



**PATOS –
2021**

ORGANIZAÇÃO GERAL

Coordenação do Curso de Enfermagem

COMISSÃO ORGANIZADORA

Prof^a Dra Raquel Campos de Medeiros
Prof^o Esp. Edil Bezerra dos Santos
Prof^o Me. Mona Lisa Lopes dos Santos Caldas
Airla Franklen Teófilo Trajano
Denise Candeia de Lima
José Edson Alves de Oliveira
Lucas Marques Gualberto
Mylene dos Santos Costa
Thyago Ramon Batista de Medeiros
Simony Lucena da Silva

COMISSÃO CIENTÍFICA

Adalmira Batista Lima Ramos
Ana Paula Dantas da Silva Paulo
Anne Milane Formiga Bezerra
Aristeia Candeia de Melo
Claudia Morgana Soares
Cristina Costa Melquiades Barreto
Denisy Dantas Melquiades Azevedo
Edil Bezerra dos Santos
Elzenir Pereira de Oliveira Almeida
Erica Surama Ribeiro César Alves
Erta Soraya Ribeiro César Rodrigues
Giovani Amado Rivera
Hellen Maria Gomes Araújo de Souza
Hellen Renatta Leopoldino Medeiros
Juliane de Oliveira Costa
Luciana Ferreira Monteiro e Oliveira
Malba Gean Rodrigues de Amorim
Maria do Socorro de Lucena Silva
Mona Lisa Lopes dos Santos Caldas
Priscilla Costa Melquíades Menezes
Rosa Martha Ventura Nunes
Silvia Ximenes Oliveira
Talícia Maria Alves Benício
Tarciana Sampaio Costa
Thoyama Nadjia Felix de Alencar Lima
Vanessa Diniz Vieira

Os textos apresentados são de criação original dos autores, que responderão individualmente por seus conteúdos ou por eventuais impugnações de direito por parte de terceiros.

A IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS E O IMPACTO NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

Thyago Ramon Batista de Medeiros, Airla Franklen Teófilo Trajano, Mylena dos Santos Costa, Ítalo Barros Xavier, Esmaildo Pereira Júnior e Thoyama Nadja Félix de Alencar Lima.

Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba - Brasil
E-mail: thyagobdemedeiros@hotmail.com

1. Introdução

A morte materna continua sendo um problema sério em vários países, entre eles o Brasil. A redução da mortalidade materna em 75% até 2015, conforme estabelecido nas Metas de Desenvolvimento do Milênio – mais especificamente, a quinta meta que visa melhorar a saúde das gestantes –, está longe de ser alcançada, especialmente no Brasil, visto que embora o progresso seja notável, a taxa de declínio anual, ainda, está aquém de ser considerada ideal, atingindo menos que a metade do que seria necessário. Para atingir este objetivo seria necessário o declínio de 5,5% ao ano, porém o decréscimo anual alcançado, até então, foi de 3,1%. De forma que, apesar da redução significativa, ainda há muito que melhorar até cumprir o total objetivo do milênio. Dentre as principais causas de óbito materno destacam-se: hemorragia pós-parto (HPP); infecções; síndromes hipertensivas e prática de aborto inseguro (World Health Organization (CH). Assim, para favorecer o planejamento da assistência ao pré-natal devemos conhecer o perfil da gestante com a síndrome hipertensiva, o diagnóstico precoce da patologia e a elaboração de um plano terapêutico adequado para a assistência a essas gestantes podem ajudar a minimizar esses dados. Diante do exposto surgiu o seguinte questionamento: quais os fatores de risco das síndromes hipertensivas e como o profissional de saúde pode identificá-los para minimizar a mortalidade materna. Objetivou-se por meio dessa pesquisa, identificar os fatores de risco das Síndromes Hipertensivas e observar o impacto da mortalidade materna quando descobertos e tratados precocemente.

PALAVRAS-CHAVE:Gestação, mortalidade e diagnóstico.

2. Materiais e métodos

Trata-se de uma revisão bibliográfica, cujos dados foram coletados através do levantamento das produções científicas. A coleta de dados ocorreu em dezembro do ano de 2020, nas bases de dados do Google Acadêmico e SciELO. Utilizou-se como critérios de inclusão: publicações dos últimos 05 anos, o texto estar disponível na íntegra, no idioma português e ser produção realizada por profissionais da saúde. Foram excluídos os artigos

em outro idioma, os repetidos nas bases de dados ou que não estivessem de acordo com a temática.

3. Resultados e discussões

A doença renal, o diabetes, a obesidade, a gravidez múltipla, a primiparidade, a faixa etária acima dos 30 anos, os antecedentes pessoais ou familiares e a raça/cor negra são os fatores de risco descritos pela literatura que podem contribuir no aumento do risco para o desenvolvimento das síndromes hipertensivas no período gestacional (SAMPAIO; 2013). A hipertensão gestacional caracteriza-se por pressão arterial $>140 \times 90$ mmHg diagnosticada pela primeira vez na gestação, a partir de 20ª semana de idade gestacional e ausência de proteinúria. A hipertensão gestacional não tratada pode agravar para pré-eclâmpsia, eclampsia que necessitam de atendimento de emergência devido ao alto risco de morte para a mãe e para o feto. (SILVA, 2020). A pré-eclâmpsia e a eclampsia são síndromes hipertensivas que ocorrem após a 20ª semana de gestação, a partir da manifestação de perda de proteína pela urina (proteinúria), com o desaparecimento dos sintomas até a 12ª semana após o parto. De acordo com o grau de comprometimento da doença, a pré-eclâmpsia pode ser classificada como leve ou grave, aquela pode apresentar valores pressóricos menos elevados, como 140/90mmHg; e a grave, geralmente, é identificada a partir da pressão arterial diastólica igual ou maior que 110mmHg, além dos sinais de encefalopatia hipertensiva como cefaleia e distúrbios visuais, aumento de enzimas hepáticas, proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas, ou pela presença de 2+, em exames com fita urinária, entre outros.(LIMA, 2018). Já a eclampsia é caracterizada pelas mesmas situações da pré-eclâmpsia grave, porém associadas a outros sintomas próprios da doença, tais como crises convulsivas tônico-clônicas, cefaleias, diplopia e/ou visão turva, escotomas, epigastralgia, estando ligada ou não alterações funcionais do sistema nervoso central e dos sistemas cardiovascular, renal e hepático (VON DADESZEN; MAGEE, 2016). A orientação no pré-natal se torna fundamental para a prevenção de complicações e das mortes e os tratamentos disponibilizados para as gestantes hipertensas, a abordagem do tratamento não farmacológica, requer dieta adequada, diminuição de atividades físicas, abandono do consumo de álcool e cigarro, diminuição da ingestão de substâncias que apresentem cafeína. Já os farmacológicos, que seriam os anti-hipertensivos, são administrados quando a pressão arterial diastólica ultrapassa 100mmHg (VETTORE, 2011; SIQUEIRA, et al., 2011).

4. Conclusões

Conclui-se que os fatores de risco que levam à hipertensão gestacional são gravidez na adolescência (idade inferior a 15 anos e/ou menarca a menos de 2 anos), anormalidades no sistema reprodutivo, dependência de drogas (lícitas ou ilícitas), hipertensão crônica anterior, diabetes, idade materna superior a 40 anos, fatores hereditários e condições físicas como, por exemplo obesidade ou desnutrição. A mortalidade materna pode ser minimizada durante à assistência pré-natal, com diagnóstico precoce, encaminhamento ao serviço especializado, tratamento e prevenção das pacientes com fatores de risco para o desenvolvimento das síndromes hipertensivas desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico e podendo também ser identificados por meio da visita domiciliar, razão pela qual é importante a presença da equipe multidisciplinar (SANTOS, 2019).

Referências

World Health Organization (CH). Cause specific mortality: regional estimates for 2000-2011. Geneva; 2012.

LIMA, Joseline *et al.* Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. **Revista rene**, [S. l.], p. 1 a 7, 25 jul. 2018.

SANTOS , Monique. HIPERTENSÃO GESTACIONAL. *In: HIPERTENSÃO GESTACIONAL*. [S. l.], 1 out. 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Documents-PC/Downloads/203-Texto%20do%20Artigo-694-1-10-20191028.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

SAMPAIO , Tainara. CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS A MULHERES COM HIPERTENSÃO GESTACIONAL E PRÉ-ECLAMPSIA. **Revista Saúde Física & Mental**, [S. l.], p. 36 a 45, 1 jul. 2013. Disponível em: [Revista Saúde Física & Mental](#). Acesso em: 7 dez. 2020.

CATARATA EM IDOSOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

José Edson Alves de Oliveira e Priscilla Costa Melquíades Menezes

Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba - Brasil
E-mail: edsonj.enfermagem@gmail.com

Resumo: A catarata é considerada um dos principais diagnósticos mais prevalentes na senescência. Este tipo de patologia pode ser tratável e reversível à medida que ocorre a prevenção dos principais fatores de risco que contribuem para o seu desenvolvimento. Objetivou-se analisar nas publicações científicas os aspectos clínicos da catarata em idosos. Trata-se de uma revisão literária descritiva com abordagem qualitativa, realizada em dezembro de 2020. Realizada a partir da busca em artigos indexados no SciELO e Google Acadêmico. Foram selecionados 05 artigos para a análise e construção deste trabalho, em consonância com os critérios de inclusão e exclusão aplicados. Conforme a idade avança, as alterações fisiológicas tornam-se mais evidentes, vindas acompanhadas de manifestações clínicas associadas ao campo visual propriocepção, contraste ou ofuscamento. A catarata pode ser ocasionada por traumas, por contusão, perfuração ou choque elétrico, uso de medicamentos tais como esteroides mióticos e antipsicóticos, ou de forma senil relacionada à diabetes mellitus. Conclui-se que a catarata por ser um tipo de patologia comum em idosos, pode trazer como consequências a redução do campo visual, e ocasionar maiores riscos de quedas.

Palavras-chaves: Catarata; Idosos; Principais Causas.

1. Introdução

A catarata é considerada uma das principais causas de cegueira no mundo e umas das patologias degenerativas mais prevalentes em idosos. Seu surgimento ocorre pela opacidade das lentes oculares, déficit no campo visual e doenças na retina, podendo ser de ordem congênita ou adquirida, mas, no entanto, associada à senilidade (PAZ *et al.*, 2018). Estima-se que a incidência esteja associada à expectativa de vida em idosos mundialmente. No Brasil é de 17,6% antes dos 65 anos, 47,1% em idosos entre 65-74 anos e 73,3% acima dos 75 anos. Dentre as patologias crônicas não-transmissíveis, a catarata ganha destaque pela sua alta prevalência em idosos (MENDONÇA *et al.*, 2016). Nesta patologia a deficiência visual pode ocorrer de forma cumulativa e progressiva, trazendo danos metabólicos e ambientais, caracterizado pela estreita associação entre a visão e a

senescência (MENDONÇA *et al.*, 2016). Objetivou-se analisar nas publicações científicas os aspectos clínicos da catarata em idosos.

2. Materiais e métodos

Trata-se de uma revisão literária descritiva com abordagem qualitativa, realizada em dezembro de 2020, que usou como norte os descritores: “Catarata; Idosos; Principais Causas”. Realizada a partir da busca em artigos indexados no SciELO e Google Acadêmico. Foram selecionados 05 artigos para a análise e construção deste trabalho, utilizando como critérios de inclusão foram adotados os artigos entre 2016 e 2019, que contemplem o objetivo do estudo e escritos em língua portuguesa.

3. Resultados e Discussões

Entre os estudos analisados, constatou-se que o seu desenvolvimento ainda não se encontram definidas, no entanto, estudos epidemiológicos revelam que essa associação pode estar relacionada à própria senilidade dos indivíduos (DOMINGUES *et al.*, 2016). Sendo que dois mecanismos parecem agir na sua patogênese, o estresse foto-oxidativo (radiação UVA e UVB) e o estresse oxidativo (drogas lícitas e ilícitas, diabetes, tabagismo e o alcoolismo). Assim, conforme surge o processo natural de envelhecimento ocorre uma redução da acuidade visual, com modificações fisiológicas das lentes oculares, dificuldade de campo visual e patologia de retina (CASTRO; FREITAS, LEMOS, 2017). Nesta concepção, conforme a idade avança, as alterações fisiológicas tornam-se mais evidentes, vindas acompanhadas de manifestações clínicas associadas ao campo visual propriocepção, contraste ou ofuscamento (DOMINGUES *et al.*, 2016). A catarata pode ser ocasionada por traumas, por contusão, perfuração ou choque elétrico, uso de medicamentos tais como esteroides mióticos e antipsicóticos, ou de forma senil relacionada à diabetes mellitus (PAZ *et al.*, 2018). O tratamento é realizado por meio cirúrgico, sua realização se dá logo após a diminuição visual, como também a detecção pode ser realizada de forma precoce a fim de diminuir os impactos biológicos, psicológicos e espirituais (CASTRO; FREITAS, LEMOS, 2017). Ressalta-se a necessidade de detecção precoce como forma de prevenir acidentes nos idosos, principalmente porque com a redução do campo visual, o risco de quedas torna-se cada vez maior.

4. Considerações Finais

Conclui-se que a catarata por ser um tipo de patologia comum em idosos, pode trazer como consequências a redução do campo visual, e ocasionar maiores riscos de quedas. Embora o seu desenvolvimento não possua causas definidas, alguns estudos trazem evidências científicas relacionadas ao envelhecimento natural.

Referências

Castro LHP, Freitas RC, Lemos LGH. Retinopatia e catarata em idosos diabéticos: uma revisão bibliográfica. In: Congresso Nacional de Envelhecimento Humano. Anais [...] 2017.

Domingues VO, Lawall ARN, Battestin B, Lima FJ, Lima PM, Ferreira SH, Moraes CF. Catarata senil: uma revisão de literatura. Rev Med Saúde Brasília 2016; 5(1):135-44.

Mendonça AI, Paz LPDS, Menezes RLD. Avaliação da funcionalidade visual de idosos com catarata na perspectiva da CIF. [monografia (Graduação)]. Brasília: Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília; 2016.

Paz LPS, Borges LL, Marães VRFS, Gomes MMF, Bachion MM, Menezes RL. Fatores associados a quedas em idosos com catarata. Ciênc. saúde coletiva vol.23 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2018.

Pereira GV, Magalhães NP, Oliveira MCG, Chaves MR, Pereira NB, Santo LRE. Capacidade funcional de idosos portadores de catarata senil. In: III Congresso Nacional de Oncologia da Associação Presente. Anais [...], 2019.

OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO (OVACE) NA PRIMEIRA INFÂNCIA.

Libna Nobre do Nascimento Santos

Universidade Cândido Mendes (UCAM), Brasil

Email: lilinobre2010@gmail.com .

