

Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO
DE BEM ESTAR
FÍSICO,
MENTAL E
PSICOLÓGICO

2



BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2021

Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO
DE BEM ESTAR
FÍSICO,
MENTAL E
PSICOLÓGICO

2



BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

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 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 Federacão 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

Abordagens em medicina: estado cumulativo de bem estar físico, mental e psicológico 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Bruno Oliveira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A154 Abordagens em medicina: estado cumulativo de bem estar físico, mental e psicológico 2 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-670-3

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.703212211>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

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 Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Uma definição de certo modo ampla que tenta compreender os principais fatores ligados diretamente à qualidade de vida tais como alimentação, exercícios e até mesmo o acesso da população ao sistema de saúde. Portanto, partindo deste princípio a saúde física, mental e social são algumas das dimensões que determinam o estado de bem-estar humano, e conseqüentemente vão muito além da simples ausência de doenças. O próprio conceito de saúde, aqui estabelecido pela OMS, está relacionado a uma visão ampla e integral do ser humano, que considera aspectos do corpo, mente, ambiente, sociedade, hábitos e assim por diante.

Esse conceito nos conduz ao fundamento da multidisciplinaridade com abordagens que cada vez mais é aplicada e contextualizada nos diversos âmbitos da saúde, haja vista que todas as abordagens e áreas de estudo convergem para o mesmo princípio que é a saúde integral do indivíduo. A saúde na atualidade se estabelece na interação entre diversos profissionais e requer conhecimentos e práticas de diferentes áreas tais como as ambientais, clínicas, epidemiológicas, comportamentais, sociais, culturais etc.

Deste modo, por intermédio da Atena Editora, apresentamos a nova obra denominada “Abordagens em medicina: Estado cumulativo de bem-estar físico, mental e psicológico”, inicialmente proposta em quatro volumes, com o intuito de direcionarmos ao nosso leitor uma produção científica com diversas abordagens em saúde. Reforçamos aqui também que a divulgação científica é fundamental para romper com as limitações ainda existentes em nosso país, assim, mais uma vez parabenizamos a estrutura da Atena Editora por oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores divulguem seus resultados.

Desejo a todos uma proveitosa leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DESESPERANÇA NO DECORRER DA GRADUAÇÃO DE MEDICINA E DE ENFERMAGEM

Rebeca Silva

Fabiane Mie Kajiyama

Antônio Carlos Siqueira Júnior

Eduardo Federighi Baisi Chagas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122111>

CAPÍTULO 2..... 18

A EFICÁCIA DO MÉTODO DE MONOFILAMENTOS NO DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Bruno dos Santos Stella

Heitor Luiz Nogueira De Souza Cardoso

Ana Carolina Zanin Sacoman Kurihara

Thiago Alves Hungaro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122112>

CAPÍTULO 3..... 39

A IMPORTÂNCIA DO PROTOCOLO DE SPIKES: COMO SABER COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS

Gabriela Troncoso

Juliana Silva Neiva

Kenzo Holayama Alvarenga

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122113>

CAPÍTULO 4..... 44

ABORDAGEM DO IDOSO NA SAÚDE SUPLEMENTAR: VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Eliza Miranda Costa Caraline

Douglas Alves Ferreira

Patrícia Passos Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122114>

CAPÍTULO 5..... 56

ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO PERINATAL ASOCIADOS AL BAJO PESO Y PESO INFERIOR A 1500 GRAMOS AL NACER EN UN HOSPITAL DE QUITO, ECUADOR

Santiago Vasco-Morales

Sandra Medina-Poma

Karina Paola Vacas

Paola Toapanta-Pinta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122115>

CAPÍTULO 6..... 67

ATUAÇÃO DO NÚCLEO ACADÊMICO DO SINDICATO MÉDICO DO RIO GRANDE DO SUL

Letycia Cabral Ribeiro
Natália Boff De Oliveira
Marina Puerari Pieta
Scarlet Laís Orihuela
Vinícius De Souza
Bruna Favero

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122116>

CAPÍTULO 7..... 72

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

João Paulo Ramos Lucena
Luiza Noya Coutinho Vasconcelos
Manuela Barbosa Rodrigues de Souza
Nadja Maria Jorge Asano

