72%) empregos para garantir sua subsistência, ocasionando assim, uma sobrecarga de trabalho e pouca qualidade de vida para os funcionários, podendo levar ao desinteresse funcional.

A grande maioria da equipe de enfermagem reconhece através dos resultados da pesquisa representados logo abaixo no gráfico 4, que a equipe que primeiro identifica uma Parada Cardiorrespiratória em crianças é a de enfermagem com 96%, sendo apenas 4% que afirma ser a equipe médica a perceber primeiro a PCR pediátrica. Isso se dá pela alta proximidade dessa equipe ao paciente hospitalizado, levando o mesmo a perceber com precisão, as intercorrências que envolvem o menor.

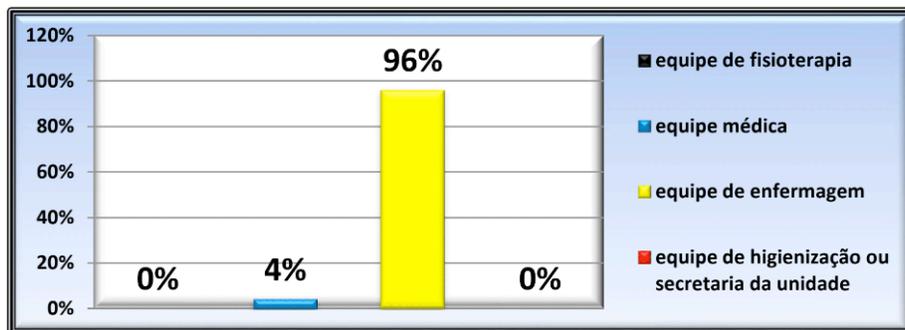


Figura 4 – Percentual da categoria que identifica primeiro uma Parada Cardiopulmonar em criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do município de Vitória da Conquista, estado da Bahia, Brasil, 2011.

Ao analisar a tabela 1, representada abaixo, observa-se que a equipe de enfermagem acertou mais as questões: a – b – c – e, obtendo na letra a – 21 (84%); b – 18 (72%); c – 18 (72%); e – 19 (76%), sendo que as questões, onde, prevaleceram os erros foram as de letra: d – 13 (52%); f – 10 (40%); g – 14 (56%). Se fôssemos acrescentar as pessoas pesquisadas que deixaram de responder por falta de conhecimento, esse total de erros sobe para: d – 15 (79%); f – 16 (80%); g – 17 (81%). Demonstraram assim, que a percentagem maior foi de acertos, porém, tiveram dificuldades relacionadas às questões que deram destaque as novas Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP, onde houve algumas mudanças concernentes à prestação de cuidados iminentes na PCR em pediatria.

Assinale F (falso) ou V (verdadeiro) e a alternativa que contém a sequencia CORRETA referente à Reanimação Cardiopulmonar em Criança:

Questão	Resposta	Acertos	Erros	Sem resposta
a) Não é necessário uma superfície rígida de apoio para o dorso da criança, durante a massagem cardíaca.	F	21 (84%)	4 (16%)	0 (0%)
b) Iniciar a reanimação cardiopulmonar (RCP) em bebês e crianças com compressões torácicas, em vez das ventilações de resgate (30 compressões com 1 profissional) e (15 compressões com 2 profissionais), em vez de 2 ventilações de resgate.	V	18 (72%)	5 (20%)	2 (8%)
c) Para que haja êxito nas compressões torácicas, devem-se comprimir, aproximadamente, 1 ½ polegada (cerca de 4 cm) na maioria dos bebês e cerca de 2 polegadas (5 cm) na maioria das crianças.	V	18 (72%)	5 (20%)	2 (8%)

d) Após a abertura das vias aéreas será necessário o uso do procedimento “ ver, ouvir e sentir se há respiração ”.	F	10 (40%)	13 (52%)	2 (8%)
e) Em crianças que não respondem e que não apresenta respiração, se o pulso não puder ser detectado em 10 segundos, os profissionais de saúde devem iniciar a reanimação cardiopulmonar (RCP).	V	19 (76%)	4 (16%)	2 (8%)
f) A carga de energia de desfibrilação inicial em criança deverá ser de 2 J/Kg, a segunda carga administrada será de 4 J/Kg, podendo exceder pouco mais que 10 J/Kg nas próximas cargas para maior êxito no tratamento.	F	9 (36%)	10 (40%)	6 (24%)
g) O índice de sobrevivência de pessoas submetidas à reanimação cardiopulmonar e cerebral, eleva-se acentuadamente, quando o suporte básico de vida (SBV ou BLS – Basic Life Support), é iniciado nos primeiros 3 minutos e o suporte avançado de vida (SAV ou ACLS – Advanced Cardiac Life Support), em até 8 minutos, o cérebro começa a sofrer danos e, em 10, a morte cerebral está confirmada.	V	8 (32%)	14 (56%)	3 (12%)