Resumo: Obstrução das vias aéreas por corpo estranho (OVACE) é uma emergência pediátrica que pode causar a morte acidental na criança. Especialmente crianças com menos de quatro anos, devem estar sob vigilância constante dos cuidadores, pois a visualização de um engasgamento é a informação mais importante para um diagnóstico precoce. Manobra de Heimlich é a técnica que produz uma tosse artificial através de forte compressão sobre o diafragma que permite com que o corpo estranho seja expelido. Este artigo tem como objetivo identificar, a partir de uma releitura de estudos, a importância da identificação precoce da OVACE para a sobrevivência das crianças na primeira infância e a contribuição do enfermeiro como educador em saúde na prevenção de tal ocorrência. Trata-se de uma Revisão Bibliográfica realizada a partir de fontes secundárias, encontradas a partir da pesquisa nas bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e GOOGLE Acadêmico. Utilizando os descritores: OVACE em crianças, Enfermagem e Primeiros Socorros. Acredita-se que por meio de ações e orientações específicas aos pais e cuidadores, tanto na prevenção de hábitos que predispõem aos acidentes, como no ensino de técnicas básicas de desobstrução de via aérea, é possível reduzir consideravelmente os acidentes por corpo estranho na infância.

Palavra-chave: Corpo estranho. Manobra de Heimlich. Obstrução.

1. Introdução

Todo indivíduo está predisposto a sofrer algum tipo de acidente, e principalmente ao se tratar de menores vulneráveis e dependentes. Dentre os acidentes de maior índice de ocorrência na infância encontra-se a asfixia por meio da obstrução das vias aéreas por corpo estranho (OVACE). A (OVACE) é uma emergência pediátrica e que pode causar a morte acidental na criança. Geralmente ocorre na primeira infância que é uma etapa fundamental para o desenvolvimento, em termos cognitivos, socioemocionais e físicos do ser humano. Nessa idade a criança testa seus limites, prova textura, temperaturas, e tem uma curiosidade por objetos pequenos e coloridos, fáceis de pegar e muita das vezes os

introduzem em orifícios naturais (boca, narinas e ouvidos). Especialmente crianças com menos de quatro anos, devem estar sob vigilância constante dos cuidadores, pois a visualização de um engasgamento é uma informação importante para um diagnóstico precoce. Em estudo realizado por Mota e Andrade (2015) observou-se que mais da metade dos acidentes envolvendo crianças ocorreram no domicílio da criança, e a sua maioria poderia ter sido evitado, pois, as crianças na faixa etária de 0 a 6 anos permanecem grande parte do seu tempo dentro de suas residências. Conforme Azevedo (2018) as crianças da faixa etária de zero a seis anos necessitam de uma vigilância maior pelos seus responsáveis, pois, as mesmas não possuem a definição do perigo, e, ainda, elas agem pelo sentido da imaginação, da curiosidade, pela ânsia do desconhecido, sendo essas características comportamentais das mesmas, que se não vigiados, podem induzir a sérios acidentes. (AZEVEDO, et al, 2018, p.5). Aspiração de um corpo estranho pelo trato respiratório pode ocasionar a asfixia, a gravidade deste evento está relacionada ao tipo de objeto que está obstruindo a via aérea, a idade do indivíduo, sendo que as crianças estão relacionadas aos casos mais graves, devido ao pequeno calibre das vias respiratórias. (FILÓCOMO, et al, 2017). Portanto, é imprescindível, para aumentar a sobrevivência de crianças em situações de OVACE, que os cuidadores das mesmas tenham conhecimento dos riscos, sinais e sintomas de engasgamento ou de obstrução de vias aéreas de crianças, que necessitam de intervenção, bem como o conhecimento e capacitação dos Primeiros Socorros padronizados para leigos (BEZERRA et al, 2014). Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo identificar, a partir de uma releitura em outros estudos, a importância da identificação precoce da OVACE para a sobrevivência das crianças na primeira infância e a contribuição do enfermeiro como educador em saúde na prevenção de tal ocorrência.

2. Metodologia

Trata-se de uma Revisão Bibliográfica realizada a partir de fontes secundárias, encontradas a partir da pesquisa nas bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e GOOGLE Acadêmico. Os descritores utilizados são eles: OVACE em crianças, Enfermagem e Primeiros Socorros. Os artigos pesquisados atenderam à abordagem de inclusão: publicações disponibilizadas gratuitamente na versão em português publicado em até 06 anos atrás. Os artigos foram selecionados de acordo com o interesse nas emergências de obstrução das vias aéreas por corpo estranho na primeira infância tendo como base a leitura individual de cada publicação, excluindo-se então, aqueles que não propunham informações de interesse para a desobstrução mecânica de via aérea, os que disponíveis somente em versão estrangeira e todos os que não foram disponibilizados na íntegra.

3. Resultados e discussão

No estudo realizado Filocómo et.al.(2017) no que se refere aos acidentes por ingestão de corpo estranho, sabe-se que a gravidade está relacionada ao tipo de objeto, ao local instalado e à idade da criança. Quando localizados no trato respiratório são potencialmente graves, devido ao risco de asfixia. E quanto menor a idade da criança, menor o calibre das vias aéreas, aumentando a chance de uma obstrução total. Segundo Filocómo et al (2017), os acidentes por ingestão de corpo estranho ocorreram principalmente na faixa etária de um a quatro anos. E essas crianças que sofreram acidentes por ingestão ou introdução de corpo estranho apresentaram uma das maiores porcentagens de internação em Enfermaria

ou Unidade de Terapia Intensiva devida as complicações possíveis. Em trabalho feito por Mota e Andrade (2015), foi observado que a ocorrência de aspiração de corpo estranho é mais comum em crianças menores de 3 anos, cujo diagnóstico torna-se mais difícil quando pais ou responsáveis não presenciam a cena. Em outro estudo avaliado por Mota e Andrade (2015) aponta que, em emergências pediátricas, a aspiração de corpo estranho é responsável por um grande número de atendimentos, devido ao grave desconforto respiratório, que geralmente acompanha o quadro. Esse estudo reforça a importância do diagnóstico e intervenção precoces, devido às complicações e sequelas respiratórias, como por exemplo, as infecções pulmonares recorrentes. A OVACE por poder levar a asfixia, interferindo na ventilação da pessoa de modo parcial ou total, deve ser rapidamente identificada e tratada com as manobras de desobstrução, pois o risco da evolução para parada cardiorrespiratória é iminente. Em um caso de obstrução leve, não deve realizar manobras de desobstrução, deve-se acalmar a pessoa, incentivá-lo a tossir vigorosamente e observá-lo atenta e constantemente, pois a mesma pode evoluir para uma obstrução grave. Em crianças e adultos que estejam conscientes (com obstrução grave) deve se realizar a manobra de desobstrução (Manobra de Heimlich). Um elemento chave para a diminuição da morbimortalidade associada a estes casos seria que todas as pessoas tivessem um conhecimento prévio sobre a prevenção de hábitos que predis põem esses acidentes nesta faixa etária e também sobre técnicas básicas de desobstrução de via aérea alta.

4. Conclusão

Os resultados encontrados neste artigo alertam para o perigo que constituem os objetos pequenos que a criança possa introduzir nas fossas nasais ou mesmo ingerir, ocasionando risco de vida e trauma para retirada do corpo estranho. Os botões, grãos, sementes, entre inúmeros outros objetos, precisam ser mantidos longe do alcance da criança. Os brinquedos devem ser examinados cuidadosamente, pois pecinhas que se soltam com facilidade também são responsáveis por esse tipo de acidente. Acredita-se que por meio de ações e orientações específicas aos pais e cuidadores, tanto na prevenção de hábitos que predis põem aos acidentes nesta faixa etária, como no ensino de técnicas básicas de desobstrução de via aérea, é possível reduzir consideravelmente os acidentes por corpo estranho. Diante disso, a educação em saúde torna-se uma ferramenta importante para o enfermeiro, sendo este apto para realizar programas educacionais que envolvam pais e crianças através da conscientização da necessidade de prevenção de aspiração de corpos estranhos, realizando-os dentro dos ambulatórios, creches, escolas e centros de saúde, onde os mesmos poderão encontrar situações mais propícias para a implantação destes programas de prevenção, orientando também os indivíduos como agir diante de uma OVACE.

Referências

Azevedo APF; Conceição D; Oliveira MCP; Aleknovic MA; Costa ZA; Abud, SM. *Perfil dos acidentes domésticos em crianças menores de seis anos*. [acesso em: 10 de dezembro 2021]. Disponível em: <http://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/enf/article/view/52>

Bezerra MAR; Rocha RC; Negreiros FS; Lira FMOM; Sousa LT; Santiago SCG. *Acidentes domésticos em crianças: concepções práticas dos agentes comunitários de*

saúde. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 776-784, 2014. [acesso em: 12 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647663018>

Filócomo FRF; Harada MJCS; Mantovani R; Ohara CVS. *Perfil dos acidentes na infância e adolescência atendidos em hospital público*. Acta Paul Enferm, São Paulo, v.30, n.3, p.287-293,2017. [acesso em: 05 de janeiro de 2021]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/1982-0194-ape-30-03-0287.pdf>

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. [acesso em: 12 de dezembro de 2021] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf

Mota LL; Andrade SR. *Atenção pré-hospitalar para informação de escolares: a perspectiva dos profissionais do SAMU*. Florianópolis: RevEnferm., vol. 24, n.1, jan-mar, 2015. [acesso em: 12 de dezembro de 2021] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00038.pdf.

Passos R; et al. *Manual de Enfermagem para Concursos e Residências*. 1º Edição.2018. [acesso em:20 de janeiro de 2021] Disponível em: <https://www.facebook.com/ProfessorRomuloPassos/photos/a.173483046122724/1348484801955870/?type=3&theater>

Utilização da classificação de risco em um serviço de emergência

José Edson Alves de Oliveira, Driely Silva Pereira, Jucileide Alves dos Santos e Mona
Lisa Lopes dos Santos Caldas

Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba - Brasil
E-mail: edsonj.enfermagem@gmail.com

Resumo: Os serviços de urgência e emergência compõem-se em um dos relevantes subsídios na prestação de uma assistência de qualidade à saúde do Brasil. Devido a elevada procura pelos serviços, foram sendo criados Protocolos de Acolhimento e Classificação de Riscos (PACR) no intuito de minimizar, reorganizar e agilizar o atendimento, conforme com as reais necessidades de cada paciente, no Brasil utiliza-se o Protocolo de Manchester, com a padronização de cores na detecção dos graus de atendimento. **Objetivos:** Tecer considerações teóricas acerca do processo de utilização da classificação de risco nos atendimentos de emergência. **Materiais e Métodos:** Estudo de revisão literária descritiva com abordagem quantitativa, realizada a partir de artigos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): SCIELO e Google Acadêmico, utilizou-se estudos entre os anos de 2015 a 2019. **Resultados e Discussões:** Analisou-se entre os estudos que a utilização da Classificação de risco em um serviço de emergência é considerada algo essencial, principalmente quando se emprega o Protocolo de Manchester para essa classificação. Conforme realiza-se a organização por meio de uma cor para determinar a prioridade da assistência, como também se determina um tempo limite para a cada atendimento aos usuários, sendo que este tempo pode sofrer variações que vai de zero, que se refere ao atendimento imediato como risco iminente de morte, a 240 minutos, não existindo urgência para o atendimento. **Conclusão:** Constatou-se que o protocolo de classificação de risco tem se mostrado uma boa ferramenta na sensibilidade para prever situações graves que podem evoluir para óbito ou internação.

Palavras-chave: Classificação de risco; Enfermagem; Serviço de Emergência.

1. Introdução

Nos serviços de Emergências Hospitalares (SEH) são considerados comumente os mais utilizados entre os usuários diariamente, devido esse serviço ser visto como a principal porta de acesso para o sistema público como o privado de saúde (SACOMAN et al., 2019). Como forma de prevenção da superlotação no âmbito emergencial, e pensando no atendimento de demanda frente aos recursos disponíveis, estudiosos elaboraram

estratégias para diminuir os efeitos sabidamente negativos destes eventos, que podem dificultar o atendimento da demanda excessiva, tais como aumento da mortalidade, prolongamento do tempo de internação e aumento do número de readmissões (MARCONATO E MONTEIRO, 2017). Visando assim, a superlotação criou-se a avaliação do usuário pelo enfermeiro a partir da utilização de Protocolos de Acolhimento e Classificação de Riscos (PACR) no intuito de minimizar, reorganizar e agilizar o atendimento, conforme com as reais necessidades de cada paciente (CAMARA et al., 2015). Diante disso, a padronização do acolhimento, se faz necessário, a fim de detectar as condições de riscos dos usuários e o grau de urgência e emergência para atendimento destes, sendo que de início o Ministério da Saúde (MS) criou a cartilha de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, utilizando-se a padronização de cores na detecção dos graus de atendimento, conhecido popularmente no Brasil pelo MS o Protocolo de Classificação de Risco de Manchester (SILVEIRA et al., 2018). O presente estudo teve como objetivo tecer considerações teóricas acerca do processo de utilização da classificação de risco nos atendimentos de emergência.

2. Materiais e métodos

Trata-se de uma revisão literária descritiva com abordagem quantitativa, realizada em junho de 2020, que usou como norte os descritores: “Classificação de risco; Enfermagem; Serviço de Emergência”. Realizada a partir da busca em artigos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): SCIELO e Google Acadêmico. Foram selecionados 05 artigos para a análise e construção deste trabalho, utilizando como critérios de inclusão foram adotados os artigos entre 2015 e 2019, que contemplem o objetivo do estudo e escritos em língua portuguesa.

3. Resultados e discussões

Analizou-se entre os estudos que a utilização da Classificação de risco em um serviço de emergência é considerada algo essencial, principalmente quando se emprega o Protocolo de Manchester para essa classificação. Conforme realiza-se a organização por meio de uma cor para determinar a prioridade da assistência, como também se determina um tempo limite para a cada atendimento aos usuários, sendo que este tempo pode sofrer variações que vai de zero, que se refere ao atendimento imediato como risco iminente de morte, a 240 minutos, não existindo urgência para o atendimento (ANZILIERO et al., 2016). Nesta direção, o MS adotou no Brasil esse protocolo como forma de organização do atendimento e assim qualificar a prestação da assistência. Entretanto, para a eficácia da aplicação desta ferramenta ocorre a necessidade que o enfermeiro, como profissional responsável por essa triagem, possua domínio de todos os componentes que o cercam os serviços emergenciais e, por este motivo, torna-se imperativo conhecer e aprofundar o conhecimento quanto à aplicação do PACR (CAMARA et al., 2015). Em um estudo realizado em uma Unidade de Emergência, observou que os serviços emergenciais são utilizados pela população de maneira equivocada, ou seja, como uma única porta de acesso ao serviço de saúde, e acabam desconsiderando a atenção primária, que necessitam absorver em grande parte esta demanda de baixa complexidade (MARCONATO E MONTEIRO, 2017). No uso desse protocolo é possível atender a clientela de acordo com as necessidades assistenciais, além de aplicar o princípio de oferta equânime.