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122117>

CAPÍTULO 8..... 84

BIENESTAR INTEGRAL COMO PILAR DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN EN LOS AÑOS DEL INTERNADO

Marcela Galindo Rangel
Francisco Gerardo Lozano Lee

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122118>

CAPÍTULO 9..... 91

CONTRIBUIÇÕES DO ZEBRAFISH (*Danio rerio*) PARA PESQUISA OFTALMOLÓGICA

Kívia Vanessa Gomes Falcão
Maria Gabriela Rebouças Marques
Mariana Tenório Taveira Costa
Rafael David Souto de Azevedo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122119>

CAPÍTULO 10..... 97

CUIDADOS PALIATIVOS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Isabelle Sakamoto Travassos
Rebeca Carvalho de Aguiar
Camila Costa Lacerda de Sousa
Marise Sereno Gaspar de Souza
Fernanda Soares Rezende Carmo
Kátia Lima Andrade

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221110>

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO 11 | 122 |
| VIVÊNCIAS DE PRAZER NO TRABALHO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL | |
| Marta Kolhs | |
| Agnes Olschowsky | |
| Lucimare Ferraz | |
| Vanessa Gasparin | |
| Joslaine Biciçgo Berlanda | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221111 | |
| CAPÍTULO 12 | 133 |
| GENOTOXICIDADE E ANSEDADE: EFEITO DE ESTRESSORES IMPREVISÍVEIS | |
| André Fernandes Gomes | |
| Alexandre Azenha Alves de Rezende | |
| Carla Patrícia Bejo Walkers | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221112 | |
| CAPÍTULO 13 | 145 |
| INTERVENÇÃO EM UMA UBS DE FORTALEZA/CE: MEDIDAS EDUCACIONAIS E ADMINISTRATIVAS PARA A OTIMIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SÍNDROME GRIPAL DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS | |
| Carolina Noronha Lechiu | |
| Ticiania Alencar Noronha | |
| Lucas Noronha Lechiu | |
| Felipe Noronha Lechiu | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221113 | |
| CAPÍTULO 14 | 150 |
| MELANOMA DE CORÓIDE EM PACIENTE OLHO ÚNICO: BRAQUITERAPIA X ENUCLEAÇÃO | |
| Deborah Cristina da Silva Cardoso | |
| Laura Fontoura Castro Carvalho | |
| Ana Carolina Canedo Domingos Ferreira | |
| Aline Carvalho Ribeiro | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221114 | |
| CAPÍTULO 15 | 160 |
| PAPEL DA CETAMINA NO CONTROLE DA DOR NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA | |
| André Luiz Lucarelli Margarido | |
| Heitor Carvalho Aladim | |
| Ronaldo Augusto Souza Silva | |
| Leandro Véspoli Campos | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221115 | |
| CAPÍTULO 16 | 163 |
| PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS PELO AMBULATÓRIO | |

DE HEMATOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE MARÍLIA (UNIMAR)

Isabella Vasconcelos Zattiti

Viviane Alessandra Capelluppi Tófano

Autieri Alves Correia

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221116>

CAPÍTULO 17..... 167

PREVALÊNCIA DE MORTALIDADE NEONATAL NO BRASIL, NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Beatriz Fogagnoli Araujo de Almeida

Beatriz Tortorella Barros da Silva

Claudio Renan Araujo de Moraes Cavalcanti

Emanuel Francisco de Carvalho Pinto

Elu Renan Timotheo Filho

Maria Camila Alves de Oliveira

Maria Luíza Barros Paiva de Lucena

Rodrigo Baracuhy da Franca Pereira

Stefano Emanuele Cirenza

Fernanda Helena Baracuhy da Franca Holanda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221117>

CAPÍTULO 18..... 175

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR EM FEIRA DE SANTANA, BAHIA

João Mário Aguiar Abrantes Dourado

Eder Pereira Rodrigues

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Juliana Laranjeira Pereira

Mônica de Andrade Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221118>

CAPÍTULO 19..... 187

RELATO DE CASO: OBESIDADE E SAÚDE MENTAL

Isabela Ovídio Ramos

Cibelle de Sousa Borges

Álvaro Augusto Trigo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221119>

CAPÍTULO 20..... 195

RESSARCIMENTO AO SUS PELAS COOPERATIVAS MÉDICAS ATUANTES EM MINAS GERAIS À LUZ DAS MORBIDADES PREVALENTES NO ESTADO NO PERÍODO DE 2013 A 2015