Tabela 1 – Percentual de acertos e erros da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica a respeito da Reanimação Cardiopulmonar em criança do município de Vitória da Conquista, estado da Bahia. Brasil, 2011.

No que diz respeito aos fármacos mais utilizados em crianças na PCR para que haja uma boa reabilitação, foram abordadas na tabela 2 questões relacionadas, para ver o nível de conhecimentos e segurança da equipe sobre causa/efeito, visando uma melhor administração destas medicações. Das 8 questões expostas, a grande maioria dos funcionários do setor em pesquisa, conseguiram acertar 7, mas se levarmos em consideração as pessoas que não responderam, o número de acertos caem para uma média de duas (2) questões, tornando preocupante a quantidade de erros obtido na pesquisa.

Detalhadamente temos, a resposta 2 com 13 (52%) de acertos, a de número 3 com 13 (52%) e a de número 5 com 20 (80%) de acertos, totalizando 3 acertos e 5 erros contando com as pessoas que não responderam; são considerados prevalentes erros nas respostas: 1. Lidocaína 17 (68%); 4. Atropina com 13 (52%); 6. Cálcio 14 (56%); 7. Epinefrina 15 (60%); e 8. Bicarbonato de sódio com 15 (60%) de erros.

Os dados acima revela a atuação mecânica na administração de drogas, baseado no saber empírico dos profissionais de enfermagem que mesmo preocupados com o bem estar da criança, não se aprofundam no conhecimento, muitas vezes por falta de recursos disponíveis, outras por falta de tempo para se dedicar mais a assistência prestada à população infantil. Mediar não se resume em administrar a dosagem certa e/ou fazer um procedimento aleatoriamente, é preciso saber onde levará tal terapia medicamentosa de

escolha, é necessário ter conhecimento de causa/efeito no intuito de melhorar o quadro do paciente, por isso, merece a devida atenção e dedicação rumo à satisfação de ver o paciente que passou por uma parada Cardiopulmonar em perfeito estado físico e psicológico após alta hospitalar.

No momento da parada cardiopulmonar na criança será necessária a administração de medicações relevantes para sua reabilitação. Correlacione as lacunas abaixo as suas respectivas medicações:			
Questão	Acertos	Erros	Sem resposta
1.Lidocaína: bloqueador do canal de sódio que suprime a arritmia ventricular, pode ser considerada em criança com FV ou TV sem pulso resistente ao choque elétrico	8 (32%)	11 (44%)	6 (24%)
2.Amiodarona: é um antiarrítmico, efetivo no tratamento de fibrilação e taquicardia ventricular, tanto em criança como em adulto	13 (52%)	8 (32%)	4 (16%)
3.Vasopressina: hormônio que atua em receptores específicos que causam vasoconstrição sistêmica e reabsorção da água no túbulo renal, aumentando assim, o fluxo sanguíneo e cerebral	13 (52%)	8 (32%)	4 (16%)
4.Atropina: acelera a condução no nó sinoatrial e atrioventricular, recomendada no tratamento de bradicardia sintomática causada por bloqueio AV ou aumento da atividade vagal como, por exemplo, durante a intubação	12 (48%)	7 (28%)	6 (24%)
5.Magnésio: tem ação na hipomagnesemia	20 (80%)	2 (8%)	3 (12%)
6.Cálcio: preconizado quando houver suspeita ou comprovação de hiperpotassemia, hipocalcemia, hipermagnesemia e superdosagem de canais de cálcio	11 (44%)	8 (32%)	6 (24%)
7.Epinefrina: catecolamina endógena com ação estimulante nos receptores α e β , sendo que a α é mais importante durante a parada cardiopulmonar por causar vasoconstrição e restaurar a pressão diastólica na aorta, proporcionando assim melhor perfusão miocárdica e cerebral	10 (40%)	9 (36%)	6 (24%)
8.Bicarbonato de sódio: após a PCR, onde a criança estará com ventilação assistida, suplementação de oxigênio e restauração da perfusão por meio das compressões torácicas e do uso da epinefrina, essa medicação pode ter efeito na PCR prolongada (mais de 10 minutos) em crianças que já tinham acidose metabólica previamente. Sua indicação será mediante a comprovação na parada cardíaca de hiperpotassemia, hipermagnesemia e intoxicação por antidepressivos tricíclicos e outros bloqueadores de canais de sódio	10 (40%)	9 (36%)	6 (24%)