4. Conclusões:

Constatou-se que apesar dos desafios evidenciados nos estudos o acolhimento e a classificação de risco têm se mostrado uma das principais ferramentas indispensáveis para um processo de trabalho mais eficaz, e, portanto, sendo de total importância a sua aplicação nos serviços de saúde emergenciais para a melhor avaliação da clientela assistida, possibilitando assim o elevado número de acesso, bem como sua oferta equânime. Entretanto, ocorre a necessidade da busca e ampliação de pontos de atenção necessários para dar respostas às demandas e necessidades da clientela tentando ampliar a resolutividade do sistema emergencial e adoção de mecanismos e fluxos de encaminhamentos de pacientes entre os serviços. Por outro lado, o protocolo de classificação de risco tem se mostrado uma boa ferramenta na sensibilidade para prever situações graves que podem evoluir para óbito ou internação.

REFERÊNCIAS

Anziliero F, Soler BED, Silva BA, Tanccini T, Beghetto MG. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016 dez;37(4):e 64753.

Camara RF, Paulino TS, Pereira FCC, Nelson ICASR, Rocha KM, Neto LI. O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: uma revisão. *Revista Humano Ser - UNIFACEX, Natal-RN*, v.1, n.1, p. 99-114, 2015.

Marconato RS, Monteiro MI. Prioridades da classificação de risco em uma unidade de emergência e desfecho do atendimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2017;25: e2974.

Sacoman T M, Beltrammi DGM, Andrezza R, Cecílio LCO, Reis AAC. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 354-367, abr-jun, 2019.

Silveira MA, Lima PVS, Cavalcante AB, Trindade LS, Catapreta AA, Barros AMMS. A aplicabilidade da classificação de risco no sistema único de saúde: revisão bibliográfica. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit, Aracaju*, v. 4, n. 3, p. 11-26, abril. 2018.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO

Jose Mateus Bezerra da Graça, Lais Rebeca Paz Machado e Silvia Ximenes Oliveira

Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba - Brasil

E-mail: jose88159@gmail.com

Resumo: A triagem é um processo pelo qual organiza os pacientes de acordo com o nível de gravidade e não pela ordem de chegada ao serviço. O enfermeiro é o profissional mais indicado para realização da classificação de risco. Este estudo teve como objetivo constatar e avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre as atividades do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. Foi realizada uma revisão de literatura do tipo integrativa, de artigos científicos completos, nos bancos de dados: Scielo, CAPES, Lilacs, PubMed e Google Acadêmico. A classificação de risco baseia-se nos diferentes níveis de urgência e de priorização junto à estrutura do ambiente, atuando o enfermeiro na atividade de classificação de risco. A sua estrutura baseia-se através de um protocolo válido de classificação, que compreende a classificação dos pacientes, embasado nos diferentes níveis de urgência. Foi possível concluir que enfermeiro é o profissional com nível superior apto a realização da classificação de risco, organizando os fluxos de ofertas até demanda desses indivíduos que buscam a unidade.

Palavras-chave: Classificação de Risco; Emergência; Papel do Enfermeiro.

1. Introdução

A busca pelos serviços de urgência e emergência tem se maximizado durante as últimas décadas, colaborando para uma nova estruturação no que tange a prestação de assistência. Visto isso, elaboraram-se protocolos de triagem a fim de identificar por meio de prioridades clínicas a forma que cada paciente aguarda pelo serviço, com o intuito de padronizar o acesso a unidade de saúde (ACOSTA et al., 2012). No Brasil, o processo de triagem é estruturado e evidencia um processo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) identificando os pacientes por nível de gravidade, através de um atendimento centrado, evitando práticas de exclusão. A Política Nacional de Humanização (PNH) estabelece a classificação de risco como uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não se baseia pela ordem de chegada a unidade, traz outros objetivos importantes, como propor um atendimento ao usuário com

grau de risco elevado, assim como orientar o paciente que não corre risco imediato, sobre o tempo provável de espera (BRASIL, 2009). Segundo Nishio; Franco (2011), a classificação de risco baseia-se em níveis de gravidade, por cores e do tempo de atendimento. A cor vermelha representa atendimento de emergência, amarela atendimento de urgência com tempo de intervenção médica e até 30 minutos, verde atendimento de semiurgência com intervenção médica em até uma hora e a cor azul atendimento não urgente com intervenção médica em até duas horas. O Enfermeiro é considerado o profissional mais indicado para realização da classificação de risco, avaliando a gravidade ou potencial de piora do caso, assim como o nível de sofrimento do paciente. Os protocolos de classificação de risco são instrumentos que sistematizam a avaliação, sendo realizada pela enfermagem, havendo sempre um respaldo médico (BRASIL, 2009). Com o intuito de acrescentar as discursões referente à atuação do enfermeiro nos serviços de triagem/classificação de risco, surge a seguinte questão norteadora: “Quais são as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na classificação de risco?” O estudo tem o objetivo de constatar e avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre as atividades do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.

2. Metodologia

Foi realizada uma revisão de literatura do tipo integrativa, de artigos científicos completos publicados nos últimos cinco anos em periódicos indexados (nacionais e internacionais), selecionados através de buscas nos bancos de dados: Scielo, CAPES, Lilacs, PubMed e Google Acadêmico. Para responder à questão norteadora “quais são as atividades do enfermeiro na classificação de risco?” realizou-se a busca do material no mês de janeiro de 2021, utilizou-se para a pesquisa de seleção de artigos os descritores: “papel do enfermeiro”, “emergência”, “urgência”, “classificação de risco”. Como critério de inclusão optou-se por artigos publicados nos idiomas português e inglês. Foram excluídos artigos que não apresentavam fundamentação teórica relevante sobre o tema, bem como publicados anteriormente ao ano de 2011 e duplicados em bases de dados divergentes.

3. Resultados e Discussão

Desde as guerras napoleônicas a triagem era utilizada nos serviços de urgência e emergência a fim de tornar mais rápido a prestação de cuidado aos pacientes que necessitava de atendimento mais rápido, diminuindo a superlotação do serviço. Contudo ao passar do tempo com o crescente aumento de acidentes, violência urbana, questões socioeconômicas, diversos países com o intuito de melhorar o atendimento organizacional do serviço para cada região passaram a escolher a triagem como protocolo para suas unidades (CAMARA et al. ,2015). Os sistemas de classificação de risco têm objetivo de organizar as necessidades dos pacientes que chegam à busca de atendimento em serviços de emergência, priorizando quem precisam de atendimento imediato, dos que são capazes de aguarda sem risco de vida antes de uma avaliação diagnóstica e terapêutica resolutiva. Sua estrutura baseia-se através de um protocolo válido de classificação, que compreende a classificação dos pacientes, embasado nos diferentes níveis de urgência e de priorização atrelada à estrutura física e equipe profissional e tecnologia adequada (BRASIL, 2009). Referente aos sistemas de classificação de risco postos em prática no mundo, destacam-se quatro:(I) *Emergency Severity Index* (ESI) –Apresenta cinco níveis de prioridade sem

determinação quanto ao tempo para o atendimento. (II) *Australasian Triage Scale (ATS)* – Apresenta cinco níveis de prioridade baseadas em tempo-alvo e cor; (III) *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)* - Apresenta cinco níveis, que correspondem a uma cor e tempo-alvo; (IV) Sistema de Triagem de Manchester (STM) - Possui cinco níveis e a cada categoria é atribuído um número, cor e tempo aceitável. No Brasil, a triagem leva o nome de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), pois está vinculada a identificar pacientes que necessitam de tratamento imediato com base nos riscos potenciais através de atendimento centrado no usuário, evitando práticas exclusivas (Brasil, 2009). A prestação de serviço aos pacientes da unidade se dá por meio da atuação da equipe multiprofissional e agregação de outros profissionais (CAMARA et al., 2015). Bellucci Júnior e Matsuda (2012) esclarecem que o acolhimento aos indivíduos pode ser exercido por qualquer profissional em saúde, caso este esteja apto para essa finalidade. Diante à resolução nº 423, de 9 de abril de 2012, a qual normatiza no âmbito do sistema COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), a participação do Enfermeiro na atividade classificação de risco, sendo este um processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução (BRASIL, 2012). Contudo, a classificação de risco é de responsabilidade específica do profissional enfermeiro, por se tratando de um especialista de nível superior com conhecimentos e habilidades para desenvolver esta ação (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012). O julgamento feito pelo enfermeiro norteia-se na tomada de decisão onde a escuta qualificada e o julgamento clínico das queixas relatadas pelo paciente instiga a um raciocínio lógico, que originara o risco. Além disso, para que tenha uma fidedigna fonte de informações o enfermeiro interpreta a psicologia do paciente, assim como sua comunicação interpessoal e gestos de comunicação, ademais o contexto social e local em que estão inseridos. Contudo observa-se que este profissional faz uso de juízo pessoal para classificar por meio de aparência e na forma como os pacientes fazem questionamentos (FREITAS et al., 2015). Silva (2018) em uma de suas abordagens temáticas abordava a atuação do enfermeiro no ACCR nos serviços de urgência e emergência, onde referente às técnicas e procedimentos realizadas por este profissional, destacou-se a ressuscitação cardiopulmonar (84%) e a oxigenoterapia (15,5%) como procedimentos mais executado, mostrando também realização de consulta de enfermagem, administração de medicação sob prescrição médica, ademais os procedimentos que este profissional deve realizar em risco iminente a morte. Para que haja a correta aplicação do ACCR, os profissionais devem ser capacitados para sua execução em unidades de pronto socorro, de modo específico a equipe de enfermagem sendo privativo de sua classe. Dessa forma foi possível evidenciar no estudo de Freitas (2015) que a correta classificação de risco depende de forma direta no nível de experiência dos profissionais envolvidos, onde o protocolo adotado deve contemplar as mais variáveis condições dos pacientes em seus grupos de cores diversas. No estudo realizado por Hermida et al (2018) em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) eles descrevem a avaliação de estrutura, processo e resultado do ACCR na perspectiva dos médicos e enfermeiros, referente ao produto final sobre a assistência prestada obteve média 3,6, sendo a mais próxima da desejável (pontuação máxima de 5 pontos). Em referência a dimensão Processo que se relaciona as atividades prestadas atingiu menor satisfação com média 3,1. A Estrutura, que avalia os recursos materiais, humanos, financeiros e características organizacionais, atingiu média intermediária 3,4. Concluindo o estudo que estes profissionais necessitam de planejamentos capazes de maximizar a segurança, a satisfação e a qualidade dos cuidados prestados. O ambiente onde se realiza a classificação de risco quando privativo e adequado, desenvolve e abre caminhos para que o profissional enfermeiro faça uma anamnese detalhada e concisa. Este profissional quando não tem domínio bastante sobre esse protocolo de ACCR, pode

minimizar ou maximizar o risco no processo avaliativo, podendo variar de complicações simples até a morte do paciente.

4. Conclusão

Esses estudos podem verificar as evidências disponíveis na literatura. Relacionado ao papel do enfermeiro na triagem / classificação de risco Serviços de emergência. No que se refere às atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, observou-se que este profissional é responsável por tomadas de decisão, o qual estabelece a classificação de risco com priorização do atendimento conforme as necessidades dos pacientes. Foi observado também importância da humanização referente ao ACCR e relevância de conhecimento por parte destes profissionais que trabalham no serviço. Dessa forma o enfermeiro administra o fluxo de oferta e demanda dos pacientes que buscam o serviço de urgência emergência, sendo importante para as baixas taxas de morbimortalidade.

Referências

ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*, v.3, n.4, p.181-190, 2012.

BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.

BRASIL. Resolução Cofen Nº 423/2012. Normatiza, no Âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Brasília; 2012.
Brasília; 2009.

CAMARA, R. F.; PAULINO, T. S.; PEREIRA, F. C. C.; NELSON, I. C. A. S. R.; ROCHA, K. M.; INÁCIO NETO, L. O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: uma revisão. *Revista Humano Ser - UNIFACEX*, v.1, n.1, p. 99-114, 2015.

FREITAS, F. F. B.; MATOS, G. S. S.; CAVALCANTE, A. C.; PINHEIRO, M. B. G. N.; SOUSA, M. N. A. O papel do enfermeiro no serviço de acolhimento e classificação de risco no setor de urgência e emergência. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, v.2, n.3, p.314-333, 2015.

HERMIDA, P. M. V.; NASCIMENTO, E. R. P.; ECHEVARRRÍA-GUANILO, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M.; MALFUSSI, L. B. H. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. *Rev Esc Enferm USP*, v. 52, e03318, 2018.

NISHIO, E. A.; FRANCO, M. T. G. Modelo de gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

SILVA, A. M. S. M.; INVENÇÃO, A. S. A atuação do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 15, n. 39, 2018.

SILVA, P. L.; PAIVA, L.; FARIA, V. B.; OHL, R. I. B.; CHAVAGLIA, S. R. R. Acolhimento com classificação de risco do serviço de pronto-socorro adulto: satisfação do usuário. Rev Esc Enferm USP, v.50, n.3, p.427-433, 2016.

ASPECTOS RELACIONADOS AOS DISTÚRBIOS DO SONO EM IDOSOS

Italo Barros Xavier, Esmaildo Pereira Júnior, Thyago Ramon Batista de Medeiros, Airla Franklen Teófilo Trajano, Mylena dos Santos Costa e Priscilla Costa Melquíades Menezes

Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba - Brasil
E-mail: italo.barros.xavier@gmail.com

1. Introdução

O sono é um fator vital, onde “desligam-se” ou atenuam-se os sistemas dos organismos, com o intuito de prevenir a exaustão, sendo executados pela necessidade de recuperação e compensação de gastos energéticos e bioquímicos, que ocorrem em períodos de esforços (CARONE et. al., 2020). Distúrbios do sono podem trazer como resultado repercussões negativas para os seres humanos, como por exemplo, déficit cognitivo, alterações no metabolismo e distúrbios psicológicos. Quando ocorre a má qualidade do sono, ou o sono insuficiente, alguns fatores associados a patologias podem aparecer, como, obesidade, distúrbios mentais, hipertensão arterial e diabetes (CARONE et. al., 2020). A má qualidade do sono, experimentada por pessoas idosas, é tida como um fator inevitável do envelhecimento. Contudo, mesmo havendo a redução na consolidação do sono entre idosos, a sua qualidade nessa parte da população, não deve, necessariamente, ser ruim. A predominância de problemas desse tipo, em pessoas idosas, como por exemplo, a insônia, pode causar o prejuízo da função cognitiva, e até o desenvolvimento de demência, assim, evidenciando o papel importante que o sono tem, para evitar o declínio dessas funções, nesse grupo de pessoas. Entretanto, idosos tentem a ter maior sofrimento, em relação aos jovens, com a privação do sono aguda (MORENO et. al., 2018). Objetivou-se por meio dessa pesquisa identificar os aspectos relacionados aos distúrbios do sono em idosos.

Palavras-chave: Idoso; Insônia; Qualidade de vida.

2. Materiais e métodos

Trata-se de uma revisão de literatura desenvolvida através de pesquisas em sites de busca como o Google Acadêmico e SciELO, que foi realizada no ano de 2021. Foram pesquisados dez artigos, mas apenas três foram incluídos nos critérios de inclusão, que foram possuir literatura relacionada aos distúrbios do sono em idosos, distúrbios do sono, e artigos publicados entre os anos de 2015 e 2021, os demais foram descartados.