Fabiano Freitas Côrrea

Pedro Henrique de Freitas Abreu

Rogério Saint Clair Pimentel Mafra

Keli Bahia Felicíssimo Zocrato

Fátima Ferreira Roquete

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221120>

CAPÍTULO 21.....208

REVISÃO NARRATIVA SOBRE MANEJO DE TEMPERATURA EM VÍTIMA DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

João Bresciani Padilha

Sebastião Jorge da Cunha Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221121>

CAPÍTULO 22.....216

SAÚDE MENTAL: CAPACITAÇÃO DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

Cátia Milena Silva

Laura Fernandes Ferreira

Adriano Pereira Daniel

Amanda Amália Magalhães

Antônio Régis Coelho Guimarães

Daniela Nepomuceno Mello

Giovana Bertoni Palis Samora

Isabella Queiroz

Nathália Paula Franco Santos

Pedro Henrique Teixeira Pimenta

Maura Regina Guimarães Rabelo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221122>

CAPÍTULO 23.....224

SÍNDROME DE ASPENGER: TRANSTORNO INVASIVO DE DESENVOLVIMENTO

Karen Medeiros Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221123>

CAPÍTULO 24.....226

SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERIA DE UN HOSPITAL RECONVERTIDO A COVID-19

Carmen Loeza Juárez

Sara Huerta González

Sendy Meléndez Chávez

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221124>

CAPÍTULO 25.....235

SÍNDROME DE CHILAITIDI: UM IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Júnior Anderson Baldin

Laís Baldin

Mariana Fontes Andrade Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221125>

CAPÍTULO 26.....241

SÍNDROME DE POLAND: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Júnior Anderson Baldin

Mariana Fontes Andrade Almeida

Laís Baldin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221126>

CAPÍTULO 27.....247

SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL E O USO DE PROBIÓTICOS

Ana Carolina Ferreira Monteiro

Gerson Aparecido Cravo da Costa

Ana Luiza do Rosário Palma

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221127>

SOBRE O ORGANIZADOR.....258

ÍNDICE REMISSIVO.....259

REVISÃO NARRATIVA SOBRE MANEJO DE TEMPERATURA EM VÍTIMA DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 16/09/2021

João Bresciani Padilha

Universidade de Vassouras
Vassouras – RJ

<http://lattes.cnpq.br/2565887722113555>

Sebastião Jorge da Cunha Gonçalves

Universidade de Vassouras
Vassouras – RJ

<http://lattes.cnpq.br/8416874061669475>

RESUMO: A parada cardiorrespiratória é uma grande causadora de danos cerebrais aos sobreviventes desse evento. Alcançar um bom resultado neurológico após esse tipo de ocorrência é algo extremamente difícil. O tratamento rápido e eficaz e as intervenções precoces durante a fase de reanimação são críticos para o prognóstico desse tipo de vítima. Evidências experimentais e vários estudos já publicados indicam que a hipotermia terapêutica é benéfica. O objetivo deste presente estudo é elucidar a maneira correta e eficaz da realização desse tipo de tratamento para os pacientes pós-parada cardíaca.

PALAVRAS-CHAVE: Hipotermia, Parada Cardíaca, Cuidado Intensivo.

NARRATIVE REVIEW ON TEMPERATURE MANAGEMENT IN CARDIOPULMONARY ARREST

ABSTRACT: Cardiorespiratory arrest is a major cause of brain damage to survivors of this event. Achieving a good neurological result after this type of occurrence is extremely difficult. Fast and effective treatment and how Early interventions during a resuscitation phases carried over to the prognosis of this type of victim. Experimental evidence and several published studies that therapeutic hypothermia is beneficial. The aim of this study is to elucidate the correct and effective way to carry out this type of treatment for post-cardiac arrest patients.

KEYWORDS: Hypothermia, Cardiac Arrest, Intensive Care.

1 | INTRODUÇÃO

A causa mais comum de isquemia cerebral no mundo é a parada cardiorrespiratória. Aproximadamente entre 7 e 10% dos enfermos que são inicialmente ressuscitados após PCR extra-hospitalar de causa cardíaca sobrevivem e recebem alta do hospital com bom prognóstico neurológico (FREDRIKSSON et al., 2003) e 18% após PCR intra-hospitalar. (NADKARNI et al., 2006) O retorno à circulação espontânea (ROSC) após início da parada cardiorrespiratória (PCR) pode levar o paciente a desenvolver uma síndrome de pós-parada cardíaca. (RAVETTI et al., 2009) Essa síndrome é caracterizada pelo comprometimento dos sistemas renal, pulmonar,

metabólico, neurológico e cardiovascular. (NADKARNI et al., 2006)