Tabela 2 – Percentual de acertos e erros da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica a respeito das medicações mais relevantes para a reabilitação pediátrica, após Parada Cardiopulmonar. Vitória da Conquista-Bahia: 2011.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que, das crianças que tiveram uma Parada Cardíaca em ambiente hospitalar, apenas 15-20% estarão vivas em um ano depois do evento, desses sobreviventes, a maioria apresentará sequelas significativas. Esses dados fazem com que os profissionais sejam mais receosos e tentem identificar primeiro os pacientes sob risco de Parada Cardíaca para intervir precocemente. Essa preocupação direcionou a pesquisa para analisar a conduta de enfermagem (técnicos e enfermeiros), frente a uma Parada Cardiorrespiratória em criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Hospital Geral de Vitória da Conquista/Ba (HGVC), impulsionando assim, o delineamento do tema: Parada e Reanimação Cardiopulmonar em criança: atuação da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital público de Vitória da Conquista/Ba.

No tratamento dos dados, traçou-se o perfil da equipe de enfermagem da UTIP do HGVC, onde dos 25 funcionários entrevistados a maioria são técnicos em enfermagem com faixa etária entre 25 e 45 anos.

Ao abordar sobre a participação dos sujeitos da pesquisa em aula, curso e/ou treinamento em Parada e RCP em crianças, foi notório que, grande parte fez em algum momento o treinamento no setor ou instituição referida, porém, dentre esses, a maioria (20%) foram treinados após admissão na unidade e outros (36%) não receberam treinamentos, tendo que aprender o serviço no cotidiano ao exercer suas funções, mesmo assim, afirmaram ser a equipe de enfermagem quem primeiro identifica uma Parada Cardiorrespiratória em criança, isso, devido a grande proximidade dos mesmos com os pacientes.

Ao analisar o conhecimento técnico-científico, percebe-se que, demonstraram uma maior segurança nas respostas das questões baseadas nas Diretrizes de AHA 2005, mostrando desconhecimento quando eram abordadas as novas Diretrizes da AHA de 2010.

Apesar de não haver nenhuma mudança nas Diretrizes da AHA de 2010 em relação às drogas mais relevantes na Parada Cardiopulmonar, os profissionais de enfermagem ao externar seu conhecimento, demonstraram um maior percentual de erros nestas questões, indicando ser este, um ponto relevante a ser trabalhado com a equipe, direcionando a causa/efeito das drogas no organismo da criança a Parada Cardiorrespiratória.

CONTRIBUIÇÃO DO AUTOR

SANTOS, E.B., participou da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão/correção do conteúdo do manuscrito até a aprovação final do artigo.

E-mail: ebs_2011@hotmail.com

REFERÊNCIAS

SPAPE, Alberto et al. **Manual de normas: terapia intensiva pediátrica**. 2. Ed. - São Paulo: Sarvier, 2009.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaque das Novas Diretrizes de RCP e ACE**. [internet]. 2010. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/uti/docs/Guidelines%20AHA%202010.pdf>>. Acesso em: 31/01/2013.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Diretrizes da American Heart Association** [internet]. 2005 [acessado em 29 de Jan. 2013]. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABW7YAB/diretrizes-american-heart-association-2005>> Acesso em: 29/01//2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO 196/96 DO Conselho Nacional de Saúde/MS: **Sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

FIGUEIREDO, N. M. A. de; SILVA, C. R. L. da; SILVA, R. C. L. da. Unidade de Terapia Intensiva-UTI. In: _____. Coord. **CTI: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem**. 2. ed. ver. atual. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis Editora, 2009.

GRASSIA, R. de C. F. **O enfermeiro e as situações de emergências**. São Paulo: Atheneu, 2007.