3. Resultados e discussão

No estudo de Moreno, et. al., 2018, foi realizado um estudo com 981 idosos, entre os sexos masculino e feminino, e idades entre 65 a maior que 80 anos, e foi conclusivo que entre os idosos, 44,9% apresentaram dificuldades com o sono, sendo mais frequente nas mulheres, onde 51,5% das mulheres que participaram do estudo tiveram dificuldades com o sono, e os homens 34,5%, mostrando que nesse estudo, a maioria dos casos de dificuldade do sono foi nas mulheres. Também nesse estudo, foram destacados problemas de saúde como fatores estatisticamente associados à dificuldade para dormir. Entre os que se queixaram com dificuldade no sono, 52,6% apresentaram diagnóstico de diabetes mellitus (DM), 59,2% tinham doenças articulares e 53,4% mencionaram presença de dor ou desconforto. Esse estudo encontrou maior prevalência nas mulheres idosas para os distúrbios do sono. Onde a literatura mostra, de fato, diferenças de gênero para aspectos da saúde. A longevidade pode estar associada à maior morbidade, causando essas alterações do sono nas mulheres idosas (MORENO et. al., 2018). Oliveira et. al., 2012, citado na pesquisa de Moreno et. al., 2018, sugeriram que as causas dos problemas do sono serem maiores nas mulheres estão ligadas à associação a fatores relacionados ao estresse, como conflitos familiares, e maior incidência de depressão. Onde esses fatores, tanto isolados, quanto combinados, podem trazer impactos negativos significativos para o sono. Já no estudo de Lopes et. al., 2015, foi utilizada a Escala de Qualidade de Sono de Pittsburgh, onde aborda a qualidade subjetiva do sono em, muito ruim, ruim, bom e muito bom, a latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, distúrbio do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna. A análise foi feita através do Modelo Linear Generalizado (MLG). Nessa pesquisa, participaram do estudo 168 idosos, que equivalem a mais de 80% do total amostral estimado. Esses idosos possuíam idade média de 72,3 anos, sendo em sua maioria mulheres, 122 (72,6%). Nesse estudo houve identificação de quadro depressivo em 72 idosos (42,9%), observando-se também que as mulheres estão duas vezes mais associadas à sintomatologia depressiva que os homens. Em relação às características associadas ao sono, foi notado no estudo de Lopes et. al., 2015, que aqueles com a qualidade de sono “muito boa” associam-se negativamente à depressão em idosos, estando 66% menos associados à depressão quando comparados com aqueles que apresentaram o relato de qualidade de sono “muito ruim”. Ainda no estudo, a depressão ocorreu quatro vezes mais nos idosos com médio/alto risco de distúrbio do sono, em relação aos que apresentaram sem/baixo risco de distúrbio do sono. No entanto, a associação não se confirmou após ajustamento.

4. Conclusões

Dessa forma, pode-se concluir que esses dados ratificam que os distúrbios do sono estão presentes na vida dos idosos, em maior incidência nas mulheres, vale salientar que esses distúrbios podem trazer maiores complicações para a saúde dos idosos, como citado neste trabalho. Sendo assim, a primeira ação a ser tomada para que possa haver uma mudança significativa nesse cenário, é a educação em saúde, para que seja possível desenvolver estratégias para combate dos distúrbios do sono e, conseqüentemente, conquistar a melhora na qualidade do sono.

REFERÊNCIAS

- CARONE, C. M. M.; SILVA, B. D. P. da; RODRIGUES, L. T.; TAVARES, P. S.; CARPENA, M. X.; SANTOS, I. S. Fatores associados a distúrbios do sono em estudantes universitários. **Cadernos de Saúde Pública** 2020; 36(3):e00074919. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00074919> > Acesso em: 03/01/2021
- MORENO, C. R. C.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M. L.; ULHÕA, M. A.; DUARTE, Y. A. O. Problemas de sono em idosos estão associados a sexo feminino, dor e incontinência urinária. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2018; 21(SUPPL 2): E180018.SUPL.2. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180018.supl.2> > Acesso em: 03/01/2021
- LOPES, J. M.; FERNANDES, S. G. G.; DANTAS, F. G.; MEDEIROS, J. L. A. de. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2015; 18(3):521-531. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14081> > Acesso em: 03/01/2021

IMPLICAÇÕES DA COVID-19 SOBRE O SISTEMA CARDIOVASCULAR

Micaele da Silva Garcia e Érica Surama Ribeiro César Alves

Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba - Brasil
E-mail: micaele.garcia@hotmail.com

Resumo: Descrever o conhecimento produzido na literatura acerca das implicações que a COVID-19 pode causar ao sistema cardiovascular. Trata-se de uma revisão integrativa de artigos científicos publicados entre 2019 e 2020, nas bases de dados Scielo e PubMed, selecionando-se as publicações na íntegra, além de relatórios e boletins, seguindo à seleção da literatura, a análise crítica do conteúdo para realizar a presente pesquisa. Estudos indicam que pacientes com fatores de risco cardiovasculares e cardiopatas representam um grupo de risco para desenvolver a forma grave da doença e complicações cardiovasculares, sendo as mais comuns lesão miocárdica, arritmia, cardiomiopatia, insuficiência cardíaca e tromboembolismo venoso; alguns autores citam que a taxa de mortalidade em pacientes com doença cardiovascular é a mais alta (10,5%) se comparada a outras comorbidades. Conclusões: Tendo em vista tais consequências ao sistema cardiovascular, faz-se essencial a vigilância cardiovascular eficaz para pacientes suspeitos/confirmados da doença, a fim de identificar precocemente aqueles com a forma grave da doença ou que fazem parte desse grupo de risco.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares. Infecções por Coronavírus. Sistema Cardiovascular.

1. Introdução

A pandemia provocada pela doença ocasionada pelo novo coronavírus 19 (COVID-19) surgiu no final de 2019 e expandiu-se por diversos países rapidamente. Segundo a OMS, até 15 de janeiro de 2021, foram confirmados no mundo 91.816.091 casos de COVID-19 e 1.986.871 mortes (OMS, 2021). No Brasil, onde o primeiro caso foi divulgado em 25 de fevereiro de 2020, são 8.455.059 casos acumulados e 209.296 óbitos até 15 de janeiro desse ano. (BRASIL, 2021). A COVID-19, causada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-Cov-2), um vírus de alta transmissibilidade, é transmitida principalmente pelo contato direto e indireto com gotículas respiratórias, tendo um tempo de incubação em torno de 15 dias, sendo os sintomas mais comuns: febre, tosse seca, fadiga, congestão das vias aéreas superiores e mialgia. (WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 – COVID-19, 2020). Os indivíduos que estão mais propensos a

desenvolver a forma grave da doença e complicações cardiovasculares são aqueles que possuem fatores de risco cardiovasculares (idade avançada, hipertensão, diabetes) bem como cardiopatas, considerando-se que 80% dos pacientes portadores da forma grave têm alguma comorbidade, sendo as doenças cardiovasculares (DCV) as que implicam maior complexidade na assistência à COVID-19. (ZHANG *et. al.*, 2020) As complicações mais comuns da doença são: Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG (17-29%), lesão cardíaca aguda (12%) e infecção secundária (10%), evidenciando que a magnitude do problema como um fator importante para a clínica do paciente. (BRASIL, 2020) Além disso, infectados pelo SARS-Cov-2 podem manifestar complicações cardiovasculares, sendo a lesão cardíaca aguda a alteração cardíaca mais comumente relatada, levando a prognósticos significativamente piores. (BANSAL, 2020). Diante do exposto, o presente estudo parte da seguinte questão norteadora: Quais as contribuições das pesquisas online relacionadas às implicações da COVID-19 sobre o sistema cardiovascular?

2. Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e retrospectivo bibliográfico sobre a avaliação das implicações da covid-19 sobre o sistema cardiovascular. Após a definição do tema, foi feita uma busca nas bases de dados virtuais em saúde PubMed e SCIELO, além de relatórios e boletins referentes à temática abordada. Foram utilizados os descritores: Cardiovascular System; Coronavírus Infections; Cardiovascular Diseases. Foram utilizados como critérios de inclusão as publicações sobre a temática na língua portuguesa e inglesa, sendo textos completos entre os anos de 2019 e 2020. A coleta de dados foi feita durante o mês de novembro de 2020 e, após a seleção da literatura, seguiu-se a leitura e análise crítica do conteúdo para a realização deste estudo.

3. Resultados e discussão

Diversos estudos sugerem uma associação entre DCV pré-existente e gravidade do quadro de COVID-19. Uma meta-análise de 6 estudos incluindo 1.527 pacientes com COVID-19 verificou que a prevalência de hipertensão, doença cerebrovascular e diabetes era de 17,1%, 16,4% e 9,7%, respectivamente, tendo estes pacientes probabilidade duas a três vezes maior de apresentar a forma grave com necessidade de internação em UTI. (LI *et. al.*, 2020) Em um estudo de coorte realizado na China com 72.314 pessoas, constatou-se que a taxa de letalidade em pacientes com DCV (10,5%), diabetes (7,3%) e hipertensão (6%) apresenta valores bem acima da média da população sem comorbidades (2,3%); no mesmo estudo, apenas 4,2% dos casos de COVID-19 eram pacientes com alguma doença cardiovascular, porém este grupo representou 18,3% das mortes por COVID-19. (WU; McGOOGAN, 2020). Os principais mecanismos envolvidos na lesão miocárdica são: a) Lesão direta mediada pela enzima conversora de angiotensina II, onde o coronavírus infiltra-se no tecido miocárdico devido à alta afinidade com essa enzima, levando à desregulação do sistema renina-angiotensina-aldosterona e à morte e inflamação das células miocárdicas; b) Lesão miocárdica induzida pela hipóxia, que provoca estresse cardíaco, com consequente acidose intracelular e lesão mitocondrial; c) Lesão cardíaca microvascular, relacionada à formação de microtrombos decorrente da hiperpermeabilidade vascular e hipercoagulabilidade; d) Síndrome da resposta inflamatória

sistêmica, relacionada ao aumento de ocitocinas, com consequente desregulação de células imunológicas e inflamação descontrolada, evento conhecido como “tempestade de ocitocinas” ou miocardite fulminante. (FIGUEIREDO NETO *et. al.*, 2020). Além de alterações eletrocardiográficas e ecocardiográficas, a manifestação mais comum da lesão miocárdica é a elevação de biomarcadores (em especial a troponina I cardíaca), fator considerado um dos preditores clínicos relacionados ao óbito, com diferenças significativas entre os pacientes que morreram e os que sobreviveram à alta. (RUAN *et. al.*, 2020) Em uma comparação de casos graves de COVID-19, os não sobreviventes eram pessoas mais velhas com fator de risco cardiovascular, sendo que 23% apresentaram lesão cardíaca. (YANG *et. al.*, 2020) Em um estudo de coorte, esta última também foi citada como uma das principais complicações, com 12% de prevalência. (HUANG *et. al.*, 2020). Um estudo de coorte realizado na China ressalta que as chances de morte hospitalar e gravidade aumentam com a idade, presença de doença coronariana e elevação de marcadores, destacando a insuficiência cardíaca como uma das complicações mais comuns, relatada em 23% dos pacientes com COVID-19 e também mais presente nos não sobreviventes do que naqueles que sobreviveram à hospitalização (51,9% vs 11,7%) (ZHOU *et. al.*, 2020) Vale ressaltar que a cardiomiopatia também está entre as implicações cardiovasculares comuns, presentes em 33% dos pacientes graves e relacionada à maior chance de mortalidade. (ARENTZ *et. al.*, 2020). Em uma série de 138 casos, 25% dos pacientes que necessitaram de UTI tinham histórico de DCV e 44,4% apresentaram arritmia como intercorrência, podendo tal alta prevalência ser explicada pela desordem metabólica, hipóxia ou estresse neuro-hormonal/inflamatório ocasionado pela infecção em pacientes com ou sem DCV prévia, sendo a lesão cardíaca apontada como uma das principais causas de morte. (WANG *et. al.*, 2020). Ademais, pacientes infectados com COVID-19 apresentam provavelmente risco aumentado de tromboembolismo venoso, podendo chegar a 31% a taxa de complicações trombóticas nos pacientes que desenvolveram a forma grave da doença, que geralmente apresentam parâmetros de coagulação anormais. (KLOK *et. al.*, 2020)

4. Conclusão

Tendo em vista que trata-se de um problema de saúde pública mundial e que não possui ainda um tratamento específico, a abordagem frente à COVID-19 precisa focar na prevenção tanto do agravo quanto de suas complicações, destacando a importância da busca ativa de casos suspeitos bem como da garantia da assistência adequada e cumprimento do tempo de isolamento necessário para assim quebrar a cadeia de transmissão e reduzir o número de pessoas infectadas pelo vírus. Além disso, considerando que as consequências provocadas pela doença ao sistema cardiovascular são de importância notória para a manutenção da saúde, torna-se essencial a vigilância cardiovascular mais eficaz, com rastreamento dos fatores de risco e sintomas sugestivos de complicações, para pacientes suspeitos ou confirmados da doença, especialmente pacientes com a forma grave a patologia ou que apresentem-se no grupo de risco decorrente de comorbidades cardíacas prévias, sendo para isso fundamental a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente.

REFERÊNCIAS

ARENTZ M; YIM E; KLAFF L; LOKDANDWALA S; RIEDO FX; CHONHG M; et al. Characteristics and Outcomes of 21 Critically Ill Patients With COVID-19 in Washington State. JAMA, v.323, n.16, p.1612-1614, 2020. DOI: [10.1001/jama.2020.4326](https://doi.org/10.1001/jama.2020.4326).

BANSAL, M. Cardiovascular disease and COVID-19. Diabetes Metab Syndr, v.14, n.3, p.247-250, Mai-Jun 2020. DOI: [10.1016/j.dsx.2020.03.013](https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.03.013)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COVID-19 – Painel Coronavírus: Brasília, Ministério da Saúde; 2021 (acesso em 15 de jan 2021). Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>

BRASIL. Protocolo de manejo clínico para o novo coronavírus (2019-nCoV). Ministério da Saúde, Brasília-DF, 1ª edição, 2020.

FIGUEIREDO NETO *et. al.* Coronavírus e o Miocárdio. Arq. Bras. Cardiol. v.114, n. 6, p. 1051-1057, 2020.

HUANG C; WANG Y; LI X; REN L; ZHAO J; HU Y; et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet, v.395, n.10223, p.497-506, Fev 2020. DOI: [10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).