Embora com o passar dos anos as terapias utilizadas em casos de PCR tenham progredido, houveram poucas mudanças nas últimas décadas no prognóstico dos que sobreviveram a esse tipo de evento. É um fato muito conhecido que após o ROSC, pode haver isquemia cerebral e lesão de reperfusão levando a dano do tecido e perda da função neurológica. No entanto, dois grandes ensaios clínicos randomizados em humanos demonstraram melhora na taxa de mortalidade e nos resultados neurológicos com o uso da hipotermia terapêutica pós-parada cardíaca. (KALRA et al., 2018)

Lesão cerebral prolongada é causada por um período de isquemia seguida pela fase de reperfusão, que resulta na ativação de várias vias fisiopatológicas, sendo elas: a liberação de glutamato, acúmulo de cálcio intracelular, produção de espécies reativas de oxigênio e aumento da resposta inflamatória. Esses fenômenos irão induzir a morte de células neuronais e astrogliais com perda irreversível das funções cerebrais. (KIRKEGAARD et al., 2016)

Hipotermia Terapêutica (também chamada de targeted temperature management, TTM) agora é recomendado por guidelines internacionais como o da American Heart Association (AHA), o International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) e outras agências internacionais para pacientes reanimados de parada cardíaca após um ROSC para evitar danos ao cérebro.

O mecanismo pelo qual a hipotermia produz benefícios ainda não é totalmente conhecido. Em cérebros normais, a cada 1°C reduzido acima de 28 °C ocorre a diminuição do consumo de oxigênio em 6%. Reduz reações químicas associadas com a reperfusão, tais como a produção de radicais livres de oxigênio, liberação de aminoácidos excitatórios e o intercâmbio do cálcio que levam ao dano mitocondrial e apoptose. (NADKARNI et al., 2006)

Porém, a temperatura alvo ideal ainda não foi determinada e também não esclareceram se o manejo estrito da febre e a manutenção da temperatura corporal próxima ao normal são suficientes para melhorar o resultado. (CHANDRASEKARAN et al., 2015) O objetivo do presente estudo foi conhecer a fisiopatologia de uma PCR, o resultado de estudos prévios sobre a maneira correta de se realizar o TTM e os benefícios desse tipo de tratamento para os pacientes.

2 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Fisiopatologia

A PCR é por definida pela parada de batimentos cardíacos eficientes com consequente hipóxia tecidual e morte celular progressiva. Consiste na cessação súbita da circulação sistêmica em indivíduos com expectativa de restauração da função cardiopulmonar e cerebral e que não seja portador de doença crônica intratável ou em fase

final. Os ritmos encontrados em uma Parada Cardíaca são: Fibrilação Ventricular (FV), Taquicardia ventricular sem pulso, Assistolia e Atividade Elétrica sem pulso (AESP).

Fibrilação Ventricular é um ritmo que se inicia nos ventrículos. Na FV, não há despolarização organizada dos ventrículos, o músculo ventricular tremula de maneira desordenada. Consequentemente, não há contração miocárdica efetiva e nenhum pulso. Assistolia é a ausência total de atividade elétrica ventricular, não há frequência, nem ritmo ventricular. Consequentemente, não há pulso ou débito cardíaco. AESP é uma situação clínica, não uma arritmia específica. Na AESP existe atividade elétrica no monitor cardíaco, mas o paciente não reage, não respira e não se consegue sentir o pulso carotídeo.

O cérebro, ao contrário de outros órgãos, não armazena glicose ou oxigênio, e seu metabolismo realiza-se 95% através do metabolismo da glicose, em forma aeróbica. Em situações não-patológicas, recebe de 15 a 20% do débito cardíaco, sendo extremamente dependente do fluxo sanguíneo devido a seu alto consumo energético. Quando ocorre privação de oxigênio, devido a um fluxo sanguíneo cerebral baixo ou ausente, ocorre interrupção parcial ou total do seu metabolismo normal, iniciando-se um processo anaeróbio. Após 4 a 6 minutos de isquemia generalizada, praticamente todo o ATP (adenosina trifosfato) foi consumido, ocorrendo acúmulo de ácido láctico e fosfatos resultantes da degradação de ATP e ADP (adenosina difosfato), aumentando a proporção lactato/piruvato e iniciando-se a produção de dois moles de ATP por mol de glicose, produzindo, então, durante algum tempo, a energia necessária para a sobrevivência neuronal.