KROSGER, M. M. A. et al. **Enfermagem em Terapia Intensiva: do ambiente da unidade á assistência ao paciente**. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

LAROQUE, M. F.; AFFELDT, A. B.; NEVES, C. R. C.; VAUCHER, M. O.; LANGE, C. **Capacitação em reanimação Cardiopulmonar**. Universidade Federal de Pelotas, 2007. Disponível em: <<http://www.abev.com.br/emergencia/posteres/id73.pdf>>. Acesso em: 31/01/2013.

OLIVEIRA, R. G. de. **Blackbook-Pediatria**. 3. ed. Belo Horizonte: Bleck Book Editora, 2005.

PAVELQUEIRES, S. et al. **Manobras Avançada de Suporte ao Trauma e Emergências Cardiovasculares**. 6. Ed. Marília-São Paulo: Manual do curso MAST, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. (trads) **Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2005.

STAPE, A. et al. Avaliação Inicial. In: _____. Coord. **Manual de normas: terapia intensiva pediátrica**. 2. Ed. São Paulo: Sarvier, 2009.

STOPFKUCHEN, H. **Emergências Pediátricas**. Tradução Rinaldo Koester Santoni. 1. ed. São Paulo: Rideel, 2010.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE: Sistematização da Assistência em Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aborto 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 141, 143, 144, 149, 164

Atenção à saúde 46, 53, 64, 90, 92, 94, 113, 114, 184, 215

Atenção básica 46, 53, 60, 106, 109, 110, 162, 164, 165, 171, 172, 202

Autonomia 10, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 33, 40, 41, 48, 170

B

Briófitas 28, 29, 30, 31

C

Cobertura vacinal 44, 48, 50, 51, 52, 54, 111, 112, 114, 119, 120, 121, 122, 124

Criança 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 16, 17, 56, 58, 59, 61, 62, 64, 65, 87, 136, 163, 164, 167, 169, 171, 195, 196, 206, 212

D

Depressão 37, 40, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 109, 162, 163, 164, 165, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174

Depressão pós-parto 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 109, 162, 163, 165, 172, 173, 174

E

Economia 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 107

Enfermagem 1, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 44, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 90, 92, 101, 102, 103, 105, 107, 109, 162, 172, 174, 184, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194

Epistemologia 66

Escherichia coli 30, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135

Esclerose múltipla 90, 91, 92, 93, 94

Esteatose hepática 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159

Estratégia de saúde 26, 44, 46, 48, 51, 52, 55, 165, 177

F

Fator de risco 76, 86

Fitoterapia 28

I

Idosos 32, 34, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 50, 51, 52, 111, 113, 120, 122, 123, 124, 133,

198, 199

Imunização 45, 47, 49, 50, 54, 111, 112, 113, 114, 115, 120

Influenza 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 111, 112, 113, 114, 115, 120, 121, 122, 123, 124

Institucionalização 32, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46

Instituição de longa permanência 32, 34, 41, 42, 43

Integralidade 175

Internação 121, 185, 193, 198, 199

L

Lúpus bolhoso 136, 137

M

Microbiota fúngica 95, 101

O

Obesidade 75, 83, 84, 86, 87, 88, 199, 201, 202

P

Pênfigo foliáceo 136, 137, 140

Q

Queijo frescal 126, 127, 131

R

Reanimação cardiopulmonar 1, 2, 3, 4, 8, 12, 13, 14, 15, 17

Religiosidade 21, 25, 42

S

Saúde da família 26, 39, 44, 46, 48, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 63, 65, 103, 104, 106, 110, 162, 165, 174, 177

Septo vaginal 179, 180, 181, 182

Sífilis gestacional 141, 142, 144, 148, 149

Staphylococcus aureus 30, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135

SUS 48, 52, 53, 68, 122, 178, 199, 201, 202

T

Tamponamento cardíaco 195, 196

Terapia intensiva 1, 2, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 101

U

Ultrassonografia abdominal 151

V

Vacinação 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 113, 114, 119, 121, 122, 123, 124

Visita puerperal 103, 105, 106, 107, 108, 109, 110

Z

Zona rural 125, 128, 133



CIÊNCIAS DA SAÚDE: Influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



[facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)



CIÊNCIAS DA SAÚDE:

Influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



[facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)