KLOK FA; KRUIP MJHA; VAN DER MEER NJM; ARBOUS MS; GOMMERS DAMPJ; KANT KM *et. al.* Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. Thromb Res, v.191, p.145-147, Jul 2020. DOI: [10.1016/j.thromres.2020.04.013](https://doi.org/10.1016/j.thromres.2020.04.013)

LI B; YANG J; ZHAO F; ZHI L; WANG X; LIU L; et al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. Clin Res Cardiol, v.109, n.5, p.531-538, Mai 2020. DOI: [10.1007/s00392-020-01626-9](https://doi.org/10.1007/s00392-020-01626-9)

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde. Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil (atualizado em 15 de janeiro de 2021) 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>

RUAN Q; YANG K; WANG W; JIANG L; SONG J. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. Intensive Care Med, v.46, n.5, p.846-848, Mai 2020. DOI: [10.1007/s00134-020-05991-x](https://doi.org/10.1007/s00134-020-05991-x)

WANG D; HU B; HU C; ZHU F; LIU X; ZHANG J; et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA, v.323, n.11, p.1061-1069, Fev 2020. DOI: [10.1001/jama.2020.1585](https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585)

WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Report of the

WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), 16-24 Fev. 2020.

WU Z; McGOOGAN JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases

From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA, v.323, n.13, p.1239-1242, Abr 2020. DOI: [10.1001/jama.2020.2648](https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648)

YANG X; YU Y; XU J; SHU H; XIA J; LIU H; et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a singlecentered, retrospective, observational study. Lancet Respir Med., v.8, n.5, p.475-481, Mai 2020. DOI: [10.1016 / S2213-2600 \(20\) 30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5)

ZHANG, JJ; DONG, X; CAO, YY; YUAN, YD; YANG, YB; YAN, YQ *et. al.* Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. Allergy, v. 75, n. 7, p. 1730-1741, Jul. 2020.

ZHOU F; YU T; DU R; FAN G; LIU Y; LIU Z; et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet, v.395, n.10229, p.1054-1062, Mar 2020. DOI: [10.1016 / S0140-6736 \(20\) 30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

INFLUÊNCIA DA ALIMENTAÇÃO EM PACIENTES HIPERTENSOS

João Batista

Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba - Brasil
E-mail: blamehi77@gmail.com

1. Introdução

O sucesso do tratamento da hipertensão arterial com medidas nutricionais depende da adoção de um plano alimentar saudável e sustentável. Assim como os diabéticos devem evitar o açúcar, os hipertensos devem evitar ao máximo o consumo excessivo de sódio/sal de cozinha, deve focar no consumo maior de alimentos da natureza como frutas e verduras, e com outros tipos que serão passados pelo nutricionista que irá passar para determinado paciente, já que todos detêm de uma atenção individual, dando um estilo de vida mais confortável e saudável para o hipertenso. Quando ele tem predisposição genética, isso se torna ainda mais comum. (BAKRIS 2019). Atualmente, 32% da população adulta brasileira, ou o equivalente a 36 milhões de indivíduos, têm hipertensão. Desses 36 milhões, somente 50% sabem que são hipertensos, dos quais apenas 50% se tratam. (GRANDA, 2018)

2. Metodologia

Foram feitas pesquisas em 4 sites (CARREFOUR, SAÚDE BRASIL, MANUAL MSD VERSÃO SAÚDE PARA A FAMÍLIA e AGÊNCIA BRASIL.) com o intuito de expor na nossa realidade, como uma alimentação correta pode trazer uma melhor qualidade de vida e prevenir e tratar doenças como a abordada, hipertensão. Essa pesquisa foi feita no mês de dezembro de 2020, com utilização de artigos e pesquisas, os critérios foram que tais artigos fossem desenvolvidos por médicos, nutricionistas e outros profissionais que acompanharam com o passar do tempo como os pacientes em estudo evoluíam com uma alimentação controlada/equilibrada para combater as complicações trazidas pela hipertensão. E que mostrassem os benefícios da boa alimentação. Foi feita busca em artigos mais recentes, entre os anos de 2018 e 2019, para trazer um cenário mais atual.

3. Resultados e discursões

Estima-se que no mínimo 25% da população brasileira adulta, na maioria, pessoas acima dos 60 anos, sofra com a hipertensão arterial, uma doença crônica e em 90% dos casos de cunho hereditário, mas que pode surgir em qualquer pessoa que mantenha um estilo de vida pouco saudável. Como má alimentação e falta de exercícios físicos. Atualmente, 32% da população adulta brasileira, ou o equivalente a 36 milhões de indivíduos, têm hipertensão. Observando pessoas adquirindo a rotina prescrita pelos profissionais de saúde, é possível ver na prática as mudanças no físico e bem estar delas, mostrando o quanto são eficazes esses métodos antes aqui descritos. Hoje o consumo de sal pelos brasileiros varia entre 9 e 12 gramas por dia, enquanto a recomendação da Organização Mundial da Saúde é de apenas 5 gramas ou 2.400 miligramas de sódio. A hipertensão é mais comum em idosos, mas se você é um adulto sedentário e obeso, as chances de se obter a doença é altíssima. (ACTFORFOOD, 2018).

4. Conclusão

A principal medida de controle da hipertensão é a alimentação saudável e atividades físicas constantes, não se preocupar com ela apenas na velhice, quanto mais cedo mudar seu estilo de vida, melhor e mais duradoura será sua vida, evite alimentos ultra processados e embutidos, como: salsichas, linguiças, legumes em conserva, queijos amarelos, macarrões instantâneos e sucos em pó, pois eles apresentem alto teor de sódio em sua composição. Com o que foi abordado nesse trabalho, os métodos usados pelos profissionais de saúde são semelhantes, todos buscando como prioridade no tratamento, a alimentação regulada e bons hábitos de exercícios. Nas preparações culinárias use temperos naturais para substituir o sal como, por exemplo, açafrão, alho, cebola, coentro, coentro, folhas de louro, gengibre, hortelã, limão, orégano, pimentão, tempero verde, vinagre. Assim evitando agravamento e prevenindo a hipertensão.

Referências

ALANA GRANDRA, Brasil participa de banco de dados mundial sobre hipertensão. Publicado em 17/05/2018 - 14:59 Por Alana Gandra - Repórter da Agência Brasil - Rio de Janeiro. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-05/brasil-participa-de-banco-de-dados-mundial-sobre-hipertensao#:~:text=Atualmente%2C%2032%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20adulta,50%25%20t%C3%AAm%20a%20press%C3%A3o%20controlada>.

CARREFOUR, SUAS ESCOLHAS NA HORA DE COMER PODEM ESTAR TE COLOCANDO NA MIRA DA PRESSÃO ALTA. Saiba como prevenir esse mal que acomete 25% da população brasileira adulta, a partir de mudanças simples no seu estilo de vida. 2018. <https://actforfood.carrefour.com.br/Nossas-iniciativas/alimentacao-e-hipertensao>.

BAKRIS, MANUAL MSD Versão Saúde para a Família, Hipertensão arterial, por George L. Bakris. 2019. <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-do-cora%C3%A7%C3%A3o-e-dos-vasos-sangu%C3%ADneos/hipertens%C3%A3o-arterial/hipertens%C3%A3o-arterial#:~:text=A%20obesidade%2C%20o%20sedentarismo%2C%20o,hipertens%C3%A3o%20arterial%20n%C3%A3o%20causa%20sintomas>.

SAÚDE BRASIL, Alimentação Saudável é aliada no combate à hipertensão, 25 Abril 2018
Disponível em: <https://saudebrasil.saude.gov.br/eu-quero-me-alimentar-melhor/alimentacao-saudavel-e-aliada-no-combate-a-hipertensao>.

A UTILIZAÇÃO DOS NOVES CERTOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Maria Eduarda Brilhante Guedes, Eduarda Ellen de Oliveira Ferreira, Vitória Martins da Silva, Thamyres Linhares Fernandes e Mona Lisa Lopes dos Santos Caldas

Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba - Brasil
E-mail: mariaeduardabg1999@gmail.com

Resumo: A segurança do paciente é conceituada como diminuição dos atos assistências que venham proporcionar riscos ao cliente, sendo assim, buscando melhores praticas com vistas a atingir resultados significativos e que prezem pelo bem estar do assistido. Existindo respaldos legais, como a portaria de número 529, de 1 de abril de 2003, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente-PNPS(SARAIVA et al, 2019). Demonstrar a importância do uso dos nove certos, como requisito de segurança para o paciente em serviços de urgências. O trabalho é fruto de uma pesquisa de caráter descritivo exploratório, constituindo uma revisão de literatura, em que se houve consulta de artigos no google acadêmico, sciello e na plataforma periódicos capes, dos últimos cinco anos. Evidencia-se que, o ser humano não é perfeito, sendo em qualquer área passível de erro, devido desgaste físico, mental, lapso de memória, falta de concentração em determinado momento, registros inexistentes/incorretos, checagem medicamentosa ineficaz e também a ausência de conhecimentos técnicos- científicos. Salientando que, todos os fatores mencionados põem em risco a vida de diversas pessoas no âmbito da saúde, uma vez que, a administração venosa após efetuada é difícil reverter e muitas vezes esse erro ocasionando a morte (SARAIVA et al, 2019). Por esse motivo, que na sociedade contemporânea a segurança na assistência é considerada como primordial na formação dos profissionais da saúde, com intuito de melhorar o auxílio prestado e minimizar os danos ao paciente (BAPTISTA, 2018) Fica claro que, existe erros humanos em todas áreas trabalhistas, assim como na saúde, uma vez que tudo isso pode ser reduzido com a promoção de Educação em Saúde Permanente, proporcionando conhecimento a equipe e também buscando um melhor engajamento e comunicação entre os profissionais.

Palavras-chave: Atendimento de Urgência. Segurança do Paciente. Terapia Farmacológica.

1. Introdução

A segurança do paciente é conceituada como diminuição dos atos assistências que venham proporcionar riscos ao cliente, sendo assim, buscando melhores práticas com vistas a atingir resultados significativos e que prezem pelo bem estar do assistido. Existindo respaldos legais, como a portaria de número 529, de 1 de abril de 2003, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS), objetivando uma assistência qualificada e com danos mínimos. Além disso, há também a centralização do cuidado ao paciente, efetividade, equidade, a segurança e outros. Esse programa integrando todos os serviços de saúde de forma direta e indireta (SARAIVA et al, 2019; Ministério da Saúde, 2013). Ressaltando que nos serviços de atendimentos de Urgências e Emergências contidos no Sistema Único de Saúde- SUS que têm como principal objetivo prestar uma assistência com eficiência e eficácia, pois se busca restaurar os parâmetros vitais do paciente, que pode apresentar-se com risco iminente de morte, sabendo que o PNPS, é primordial. Porque a ação precisa ser efetuada rapidamente e muitas vezes negligenciando atos e os tornando inseguros para o cliente, assim reduzindo a qualidade de vida e podendo causar morte. Levando em consideração que, os maiores eventos adversos nas assistências estão correlacionados ao processo da terapia medicamentosa que inclui: prescrição, dispensação, preparação, administração e monitoramento (MATOSO et al, 2019). Os principais motivos para realização da terapêutica medicamentosa incorreta, estão: a falta de conhecimento sobre a droga a ser administrada, o cansaço referente a plantões, erros no preparo, falta de comunicação entre a equipe, a não conferência do paciente, monitoramento insuficiente, prescrição incorreta e não observância dos nove certos. Tudo isso relatado conferindo a danos humanos, sociais, psíquicos e econômicos. Valendo ressaltar que isso pode ser mudado se houver o seguimento dos protocolos instaurados pelo PNPS, sendo um deles relacionados a administração dos medicamentos, conforme o Ministério da Saúde- MS (SARAIVA et al, 2019). É perceptível que, existem diversos fatores que propiciam a fragilidade, ineficiência e execução de atos danosos, e em consequência disso houvesse a elaboração de diversos protocolos em busca da redução dos riscos no procedimento de administração de medicamentos. De acordo com o cenário exposto acima, este trabalho tem como objetivo demonstrar a importância do uso dos nove certos, como requisito de segurança para o paciente em serviços de urgências.

2. Materiais e métodos

O trabalho é fruto de uma pesquisa de caráter descritivo exploratório, constituindo uma revisão de literatura, em que se houve consulta de artigos no google acadêmico, sciello e na plataforma periódicos capes, dos últimos cinco anos. Usando como descritores: Atendimento de Urgência. Segurança do Paciente. Terapia Farmacológica. Os critérios para inclusão dos artigos foram selecionar os que eram coerentes com o tema e publicados entre os anos de 2016 a 2020 e excluído os incoerentes e publicados nos anos anteriores a 2015. Foram selecionados quatro (4) artigos para a análise e construção deste estudo, que ocorreu no período de junho de 2020.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Evidencia-se que, o ser humano não é perfeito, sendo em qualquer área passível de erro, devido desgaste físico, mental, lapso de memória, falta de concentração em determinado momento, registros inexistentes/incorretos, checagem medicamentosa ineficaz e também a ausência de conhecimentos técnicos- científicos. Salientando que, todos os fatores mencionados põem em risco a vida de diversas pessoas no âmbito da saúde, uma

vez que, a administração venosa após efetuada é de difícil reversão e muitas vezes esse erro ocasionando a morte (SARAIVA et al, 2019). Por esse motivo que, na sociedade contemporânea a segurança na assistência é considerada como primordial na formação dos profissionais de saúde, com intuito de melhorar o auxílio prestado e minimizar os danos ao paciente. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA, também constituindo um dos órgãos responsáveis pela cultura da segurança do cliente, visando um melhor preparo na realização de procedimentos de saúde e condutas de higiene adequadas (BAPTISTA, 2018)

Vale lembrar que, nos serviços de urgências e emergências é necessário muita agilidade, raciocínio, iniciativas seguras e sensatas. Mas em alguns casos ocorrendo falta de cooperação, prescrições verbais, comunicação deficiente e ambos os fatores tornando o trabalho estressante e dessa forma colaborando para a realização de erros e ineficácias no atendimento emergencial, evidente que, os principais eventos adversos ocorridos são passíveis de prevenção se houver dialogo e instauração dos protocolos (SILVA et al, 2019).

O uso apropriado dos nove certos é a medida adequada para administração farmacológica correta no setor da urgência e nos demais, sendo alguns dos certos: medicação e paciente certos, levando em consideração respectivamente a droga certa, prazo de validade, via certa, ação farmacológica correta, dose apropriada, horário adequado, antisepsia da via onde será administrada a medicação, bem como o nome completo do cliente, leito, enfermaria. Por último devendo haver a checagem no prontuário (para evitar duplicidade da administração) e anotações de enfermagem, para que assim não haja ausência de registros. Além disso é necessário monitorar o paciente adequadamente. Torna-se claro que tais medidas reduzirão os danos ao cliente, decorrente da terapia medicamentosa.