Porém, com este consumo extremamente elevado do ATP, ocorre insuficiência da bomba de sódio e potássio, com perda do potencial transmembranoso e consequente edema cerebral. Com o edema cerebral a quantidade de liquor diminui, e se a pressão intracraniana continuar aumentando, leva à redução do fluxo sanguíneo em veias e artérias devido à sua compressão, reduzindo ainda mais a perfusão cerebral.

Na vigência de uma parada cardiorrespiratória prolongada, em que as funções circulatória e respiratória não foram restabelecidas, a hipóxia e a acidose prolongadas promovem alterações fisiopatológicas irreversíveis que culminam com a morte orgânica.

Manejo da Temperatura

Evidências de alguns com pouco mais de 1300 participantes mostraram que a hipotermia terapêutica com métodos convencionais de resfriamento melhorou o resultado neurológico após a parada cardíaca. Já o impacto na sobrevida foi mais incerto, mas um forte efeito evidenciado quando a hipotermia terapêutica foi comparada com nenhum controle de temperatura. (ARRICH et al., 2010)

Gerenciamento de temperatura alvo (TTM), aplicado após a chegada dos pacientes ao hospital mostrou uma melhora da sobrevida com bom resultado neurológico e é indicada para pacientes ressuscitados de parada cardíaca fora do hospital após ROSC. (SCALES et al., 2017)

Atualmente, o tratamento de pacientes com coma após a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de paradas extra-hospitalares é realizado de maneira ampla e aprofundada. Após a realização da Ressuscitação Cardiopulmonar, não é incomum uma PCR evoluir para falha hemodinâmica, devido à combinação da falha do coração com os danos da isquemia de reperfusão. Pacientes comatosos pós-PCR são tratados em centros de terapia intensiva (CTI) com hipotermia terapêutica (33°C), visando um efeito neuroprotetor. (KOOPMANS et al., 2015)

A hipotermia terapêutica, ou TTM, é uma opção de tratamento porque a isquemia cerebral pode perdurar por algumas horas após a ressuscitação. A utilização desse tipo de tratamento tem como objetivo reduzir a demanda de oxigênio pelo cérebro. Sabe-se que lesão cerebral global e disfunção cognitiva são as principais consequências relatadas da parada cardíaca. (LILJA et al., 2013)

Estudos experimentais em animais e ensaios randomizados prévios indicam benefícios para esse tipo de tratamento como uma melhora no índice de mortalidade e função neurológica com regulação da temperatura para hipotermia após PCR. (NIELSEN et al., 2013) A hipotermia foi demonstrada em modelos animais para reduzir a lesão de isquemia-reperfusão, suprimir o aumento da indução de citocinas inflamatórias pela isquemia, proteger a integridade da barreira hematoencefálica e resultante edema cerebral/ hipertensão intracraniana, melhorar a metabolização da glicose no cérebro, reduzir a atividade convulsiva e aumentar a expressão de genes precoces imediatos que podem precaver lesões por estresse. (KALRA et al., 2018)

Uma diferença importante entre a pesquisa animal e a humana é que a primeira é conduzida em meio ambiente controlado estritamente por mecanismos de manejo de temperatura rápidos e eficazes. Por outro lado, estudos humanos geralmente apresentam grande heterogeneidade.

Embora o gerenciamento de temperatura direcionada (TTM) seja recomendado para pacientes que sobreviveram a uma parada cardíaca em coma, o método ideal para entregar esse tratamento permanece desconhecido. (CALABRÓ et al., 2019) Um estudo publicado em 2014 evidenciou que em alguns estudos recentes, foi sugerido que o uso de fluídos frios para controle da temperatura mais veloz pode estar associado a impactos imprevisíveis nos pacientes dos estudos de TTM. (DELL'ANNA et al., 2014)

Além disso, foi demonstrado que utilizando um dispositivo de resfriamento endovascular, um nível de temperatura mais baixo foi associado a um melhor resultado em pacientes que sofreram uma PCR extra-hospitalar com um ritmo chocável. (DELL'ANNA et al., 2014) No entanto, o papel da TTM em pacientes reanimados de paradas cardíacas não chocáveis permanecem incertos (SONG et al., 2016).