4. Conclusão

Fica claro que, existe erros humanos em todas áreas trabalhistas, assim como na saúde, uma vez que tudo isso pode ser reduzido com a promoção de Educação em Saúde Permanente, proporcionando conhecimento a equipe e também buscando um melhor engajamento e comunicação entre os profissionais com intuito de melhorar a interação interprofissionais e tornar a assistência eficaz e livre de riscos ao cliente, como o uso dos 9 certos (principalmente na urgência, onde requer agilidade e sensatez) e demais protocolos.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, V. J. Segurança do paciente no SAMU: diagnóstico para propor projeto para promover ações de saúde. Em Maringá (Dissertação). Maringá: CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR –UNICESUMAR, 2018 (Acesso em 16 de junho de 2020). Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/970>

MATOSO, I. C. F. ; FERIOLI, P. ; BORGES, T. O. ; DE LIMA, L. V. ; PEISCHIEIRA, M. R. L. ; VALSHECCI, E. A. S. S. A IMPORTÂNCIA DOS NOVE CERTOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA. ANAIS XI EPCC, UNICESUMAR – Centro Universitário de Maringá, V. 1, n. 1, p. 1-4, 2019(Acesso em 16 de junho de 2020). Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/3818>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. Brasília (DF). 2013. Acesso em: 16 de junho de 2020. Disponível:<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>. SARAIVA, F. R. S. et al. SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM: ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM PANFLETO EDUCATIVO. Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem, [S.l.], v. 3, n. 1, apr. 2019 (Acesso em: 16 Jun. 2020) ISSN 2448-1203. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/3194/2735>

SILVA, E. T. et al. FATORES QUE INFLUENCIAM A SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA. Rev baiana enferm (2019), v. 33, p. 1-14. Acesso em: 16 de Junho de 2020. Disponível: <https://cienciasmedicasbiologicas.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/33408/20765>

AFOGAMENTO COM CRIANÇAS: INTERVENÇÕES E FORMAS DE PREVENÇÃO

Luana Meireles de Sousa, Maria Eduarda Brilhante Guedes, Vitória Martins da Silva e
Cristina Costa Melquíades Barreto.

Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba - Brasil

E-mail: luanameireles77@gmail.com

Resumo: Diversos tipos de acidentes fazem parte do dia-a-dia de uma criança, o afogamento é um deles. A maior parte das vítimas são do sexo masculino, considerada a primeira causa de morte entre crianças no mundo. O afogamento ocorre quando o líquido entra em contato com as vias respiratórias por submersão ou imersão, impedindo as trocas gasosas entre O₂ (Gás Oxigênio) e CO₂ (Gás Carbônico), consequentemente, causando hipóxia e acidose na vítima, sendo a primeira, a maior alteração da fisiopatologia. Existe protocolo atualizado para atendimento desse nível, e caso a intervenção seja rápida, a chance de sobrevivência do indivíduo é relativamente alta. A cena deve ser previamente avaliada e a condição do socorrista entrar na água deve ser levada em conta, devido ao risco de exposição a afogamento duplo. O método utilizado foi de pesquisa na forma de revisão literária, com livros e artigos publicados entre 2010 e 2020, a pesquisa foi feita no período de fevereiro a março do ano de 2020.

Palavras Chave: Afogamento. Emergências. Pediatria.

1. Introdução

É quase impossível uma pessoa não gostar de água, principalmente na infância, por esse motivo, é utilizada como forma de entretenimento entre família e amigos. Não só no momento de lazer, mas também na hora do banho, ou quando os pequenos decidem explorar um pouco do desconhecido sem a supervisão dos pais ou responsáveis. A idade é um grande contribuinte de vulnerabilidade desses indivíduos, é momento de descobertas e a curiosidade faz com que a criança passe por situações de perigo constantemente. Em lugares propícios como ambientes domésticos, piscinas, praias e rios é preciso ter cautela. De acordo com Marostica. et al. (2018) o afogamento no Brasil é a segunda causa de morte entre crianças até os 14 anos, com uma média de 7.210 mortes por ano. As ocorrências prevalecem sobre indivíduos do sexo masculino, por um conjunto de fatores, dentre eles, a personalidade, homens tendem a arriscar-se mais que as mulheres (GOMES; BIFFI; RIBEIRO, 2017). O processo de afogamento começa quando a via aérea do paciente está submersa. Após o início das medidas de ressuscitação, o processo de afogamento e?

interrompido (MAROSTICA. et al., 2018). A hipóxia é a alteração fisiopatológica mais importante. A apneia é a primeira resposta antes da falta de O₂ e da perda do nível de consciência. Quando a água é engolida involuntariamente, o corpo passa a provocar reflexos como tosse ou, raramente, laringoespasmo, causando a hipóxia na vítima (BURNS. et al., 2017). O tratamento da vítima de afogamento envolve quatro fases: o resgate, o Suporte Básico De Vida (SBV), Suporte Avançado de Vida (SAV) e cuidados pós ressuscitação cardiopulmonar (RCP), envolvendo equipe multiprofissional (BERNOCHE; et al., 2019). O objetivo desta pesquisa foi descrever formas de abordagem eficazes, segundo o protocolo de Suporte Básico de Vida.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, a busca foi realizada no período entre fevereiro e março de 2020, se deu por livros do acervo da biblioteca virtual e física do UNIFIP (Centro Universitário de Patos) e artigos científicos da área de ciências da saúde, com temáticas sobre pediatria, emergências e afogamento em revistas dos portais SciELO, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Google Acadêmico e American Heart Association (AHA). Foram utilizados 6 livros, 5 artigos científicos e 1 manual “Guideline” da AHA, com critério de datas entre 2010 até o ano de 2020. Inclusive, também foram consultados os livros PHTLS (Atendimento pré-hospitalar traumatizado) oitava e nona edição, sendo a nona edição em língua espanhol e ATLS (Suporte Avançado de Vida no Trauma) nona e décima edição, a décima em inglês, traduzindo ambos para o idioma português com ajuda do Google Tradutor e as próprias edições em português.

3. Resultados e Discussão

O SBV é extremamente necessário na cena, por ser completo e eficaz quando prestado em tempo hábil. Independente do paciente, se são gestantes, crianças ou idosos, a avaliação primária utiliza o mnemônico XABCDE, onde o X, sigla em inglês “Exanguinating bleeding”, só será levado em consideração quando houver sangramento externo grave (NAEMT, 2020). No afogamento, é contraindicado tentar entrar na água. Na condição de o socorrista precisar entrar na água, ele deve ser treinado e ter segurança para poder prestar resgate e retirada da água, pois a vítima pode se tornar violenta por causa do pânico, levando em consideração um risco para afogamento duplo, prezando pela segurança de ambas as partes para que não venha acontecer desastre maior envolvendo socorrista e vítima, atrapalhando a eficiência do atendimento (NAEMT, 2017). Na retirada do paciente da água é indicado que faça com a vítima em decúbito lateral se estiver respirando, enquanto houver pulso a pessoa pode necessitar apenas de ventilações de resgate (SZILPMAN; et al., 2012). Caso ela não esteja respirando, podendo evoluir para PCR (Parada Cardiorrespiratória), a conduta inicial na avaliação primária, baseia-se em abertura de vias aéreas, estabilização da cervical, ventilações de resgate e caso não haja progresso no quadro, deve-se dar início na sequência C-A-B, ou seja, compressões torácicas de alta qualidade, caso não tenha como fazer ventilação, iniciar entre 100 e 120 compressões por minuto. No caso de haver apenas um socorrista, fazer 30 compressões (entre 2 a 5 centímetros de profundidade) mais 2 ventilações, e se forem dois socorristas, intercalar entre 15 compressões e 2 ventilações (BERNOCHE; et al, 2019); (NAEMT, 2020); (AHA, 2015); (DUFF, 2019), tratamento da hipotermia, e avaliação neurológica da criança. Ainda de acordo com o PHTLS, NAEMT (2020) Não se descarta o uso de oxigênio suplementar apenas constatando que a criança está com a via aérea aberta, o

paciente pode evoluir desde uma taquipneia leve, a um estado de exaustão resultando em apneia rapidamente, especialmente se houver lesão no SNC (Sistema Nervoso Central). Caso a criança esteja sendo ventilada e oxigenada de acordo com o SBV, é desnecessário o uso de vias aéreas avançadas. A intubação endotraqueal, mesmo sendo a mais confiável deve ser reservada para os casos em que haja falha na máscara de válvula-bolsa (DUFF, 2019). A intubação nasotraqueal não é indicada em crianças. E se o paciente pediátrico necessitar de intervenção por via aérea superior avançada, antes do procedimento ele deve ser bem oxigenado previamente. Um período de hipóxia na criança por múltiplas tentativas de intubação pode ser mais prejudicial do que ventilar apenas com dispositivo de máscara de válvula e bolsa e fazer o transporte correto. No ATLS (2012), diz que: com boa ventilação e perfusão o paciente é capaz de manter um pH normal. A posição em decúbito dorsal da criança pode dificultar no atendimento SAV, pelo fato do infante ter língua maior, lobo occipital mais protuberante que o de um adulto e laringe mais anterior, pode-se adotar a posição de “cheirador” (que consiste na colocação de uma camada de aproximadamente uma polegada de preenchimento abaixo do dorso da criança ou bebê) na hora da intubação para ajudar na visualização da laringe. (ATLS, 2018); (NAEMT, 2020). A manobra de Heimlich, se utilizada nessa criança pode induzir a broncoaspiração (LA TORRE; et al., 2013), exceto nos casos de afogamento por leite materno, onde a manobra de Heimlich e as compressões abdominais, serão os únicos meios no qual o socorrista poderá recorrer. Nos casos onde há presença de vômito, recomenda-se lateralização da cabeça. A cianose, a apneia, o tempo, a temperatura na água, o modo como o paciente foi abordado, o tempo de início das manobras de RCP (Ressuscitação Cardiopulmonar) e a resposta do paciente, influenciam no prognóstico e tratamento (BURNS; et al., 2017). A escala de coma de Glasgow menor que 5, midríase e convulsões fazem parte de um mau prognóstico. Na Europa e EUA (Estados Unidos), foram registrados casos de sucesso em reanimação de crianças e bebês. A criança tem menos massa corporal, fator que ajuda na hora do resfriamento que se torna mais rápido do que nos adultos e, consequentemente, impedindo que subprodutos tóxicos se formem, causando menos danos irreversíveis (NAEMT, 2017). De acordo com uma pesquisa feita por Nogueira; et al (2016), entre 2001 e 2010, os casos de afogamentos predominaram nos meses entre dezembro e março, por serem meses mais quentes e coincidir com período de férias escolares, acredita-se que esses fatores contribuem para o aumento da incidência, já que muitas famílias viajam para litorais e querem aproveitar em lugares co aquáticos.

4. Conclusões

A maioria dos casos podem ser evitados utilizando-se métodos que priorizem a prevenção, como: barreiras físicas; conscientização para que crianças nadem ou tomem banho sempre com a presença dos adultos responsáveis; não as deixarem sozinhas perto de piscinas, tanques, baldes, banheiras, vasos sanitários, entre outros locais que ofereçam perigo, mesmo que elas saibam nadar. Em passeios fazer uso de boias, ou câmaras de ar, atentar para ler e seguir instruções de segurança, bem como, presença de profissionais capacitados que possam prestar assistência com rapidez e eficácia em lugares aquáticos. Vale salientar que, câimbras, traumas por mergulho e convulsões são grandes fatores de risco para a ocorrência do afogamento. A partir do que foi visto, fica explícito que, diante do risco de afogamento, é crucial pôr em prática meios de prevenção e controle para que haja uma redução significativa da incidência dos casos de afogamento por crianças, e que, tal momento de diversão, higiene ou brincadeira, por um descuido não tenha que custar

uma ou mais vidas. É de suma importância que sejam feitas campanhas que objetivem ajudar na conscientização das pessoas e intensificar a disseminação destas informações.

Referências

- AHA - AMERICAN HEART ASSOCIATION. Atualização da Diretrizes de RCP e ACE. Dallas. Projeto de Destaques das Diretrizes da AHA. 2015.
- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Advanced Trauma Life Support ATLS. 10. Ed. Chicago. Nancy Peterson; 2018.
- BERNOCHE, C.; TIMERMAN, S; POLASTRI, T. F.; GIANNETTI, N. S.; SIQUEIRA, A. W. S.; PISCOPO, A.; et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2019 [Acesso em: 6. Mar. 2020] 113(3):449-663. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2019000900449.
- BURNS, D. A. R.; JÚNIOR, D. C.; SILVA, L. R. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4. ed. Barueri: Manole; 2017.
- COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. Suporte Avançado de Vida no Trauma ATLS. 9. ed. Chicago. Nancy Peterson; 2012.
- DUFF, J. P.; TROJIAN, A. A.; BERG, M. D.; CHAN, M.; HASKELL, S. E.; JOYNER JR, B. L.; et al. 2019 American Heart Association Focused Update on Pediatric Advanced Life Support: Na Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation; 2019 [Acesso em: 21. Mar. 2020] 140(24):114-128. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000731>.
- GOMES, G. A.; BIFFI, D.; RIBEIRO, V. R. Perfil Epidemiológico das Vítimas de Afogamento do Estado do Rio Grande do Sul. Revista Perspectiva: Ciência e Saúde. 2017 [Acesso em: 27. Fev. 2020] 2(2):13-22. Disponível em: <http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/110>.
- LA TORRE, F. P. F.; PASSARELLI, M. L. B.; CESAR, R. G.; PECCHINI, C. R. Emergências em Pediatria: Protocolos da Santa Casa. 2. ed. Barueri: Manole, 2013.
- MAROSTICA, P. J. C.; VILLETTI, M. C.; FERRELLI, R. S.; BARROS, E. Pediatria: Consulta Rápida. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- NAEMT - COMITÊ DO PHTLS DA NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. PHTLS Atendimento Pré-hospitalar Traumatizado. 8. ed. Burlington: Jones e Bartlett Learning; 2017.
- NAEMT - COMITÊ DO PHTLS DA NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. PHTLS Soporte Vital de Trauma Prehospitalario. 9. ed. Burlington, Jones e Bartlett Learning; 2020.

NOGUEIRA, C. M.; GALVÃO, P. V. M.; SANTOS, R. A. C. C.; FRAGOSO, B. R. T. A.; FILHO, J. R. L.; SOUZA, E. H. A. Mortalidade por Afogamento em Crianças Menores de 5 Anos no Brasil: 2001 a 2010. Revista Baiana de Saúde Pública. 2016 [Acesso em: 12. Mar. 2020] 40(3):616-632. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1701>.

SZILPMAN, D.; et al. Drowning: Current Concepts. The New England Journal of Medicine. 2012 [Acesso em: 27. Fev. 2020] 366:2102-2110. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1013317>.