Outro estudo de Chandrasekaran et al. publicado em 2015 relatou ter encontrado resultados muito melhores quando os pacientes foram resfriados a 32°C em comparação com 34°C. Mais recentemente, um ensaio clínico randomizado (RCT) de larga escala

mostrou que a temperatura do paciente durante a TTM pode ser tanto 33°C ou a 36°C, com um controle de temperatura ativo necessário para todos os pacientes. (NIELSEN et al., 2013)

Houveram ainda estudos que indicavam que a febre por si só apresentava um risco para danos neurológicos induzido pela temperatura. Esses estudos questionavam se apenas o controle da febre por si só já não era suficiente para fornecer neuroproteção. (CHANDRASEKARAN et al., 2015)

Outra incógnita na TTM é o tempo de resfriamento do paciente, isto é, quanto tempo o paciente levará pra atingir a temperatura desejada. Em estudos recentes, o tempo mais curto para atingir a temperatura alvo foi associado a pior resultado, provavelmente devido a lesão cerebral mais significativa e a termorregulação prejudicada no menor tempo para atingir a temperatura alvo. (HSU et al., 2018)

Em 2002, dois ensaios clínicos randomizados (RCTs) mostram que a TTM a 33°C por 12-24 horas foi associado a uma proporção significativamente maior de pacientes que alcançaram um resultado neurológico mais favorável quando comparado a qualquer controle de temperatura. (ARRICH et al., 2010; BERNARD et al., 2002) TTM a 33°C por 48h não melhorou significativamente o resultado neurológico a longo prazo quando comparado a 24h de duração em pacientes adultos vítimas de parada cardíaca extra-hospitalar. (KIRKEGAARD et al., 2017)

Outra forma de avaliar o prognóstico neural de um paciente pós parada cardíaca é com a utilização do Eletroencefalograma (EEG). O EEG tem sido usado por décadas para prognóstico de parada cardíaca, uma vez que geralmente está disponível e por não ser um exame invasivo, mas sua precisão como método prognóstico é limitado pela falta de consenso sobre as definições de padrões malignos. (WESTHALL et al., 2014; WESTHALL et al., 2016)

Dificuldade de Implementação

O controle de temperatura direcionada é um conceito relativamente novo que visa a preservação da função neurológica de vítimas de parada cardiorrespiratória. (ARRICH et al., 2010) No entanto, alguns pontos importantes desse tipo de terapêutica ainda não foram padronizados como o tempo de hipotermia, tempo de reaquecimento, a maneira de se resfriar o paciente e a temperatura alvo a ser atingida.

Apesar da hipotermia terapêutica ser recomendada por guidelines internacionais em pacientes que tiveram um evento de parada cardíaca, ela não é uma terapêutica amplamente utilizada. (RAVETTI et al., 2009) Devido a falta de protocolos e inadequadas medidas de resfriamento do paciente padronizadas, foi evidenciado uma subutilização da hipotermia terapêutica na clínica. (DELL'ANNA et al., 2014)

Um protocolo operacional padrão para o manejo da temperatura do paciente reanimado após episódio de PCR definindo o que deve ser feito e a maneira correta de

se fazer, resultaria em uma adesão elevada. Existem dados de outras partes da medicina, como no tratamento da sepse por exemplo, que sugerem melhora na mortalidade após a implementação de tais protocolos. Portanto, pode-se supor que tornar mais padronizado o atendimento à pacientes que tiveram uma parada cardíaca pode muito bem melhorar o resultado de pós-parada cardíaca, neutralizando assim alguns dos efeitos negativos da hipotermia terapêutica. (KALRA et al., 2018)

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo reconheceu os tipos de parada cardiorrespiratória: FV, Taquicardia Ventricular sem Pulso, Assistolia e AESP. Além disso evidências indicaram que o uso de métodos de resfriamento melhorou o resultado neurológico após parada cardíaca. No entanto, alguns estudos indicam que se comparado a temperatura corporal de 33°C para 36°C em pacientes ressuscitados pós-parada cardíaca extra-hospitalar, não houve nenhuma diferença significativa entre os 2 grupos, seja na mortalidade ou no prognóstico neurológico. (NIELSEN et al., 2013) Isso foi questionado em alguns trabalhos, perguntando se apenas o controle da febre seria necessário para prover neuroproteção para vítimas de parada cardíaca.

Outro tema questionado foi a duração do uso de hipotermia terapêutica nos pacientes. Dois RCTs evidenciaram que o TTM a 33°C a 12-24 horas tiveram uma proporção consideravelmente maior de pacientes que demonstraram resultados neurológicos favoráveis do que os demais pacientes. (ARRICH et al., 2010; BERNARD et al., 2002)

Portanto, pode-se concluir que o Manejo de Temperatura em pacientes vítimas de parada cardíaca ainda é um tema muito recente e com muitas margens a serem testadas e padronizadas, como tempo de resfriamento, temperatura a ser atingida e maneira de se resfriar o paciente.