USO TERAPEUTICO DO CANABIDIOL PARA O TRATAMENTO DE PARKINSON

Elias Macedo Abilo, Maria Benigna de Lima Amorim, Stefany Augusto Pinto, Silvia Ximenes Oliveira, Ana Paula Dantas da Silva Paula e Hellen Renatta Leopoldino Medeiros

Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba - Brasil

E-mail: macedoabilo@gmail.com

Resumo: A doença de Parkinson (DP) é um transtorno neurodegenerativo crônico caracterizado por sintomas motores e não motores, sendo frequente na população idosa. Embora a doença de Parkinson atualmente não tenha cura, há várias opções de tratamento, incluindo medicação e cirurgia. Os tratamentos tradicionais para Doença de Parkinson incluem: Medicamentos dopaminérgicos (incluindo levodopa), Inibidor de descarboxilase, Agonistas de dopamina, Anticolinérgicos, Inibidores de MAO-B, Inibidores de COMT. Cientes de que os tratamentos farmacológicos disponíveis não são eficazes para uma parcela significativa dos pacientes, algumas pesquisas recentes sugerem que o fitocanabinóide canabidiol (CBD) poderia ser eficaz no tratamento de alguns sintomas devido ao seu vasto aporte terapêutico neuroprotetor. Identificar na literatura os benefícios do canabidiol para o tratamento de Parkinson. Pesquisa de caráter bibliográfico onde foram feitas análises em materiais científicos, como: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google acadêmico. Para tanto, foram selecionados artigos datados de 2015 a 2019. A Doença de Parkinson (DP) é considerada a segunda patologia neurodegenerativa mais comum na população, sendo caracterizada pela redução da influência dopaminérgica. Os tratamentos existentes atualmente têm como objetivo aumentar os níveis de dopamina, contudo mostram-se ineficazes relativamente à progressão da doença e alguns provocam efeitos colaterais prejudiciais para a qualidade de vida do doente. No caso da CB, exerce uma ampla variedade de ação farmacológica sem interação com o sistema dopaminérgico e, portanto, não causando euforia, agitação ou eventos motores quaisquer, sendo estes os efeitos adversos mais frequentes no uso de terapias convencionais. Embora muito evidenciado em diversas pesquisas sobre sua eficácia, o canabidiol tem seu uso muito restrito em alguns países sendo esse o impasse para o desenvolvimento científico. Vale salientar que os efeitos terapêuticos não só como neuroprotetor já foram comprovados, porém o que ainda limita seu uso é a possibilidade de dependência.

Palavras-Chave: Canabidiol; Parkinson; Terapêutica

1. Introdução

A doença de Parkinson (DP) é tida como uma das primeiras no ranking de distúrbios do movimento, sendo frequente na população idosa. Trata-se de um transtorno neurodegenerativo crônico caracterizado por sintomas motores (bradicinesa, tremores, rigidez) e não motores (transtornos psicóticos, do humor e do sono). Os tratamentos farmacológicos disponíveis não são eficazes para uma parcela significativa dos pacientes, assim, pesquisas recentes sugerem que o fitocanabinóide canabidiol (CBD) poderia ser eficaz no tratamento de alguns sintomas da DP. (SANTOS; HALLAK; CRIPPA, 2019). Alguns estudos já demonstraram que a administração do CBD é segura para fins terapêuticos sendo comprovados seus efeitos anti-inflamatório, antioxidantes e neuroprotetor tanto em modelo animal quanto em humanos. O primeiro estudo que avaliou o potencial terapêutico em pacientes com DP foi realizado por Zuardi e colaboradores (2009) que estudaram as propriedades do CBD na psicose na DP. (FARIA; CHAGAS, 2018). O presente estudo a respeito do uso do canabidiol no tratamento da doença de parkinson, tem como objetivo destacar suas propriedades terapêuticas e esclarecer acerca d métodos pouco convencional e ainda não tão conhecido pela população.

2. Materiais e métodos

Para a elaboração do trabalho evidenciando tal temática proposta foram feitas análises em materiais científicos, como: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google acadêmico. O resultado bibliográfico foi executado por meio da seleção de estudos publicados entre o período de 2015 a 2019 que abordavam o tema. As palavras-chaves utilizadas foram: Canabidiol; Parkinson; Terapêutica.

3. Resultados e discussões:

A Doença de Parkinson (DP) é considerada a segunda patologia neurodegenerativa mais comum na população, sendo caracterizada pela redução da influência dopaminérgica. Indícios mostram um aumento de AEA e uma diminuição nos níveis de 2-AG em pacientes portadores da DP e em modelos animais induzidos ao parkinsonismo. (MARCHIONI, 2019). A terapia da DP utiliza medicamentos que aliviam os sintomas da síndrome, sendo a levodopa a droga mais prescrita. Embora este medicamento alivie os sintomas, seu uso a longo prazo está associado a efeitos adversos motores, como discinesias, e a perda da eficácia. (CAMARGO FILHO, 2019). Os tratamentos existentes atualmente têm como objetivo aumentar os níveis de dopamina, contudo mostram-se ineficazes relativamente à progressão da doença e alguns provocam efeitos colaterais prejudiciais para a qualidade de vida do doente, pelo que se torna necessário investigar e produzir novos fármacos capazes de impedir a evolução da doença de Parkinson e com efeitos adversos menos graves. É então que surge a oportunidade de apostar no desenvolvimento de novas terapêuticas anti-parkinsonianas, baseadas na administração de canabinóides ou seus análogos sintéticos. (POÇAS, 2017). O CB age em diversos sistemas neuronais e também no sistema endocanabinóide (GABA, serotonina, glutamato, entre outros). O CBD exerce uma ampla variedade de ação farmacológica sem interação com o sistema dopaminérgico e, portanto, não causando euforia, agitação ou eventos motores quaisquer. (SANTOS; SCHERF; MENDES, 2019)

Um estudo avaliou 339 pacientes com diagnóstico de DP, que faziam uso de diferentes tratamentos antiparkinsonianos, através de um questionário modificado a partir de Consroe and colleagues.⁵³ Antes da realização do questionário foi primeiramente explicado aos pacientes o significado de rigidez muscular, bradicinesia e discinesia. Em seguida os pacientes deveriam preencher o questionário respondendo os dados pessoais, os dados sobre o uso de Cannabis, e avaliar se houve mudança na intensidade de cada sintoma com o uso da planta de acordo com uma escala (melhora substancial, melhora intermediária, sem alterações, piora moderada, piora substancial ou não conseguiu optar). Os resultados revelaram que 25,1% faziam uso da Cannabis predominantemente por via oral, pelo menos uma vez ao dia, sem conhecimento prévio de como usar. Estes pacientes referiram fazer o uso por conta própria utilizando as folhas frescas ou secas da planta. Após o uso da Cannabis 45,9 % descreveram uma melhora moderada ou substancial dos sintomas gerais da DP, 30,6% relataram uma melhora no tremor de repouso, 44,7% relataram alívio da bradicinesia, 37,7% alívio da rigidez muscular e 14,1% na melhora da discinesia induzida por levodopa. (CAMARGO FILHO, 2019). Os últimos cinco anos têm demonstrado um notável aumento de publicações sobre o canabidiol, principalmente estimulado pela descoberta dos seus efeitos anti-inflamatório, anti-oxidativo e neuroprotetor. Entretanto, o THC é indiscutivelmente, o canabinóide mais conhecido, e que tem o potencial terapêutico mais explorado. (MOURA, 2017).

4. Conclusão

Embora bastante evidenciado suas interações com os receptores do sistema nervoso e sendo ele por comprovação responsáveis por efeitos farmacológicos antioxidante, neuroprotetor e usado no tratamento de ansiedades até crises convulsionantes. O seu uso para o tratamento de Parkinson ainda não tão elucidado visto que ainda sofre restrições por partes de determinadas leis, os estudos feitos sobre o uso do canabidiol tem que ser mais ainda elaborado e sistematicamente aprofundado devido ao seu poder de dependência e alguns efeitos adversos entre os mais conhecidos a depressão e o retardo mental. Porém é notável seu desempenho acerca da diminuição dos distúrbios motores causados quando este paciente é submetido a tratamentos convencionais como descrito na pesquisa.

Referencias

DOS SANTOS, Rafael G.; HALLAK, Jaime EC; CRIPPA, José Alexandre S. O uso do canabidiol (CBD) no tratamento da doença de Parkinson e suas comorbidades. **Revista de Medicina**, v. 98, n. 1, p. 46-51, 2019.

FARIA, Stephanie Martins de; CHAGAS, Marcos Hortes Nisihara. Efeitos da administração aguda do Canabidiol na ansiedade e nos tremores induzidos pelo teste de simulação de falar em público em pacientes com doença de Parkinson. 2018. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria)–Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DE ALMEIDA CAMARGO FILHO, Marcelo Ferrari et al. Canabinóides como uma nova opção terapêutica nas doenças de Parkinson e de Alzheimer: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 55, n. 2, 2019.

MARCHIONI, Camila. Determinação de endocanabinóides e canabinóides em amostras biológicas de pacientes com a doença de Parkinson por cromatografia líquida de ultra eficiência acoplada à espectrometria de massas em tandem. 2019. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

POÇAS, Cátia Souto et al. Canabinóides–Perspetivas no tratamento da Doença de Parkinson. 2017. Dissertação de Mestrado.

SANTOS, Arnóbio Barros; SCHERF, Jackelyne Roberta; DE CARVALHO MENDES, Rafael. Eficácia do canabidiol no tratamento de convulsões e doenças do sistema nervoso central: revisão sistemática. *Acta Brasiliensis*, v. 3, n. 1, p. 30-34, 2019.

MOURA, E. R. et al. Potencial terapêutico da cannabis sativa: canabidiol e tetrahydrocannabinol.

A SÍNDROME DE BURNOUT NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Amanda Maria da Silva Alves, Henrique Vitor Vale, Lucas Faustino Barbosa e Renata Mota dos Santos

Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba - Brasil
E-mail: mandaalves1986@gmail.com

1. Introdução

Síndrome de Burnout (SB) ou Síndrome do Esgotamento Profissional é um distúrbio emocional com sintomas de exaustão extrema, estresse e esgotamento físico resultante de situações de trabalho desgastantes, que demandam muita competitividade ou responsabilidade (BRASIL, 2019). Adaptado à língua portuguesa como síndrome do esgotamento profissional ou estafa, a SB é caracterizada como uma síndrome psicossocial que ocorre em resposta aos estressores ocupacionais severos presentes no trabalho (ESTEVES, LEÃO, ALVES 2019, apud MACHADO & PORTO-MARTINS, 2015; REATTO, SILVA, ISIDORO, & RODRIGUES, 2014). O estudo do Burnout ou desgaste profissional teve início com os artigos de Freudenberg (1974), nos quais o autor relata a experiência de exaustão de energia que observava nos voluntários e profissionais em funções assistenciais e de ajuda quando estes se sentiam sobrecarregados pelos problemas dos pacientes (POCINHO, 2011). Segundo Oliveira (2013), um dos ambientes de saúde considerados mais estressantes é a unidade de emergência. Por ter que lidar diariamente com o sofrimento das pessoas e familiares, chegando ao ponto em que também afeta a vida dos profissionais da área da saúde, além do estresse diário. A SB pode acometer qualquer profissional independente da área de ocupação, porém, os profissionais expostos ao sofrimento alheio como os enfermeiros e técnicos de enfermagem, tendem a ter maior risco para desenvolver (SILVA et al., 2019). A SB pode ser confundida com o estresse e também com a depressão, porém ambos diferem em seus sinais e sintomas, por exemplo: A síndrome provoca numerosos danos à saúde emocional e física dos trabalhadores, como irritabilidade; desenvolvimento de humor depressivo; fadiga; redução da autoestima; ideais suicidas; agressividade; alterações de memória e concentração; dores musculares; distúrbios do sono e sexuais; úlcera; comprometimento imunológico, cardiovascular e hormonal; isolamento social; aumento do consumo de drogas e desilusão (LIMA et al., 2017). O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica de publicações sobre a Síndrome de Burnout, em artigos publicados nos anos de 2015 a 2019, enfatizando a área da enfermagem.

2. Metodologia

A metodologia foi baseada em pesquisas, em artigos sobre a Síndrome de Burnout, realizado por meio das seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Revista Saúde Medline da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), foi ocorrido uma leitura minuciosa sobre o material em fevereiro de 2020.

3. Resultados e Discussão

Segundo Silva (2019), a fase inicial pode ser confundida com a depressão, pois apresenta agressividade, isolamento, mudança de humor, irritabilidade, dificuldade de concentração, falha da memória, ansiedade, tristeza, pessimismo, baixa autoestima e ausência no trabalho. E por isso, que é de extrema importância que o profissional de saúde seja conhecedor dessa síndrome, pois ajuda no momento de dar o diagnóstico. Segundo Pocinho (2011), o stress está intimamente ligado a um processo de adaptação provisório e é caracterizado por sintomas mentais e físicos; já o SB, está relacionado com uma quebra na adaptação acompanhada de mau funcionamento crônico. É importante lembrar que esta síndrome pode desenvolver-se em qualquer outra área de trabalho, em estudantes e mães em tempo integral, por exemplo, mas não quer dizer que todos irão futuramente desenvolver esta síndrome. De uma forma geral, uma pessoa depressiva tende a se sentir culpada pelo que lhe acontece; já o indivíduo com SB sente fúria por não conseguir lidar com a sua frustração profissional (POCINHO, 2011). Christina Maslach, psicóloga social, foi quem entendeu primeiramente, em estudos com profissionais de serviços sociais e de saúde, que as pessoas com *burnout* apresentavam atitudes negativas e de distanciamento pessoal. E foi também Christina Maslach, quem criou a escala de avaliação para o Burnout, *Maslach Burnout Inventory* ou MBI, tratando-se de uma escala de autoavaliação de tipo Likert em que é pedido ao sujeito que avalie, em sete possibilidades, com que frequência sente um conjunto de sentimentos expressos em frases (CARLOTTO, 2006). Embora o MBI - Maslach Burnout Inventory apresente um bom ajustamento quanto a sua fidedignidade e validade, demonstra uma insuficiência psicométrica, principalmente ao ser adaptado para outros idiomas, exceto o inglês (GIL-MONTE, CARLOTTO, & CÂMARA, 2010). Nesse sentido, outro instrumento de avaliação que se apresenta como uma alternativa para avaliação da SB é o Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). O CESQT compreende a SB como uma resposta ao estresse laboral crônico (ESTEVES, LEÃO, ALVES 2019). Em um estudo utilizando o questionário com base no MBI no SAMU – Picos/ Piauí foram encontrados resultados semelhantes, sendo 87,5% dos enfermeiros com nível baixo a moderado, enquanto 66,7% dos técnicos de enfermagem com reduzida realização profissional em nível alto. Outro estudo com os profissionais de enfermagem do SAMU de uma cidade de médio porte da região norte catarinense, aponta que os profissionais entrevistados estão na fase inicial da Síndrome de Burnout. Dentro dos limites do Inventário de Burnout de Maslach, constatou-se que os enfermeiros possuem a possibilidade de desenvolver a Síndrome de Burnout; enquanto os técnicos de enfermagem vivenciam a fase inicial da síndrome (SILVA et al., 2019). Segundo Silva e Menezes (2008) citado por Lima (2017) a maioria dos estudos sobre SB nos profissionais de saúde investiga equipes de enfermagem e médicos, observando-se uma lacuna de conhecimento acerca dos demais profissionais integrantes da APS e suas características que possam ser relacionadas à SB. De acordo com Santos et al