REFERÊNCIAS

ARRICH, J. et al. **Hypothermia For Neuroprotection In Adults After Cardiopulmonary Resuscitation.** *Anesthesia & Analgesia*, v. 110, n. 4, p. 1239, 2010.

BERNARD, S.; GRAY, T.; BUIST, M. **Treatment of comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest with induced hypothermia.** *ACC Current Journal Review*, v. 11, n. 4, p. 82-83, 2002.

CALABRÓ, L. et al. **Effect of different methods of cooling for targeted temperature management on outcome after cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis.** *Critical Care*, v. 23, n. 1, p. 285, 2019.

CHANDRASEKARAN, P.; DEZFULIAN, C.; POLDERMAN, K. **What is the right temperature to cool post-cardiac arrest patients?** *Critical Care*, v. 19, n. 1, p. 406, 2015.

DELL'ANNA, A. M. et al. **How to target temperature after cardiac arrest: insights from a randomized clinical trial.** *Minerva anesthesiologica*, n. 80, v. 6, p. 736–743, 2014.

FREDRIKSSON, M.; HERLITZ, J.; NICHOL, G. **Variation in outcome in studies of out-of-hospital cardiac arrest: a review of studies conforming to the utstein guidelines.** *The American Journal of Emergency Medicine*, v. 21, n. 4, p. 276-281, 2003.

HSU, C. et al. **Outcome of suicidal hanging patients and the role of targeted temperature management in hanging-induced cardiac arrest.** *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, v. 82, n. 2, p. 387-391, 2017.

KALRA, R. et al. **Targeted Temperature Management After Cardiac Arrest.** *Anesthesia & Analgesia*, v. 126, n. 3, p. 867-875, 2018.

KIRKEGAARD, H. et al. **Targeted Temperature Management for 48 vs 24 Hours and Neurologic Outcome After Out-of-Hospital Cardiac Arrest.** *JAMA*, v. 318, n. 4, p. 341, 2017.

KIRKEGAARD, H. et al. **Time-differentiated target temperature management after out-of-hospital cardiac arrest: a multicentre, randomised, parallel-group, assessor-blinded clinical trial (the TTH48 trial): study protocol for a randomised controlled trial.** *Trials*, v. 17, n. 1, p. 228, 2016.

KOOPMANS, M. et al. **Microcirculatory perfusion and vascular reactivity are altered in post cardiac arrest patients, irrespective of target temperature management to 33°C vs 36°C.** *Resuscitation*, v. 86, p. 14-18, 2015.

LILJA, G. et al. **Cognitive function after cardiac arrest and temperature management; rationale and description of a sub-study in the Target Temperature Management trial.** *BMC Cardiovascular Disorders*, v. 13, n. 1, p. 85, 2013.

NADKARNI, V. et al. **First Documented Rhythm and Clinical Outcome From In-Hospital Cardiac Arrest Among Children and Adults.** *JAMA*, v. 295, n. 1, p. 50, 2006.

NIELSEN, N. et al. **Detailed statistical analysis plan for the target temperature management after out-of-hospital cardiac arrest trial.** *Trials*, v. 14, n. 1, p. 300, 2013.

NIELSEN, N. et al. **Targeted Temperature Management at 33°C versus 36°C after Cardiac Arrest.** *New England Journal of Medicine*, v. 369, n. 23, p. 2197-2206, 2013.

RAVETTI, C. et al. **Estudo de pacientes reanimados pós-parada cardiorrespiratória intra e extra-hospitalar submetidos à hipotermia terapêutica.** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 21, n. 4, p. 369-375, 2009.

SCALES, D. et al. **Prehospital cooling to improve successful targeted temperature management after cardiac arrest: A randomized controlled trial.** *Resuscitation*, v. 121, p. 187-194, 2017.

SONG, L. et al. **The Role of Targeted Temperature Management in Adult Patients Resuscitated from Nonshockable Cardiac Arrests: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis.** *BioMed Research International*, v. 2016, p. 1-10, 2016.

WESTHALL, E. et al. **Electroencephalography (EEG) for neurological prognostication after cardiac arrest and targeted temperature management; rationale and study design.** BMC Neurology, v. 14, n. 1, p. 159, 2014.

WESTHALL, E. et al. **Standardized EEG interpretation accurately predicts prognosis after cardiac arrest.** Neurology, v. 86, n. 16, p. 1482-1490, 2016.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abordagem multiprofissional 44, 97, 99

Anomalia de Poland 241, 242, 243

Ansiedade 1, 3, 4, 5, 12, 13, 14, 15, 16, 39, 40, 42, 81, 103, 133, 134, 135, 141, 142, 143, 179, 180, 182, 188, 194, 216, 217, 218, 222, 251

Atenção primária 35, 36, 44, 49, 50, 55, 145, 146, 148, 176, 185, 216, 217, 219, 221, 222

Atenção primária a saúde 44

B

Bajo peso al nacer 56, 62, 64, 65, 66

Bienestar integral 84, 85, 86, 87

C

Comunicação em saúde 39, 41

Córnea 91, 92, 95, 156

COVID-19 145, 146, 148, 149, 182, 226, 227, 230

Cuidados paliativos 52, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121

Cuidados paliativos na terminalidade da vida 98

D

Depressão 1, 2, 3, 4, 12, 14, 15, 16, 23, 81, 103, 134, 176, 182, 187, 190, 194, 218, 220, 221, 222, 223, 251

Diabetes Mellitus 18, 21

Diagnóstico precoce 18, 21, 23, 24, 25, 35, 153, 219, 221

Doença crônica 3, 18, 19, 21, 50, 51, 53, 163, 209

E

Educação médica 1, 15, 16, 39, 69

Envelhecimento populacional 44, 46, 49, 54, 107

Esperança 1, 3, 13, 14, 16, 95, 167

Estresse 133

Experimentação animal 91

F

Fluxograma 145

FODMEPs 247, 248, 250, 251, 253, 256

G

Genotoxicidade 133, 135, 139, 140, 141, 142, 144

Gestão 36, 67, 68, 69, 70, 131, 195, 239

H

Hábitos do sono 72

M

Medicina 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 37, 41, 42, 43, 49, 54, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 81, 83, 84, 85, 87, 91, 92, 97, 102, 104, 106, 107, 113, 116, 117, 118, 119, 120, 144, 160, 161, 166, 167, 184, 185, 186, 187, 191, 195, 213, 222, 234, 235, 241, 258

Mentor de pares 84

Micronúcleo 133, 140, 143

Muy bajo peso al nacer 56, 64, 65

N

Neuropatia autônoma diabética 18

Núcleo acadêmico 67, 68

O

OCT 16, 91, 92, 95

P

Pé diabético 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 33, 34, 35, 36, 37

Planos de saúde 44, 46, 47, 50, 53, 54, 195, 196, 197, 206

Prazer no trabalho 122, 123, 126, 131

Probióticos 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257

R

Recién nacido 56, 58, 61

Relação médico-paciente 39

Retina 91, 92, 93, 94, 95, 150, 153, 154, 155, 156

S

Saúde mental 1, 3, 6, 13, 14, 15, 16, 122, 123, 126, 129, 130, 135, 175, 177, 183, 187, 216, 217, 218, 219, 221, 222, 223

Saúde ocular 91, 158

Síndrome de Chilaiditi 235, 236, 237, 238, 239

Síndrome de Poland 241, 242, 243, 244, 245

Síndrome do intestino irritável 247, 248, 250, 251, 253, 254, 255, 256

Sono 2, 3, 12, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 81, 82, 83, 103, 179, 182, 185, 194, 220, 221

Sonolência diurna 72, 73, 74, 81, 83, 180, 182

Suporte avançado de vida 98, 106, 107, 113, 114, 120

T

Trabalhador 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130

Tumor maligno intraocular 150

U

Unidades de Terapia Intensiva 97, 118, 121

Universidade 12, 13, 15, 32, 36, 37, 38, 44, 51, 67, 68, 69, 71, 72, 74, 83, 91, 95, 97, 119, 120, 121, 124, 133, 136, 145, 159, 163, 166, 175, 178, 185, 186, 187, 191, 195, 206, 208, 222, 225, 235, 241, 258

UTI 97, 98, 99, 100, 101, 103, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 117, 118, 119, 120

Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO
DE BEM ESTAR
FÍSICO,
MENTAL E
PSICOLÓGICO

2



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



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



www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2021

Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO
DE BEM ESTAR
FÍSICO,
MENTAL E
PSICOLÓGICO

2



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



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



www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2021