(2019) os estudos realizados afirmam que os enfermeiros possuem maior nível de estresse se comparados aos outros profissionais de saúde, devido à função dupla que exercem e a sobrecarga de trabalho que normalmente atinge esses profissionais. Pesquisas anteriores evidenciam ainda que se pode adicionar os seguintes fatores como estressantes: a falta de autonomia do profissional, falta de preparo e capacitação dos profissionais, ambiente de trabalho conflituoso, acidentes biológicos e desvalorização profissional. Mercês et al (2019) afirma que a SB é fator de exposição para: Transtornos Mentais Comuns (TMC), iatrogenias, uso de substâncias psicoativas, ideação suicida e tentativa de suicídio, dor musculoesquelética, distúrbios do sono, imunidade prejudicada, adiposidade abdominal, resistência à insulina, hipercolesterolemia, diabetes tipo 2 e Síndrome Metabólica (SM). Para a maioria dos enfermeiros, a remuneração não é suficiente para se manterem e às suas famílias, assim, é necessária a obtenção de outro vínculo de trabalho, o que pode gerar desgaste físico e psicológico. Muitas vezes não têm tempo para desfrutar de momentos de lazer, convívio social e familiar e, durante suas atividades, lidam com situações de desgaste emocional, morte e o sofrimento de seus pacientes e familiares (BEZERRA et.al, 2019). Tanto Pontes (2016) como Cândido e Souza (2016) relatam que a Síndrome de Burnout já encontra-se registrada no CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) e as leis brasileiras de auxílio-doença ao trabalhador já a reconhecem como uma doença causada pelo trabalho. Bezerra et al (2019) Realizaram uma pesquisa no período de janeiro a março de 2016, em um hospital universitário com enfermeiros vinculados à Universidade, de regime estatutário, exerciam carga horária de 30 horas semanais, por meio de plantões diários de seis horas, nos turnos da manhã ou tarde, ou plantões diurnos ou noturnos de 12 horas, correspondendo a 10 plantões mensais. Dos enfermeiros pesquisados, notou-se que houve predominância do sexo feminino. Mulheres estão mais propensas a terem mais alto nível de estresse e pior qualidade de vida, a maioria dos participantes se encontrava casada, com achados de estudo anterior realizado com enfermeiros. Contrariamente ao observado na presente pesquisa, outro estudo evidenciou a maioria de enfermeiros solteiros, e isso talvez se deva ao fato de o trabalho em turnos e horários rotativos dificultar a disponibilidade para o lazer e a constituição de família. A dupla jornada de serviço predominou na investigação. Quanto aos hábitos de lazer, verificaram-se nos entrevistados porcentagens iguais para os que praticavam e os que não praticavam atividades físicas. E propõe que a prática do exercício seja realizada de modo regular para melhoria nas situações de saúde dos trabalhadores da Enfermagem. dos trabalhadores da Enfermagem. Acredita-se que trabalho estressante, ausência de possibilidade de mudança, obrigações, cobranças, conflitos permanentes, particularmente na área da saúde, pela especificidade do cuidado em situações de sofrimento e exigências de mais competências interpessoais, por conseguinte, podem causar danos psicológicos e acarretar o SB. Como avanço para a ciência da Enfermagem, pode-se citar o reconhecimento da realidade de saúde dos enfermeiros, dos principais fatores desencadeadores, dos níveis de estresse e de haver ou não SB, que podem gerar falhas no cuidado, na atenção à saúde dos pacientes (BEZERRA et.al, 2019). Há diferença dos níveis de estresse entre os profissionais da área de saúde, sendo os enfermeiros como profissionais de mais alto nível de estresse, estando associado às atividades gerenciais e assistenciais que eles desenvolvem como coordenação de equipes, atividades de supervisão, cobranças da administração, além de realizar a atividade assistencial (SANTOS et.al 2019).

4. Conclusões

Conclui-se que a Síndrome de Burnout é ocasionada pelo estresse, podendo causar exaustão física e emocional nos indivíduos, e podem existir vários fatores que podem influenciar o seu surgimento. No início podemos até confundir com apenas estresse, por causa do trabalho, ou de problemas pessoais, mas cabe aos profissionais, sabermos e percebermos as diferenças entre ambas, sendo um assunto importante a ser estudado. E quantos profissionais que conhecemos podem ter SB? E resolvem ignorar, por achar que se trata de estresse, e por fim prejudicando o seu trabalho. Outros podem até fazer uso de medicamentos, ou até mesmo de drogas, fazendo assim piorar o quadro da doença. Podemos encontrar profissionais que tenham SB, e se recusar a aceitar que estejam doentes, pelo fato de lidarmos com todos os tipos de pacientes e enfermidades, e pensar que enquanto enfermeiros ficarão imunes a toda e qualquer tipo de doença. Lembrando que, todas as pessoas que convivem com estresse constante, pode vir a desenvolver algum transtorno psicológico, como depressão e ansiedade. Portanto, o enfermeiro é um profissional que vive sob condições estressantes de trabalho, seja na unidade de emergência, no hospital ou nas unidades básicas de saúde, e para evitar o estresse, devem procurar praticar atividades físicas.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Síndrome de Burnout: o que é, quais as causas, sintomas e como tratar. Ministério da Saúde. Disponível em: < <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/sindrome-de-burnout> > Acesso em: 23 de mar. de 2020.
- ESTEVES, G.G.L; LEÃO, A.A.M; ALVES, E.O. Fadiga e estresse como preditores do Burnout em Profissionais da Saúde. Rev. Psicol., Organ. Trab. vol.19 no.3 Brasília jul./set. 2019;
- POCINHO, Margarida; PERESTRELO, Célia Xavier. Um ensaio sobre burnout, engagement e estratégias de coping na profissão docente. Educ. Pesqui. vol.37 no.3 São Paulo Sept./Dec. 2011;
- CALORTTO, M.S.; CÂMARA. S.G. Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory - Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. PsicoUSF v.11 n.2 Itatiba dez. 2006;
- OLIVEIRA, Alice Diniz. Fatores desencadeadores do estresse do enfermeiro no atendimento de emergência – Revisão de literatura. Goiás: 2013;
- SILVA, F. G. *et al.* Predisposição para síndrome de burnout na equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista Enfermagem em Foco*, Brasília: v.10, n. 1, p. 40-45, 2019;
- LIMA, A. S.; FARAH, B. F.; TEIXEIRA, M. T. B. Análise da prevalência da síndrome de *Burnout* em profissionais da atenção primária em saúde. Rio de Janeiro: 2017;
- Santos, Érika K. M., Durães, R. F., Guedes, M. de S., Rocha, M. F. O., Rocha, F. C., Torres, J. D. R. V., & Barbosa, H. A. (2019). O estresse nos profissionais de saúde: uma

revisão de literatura. *HU Revista*, 45(2), 203-211. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2019.v45.25645>

MERCES, M.C. *et.al.* Evidências científicas sobre a associação entre *burnout* e síndrome metabólica: revisão integrativa. *Acta paul. enferm.* vol.32 no.4 São Paulo Jul./Ago. 2019;

BEZERRA, C.M.B. *et.al.* Prevalência do estresse e síndrome de burnout em enfermeiros no trabalho hospitalar em turnos. *REME – Rev Min Enferm.* 2019[citado em 23 de mar. de 2020];23:e-1232 Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1378> Acesso em: 16 de mar. de 2020.

CÂNDIDO, J. SOUZA, L.R. Síndrome de burnout: as novas formas de trabalho que adoecem. *Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos.* [Consult. a 23 de mar. de 2020]. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?sindrome-de-burnout-as-novas-formas-de-trabalho-que-adoecem&codigo=A1054&area=d8 Acesso em: 16 de mar. de 2020.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO TRAUMA ABDOMINAL PRÉ- HOSPITALAR

Daniele Santos Costa, Elineide Félix de Lima, Francimaria Nascimento de Souza e Mikael Flambertto de S Bezerra

Faculdade Estácio de Sá – Patos - Paraíba
E.mail: flambertto@hotmail.com

Resumo: O referido artigo enfatiza o conhecimento sobre os procedimentos indispensáveis para o atendimento pré-hospitalar por trauma abdominal, uma vez que aplicando medidas precisas pode-se evitar a morte da vítima. Neste sentido, a abordagem corresponde a uma reflexão, resultado de uma pesquisa bibliográfica no contexto da produção do conhecimento e tem como objetivo aplicar o procedimento adequado as vítimas de trauma abdominal e avaliar a atuação do profissional da enfermagem no seu atendimento. O estudo em questão tomou-se como referencial teórico, as discussões apresentadas pelo PHTLS (2016), Brasil (2011) e outros autores que contribuíram para a construção de novos saberes. Para tanto, usou-se como metodologia, pesquisas as legislações em vigor, coletas de dados, como também trabalhos teóricos sobre a temática citada. Os resultados evidenciaram que a principal causa dos traumas abdominais ocorre devido a quedas, as agressões por arma de fogo, acidentes de moto e carro, entre outras. Também apontou que atualmente começa a existir uma maior preocupação por parte da área institucional em proporcionar melhores condições de trabalho a todos os profissionais da saúde, uma vez que esse atendimento preciso é primordial para a qualidade de vida acerca de sua atuação na prática profissional. Conclui-se que é necessário aplicar medidas de prevenções para evitar o trauma abdominal, fazendo parceria com órgãos responsáveis pelo trânsito, pois é fundamental para se ter mais segurança e é fundamental que os profissionais da saúde que atendem à vítima de trauma precisam de uma base de conhecimento sólido para que o atendimento seja rápido e eficiente.

Palavras chave: Traumatismos abdominais; Ferimentos e Lesões; Assistência de enfermagem

1. Introdução

O presente artigo faz uma reflexão sobre trauma abdominal, pois é de suma importância conhecer alguns procedimentos necessários para salvar uma vida. Para melhor compreensão do contexto em questão, destacamos que o trauma é um sofrimento resultante de uma ação súbita e violenta, exercida contra o abdome por diversos agentes causadores.

Além disso, observa-se que os altos índices de violência, ocorre devido à falta de imprudência e muitos fatores sociais vem expondo os cidadãos a perigos cada vez maiores, onde um simples fato de atravessar uma rua poderá representar um ato potencialmente perigoso. Neste mesmo contexto, explicitamos que os traumatismos abdominais são causados por acidentes automobilísticos, mas podem ocorrer em ambientes de trabalho devido á impacto de objetos pesados ou quedas violentas amparadas pelo choque do abdome contra a superfície dura. Conforme se pode constatar, os traumatismos abdominais são classificados em abertos ou fechados. Com relação ao Trauma fechado, são lesões sem perda de continuidade da pele do abdome evidenciada por equimoses contusões, dor a palpação, rigidez abdominal, podendo apresentar lesões viscerais graves. Os traumatismos abdominais com lesão visceral evoluem para a síndrome de perfuração, resultante de lesão da víscera oca; e para a síndrome hemorrágica quando provocam ruptura de víscera maciça ou de vaso sanguíneo. As vítimas de ferimentos abominais correm sério risco de evoluir para o estado de choque, devendo ser encaminhada para assistência qualificada com urgência e emergência, pois é considerada como emergência. Qualquer que seja a causa, o agente traumático atua por percussão ou pressão, resultando sempre em lesões parietais, importantes para a identificação da lesão visceral. Referindo-se ao trauma aberto, são lesões com perda de continuidade da pele do abdome ocasionando por armas brancas, de fogo ou acidentes de veículos. Pode romper músculos e a parede abdominal, levando a evisceração. Nos casos de evisceração não devemos, de forma alguma, tocar nas vísceras, nem tentar colocá-lo de volta, para dentro da cavidade abdominal. A primeira coisa a ser feita é providenciar para que seja encontrado socorro médico ou remoção especializada o mais rápido possível. Em seguida colocar o acidentado em local confortável, em decúbito dorsal, colocando uma manta ou cobertor enrolado sob seus joelhos, para diminuir a pressão sobre o ventre e impedir o afastamento muscular. Referindo-se a avaliação primária, realiza-se uma visão geral do estado da vítima, verificando XABCDE. Ressalte-se que, as etapas realizadas devem ser rápidas e eficientes, evitando que pacientes críticos permaneçam por longos períodos no local do trauma. Neste contexto, o profissional deverá realizar toda a avaliação inicial e instituir os cuidados necessários para salvar a vida no menor tempo possível. (NAEMT, 2009). Face ao exposto, é fundamental destacar alguns cuidados que o profissional da enfermagem deverá utilizar em caso de trauma abdominal, entre estes: Não dar nada para o acidentado beber ou comer, ainda que se queixe de muita fome ou sede. Em qualquer forma de atendimento a ferimentos provocados por qualquer tipo de acidente, sempre conduzir da seguinte forma:

- * Lavar as mãos com água e sabão antes de manipular o ferimento
- * Parar ou controlar qualquer tipo de hemorragia
- * Procurar auxílio especializado com urgência, nos casos de lesões graves, e encaminhar o acidentado para atendimento especializado.
- * Administrar O2 de alto fluxo e monitorizar oximetria de pulso.
- * Não mover ou remover objetos empalados
- * Instalar acesso venoso
- * Fixar e imobilizar objetos empalados para que não se movam durante o transporte.
- * Em casos de evisceração não recolocar os órgãos na cavidade abdominal.
- * Se sangrar ao redor do objeto, fazer pressão direta com as mãos ou compressas
- * Evitar palpar o abdome para diminuir riscos de lacerações viscerais
- * Cobrir as vísceras com compressa estéril embebida em soro fisiológico.
- * Monitorização adequada de cervical, tronco e membros.

Devido à importância da temática em estudo, é importante considerar, na admissão do cliente na urgência e emergência, que a equipe de saúde, seja o técnico de enfermagem,

enfermeiro ou médico, busque o máximo de informações sobre o mecanismo do trauma. Todas as informações referentes ao mecanismo do trauma são importantes, devendo ser associadas às alterações identificadas na avaliação (ACS, 2007; CYRILLO, 2005, 2009; PHTLS, 2007; SOUSA et al., 2009). O trabalho do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar (APH), na assistência direta vem se desenvolvendo desde a década de 1990, quando foi iniciado o serviço de suporte avançado de vida (SAV). Participa ativamente com a equipe de atendimento pré-hospitalar; assume a responsabilidade pela assistência prestada às vítimas, juntamente com a equipe; participa na previsão de necessidades da vítima; define prioridades; realiza intervenções necessárias. Ou seja, realiza estabilização da vítima, reavalia o estado geral e transporta para tratamento definitivo (CABRAL, 2010). Neste mesmo contexto, convém citar que, no atendimento pré-hospitalar e inter hospitalar, os profissionais de Enfermagem deverão atender o disposto na Resolução COFEN nº 358/2009. Assim, legalmente o enfermeiro é responsável na assistência de enfermagem no APH e deve obrigatoriamente aplicar a SAE em qualquer assistência de enfermagem (COFEN, 2011).

O atendimento à vítima de trauma deve sempre ser realizado por uma equipe treinada. A situação continuamente, supervisiona a equipe de saúde, orienta familiar e paciente (BRASIL, 2011). A esse respeito, Smeltzer e Bare (2012) explicitam que “o foco do cuidado de emergência é preservar a vida, evitar a deterioração, antes que o tratamento definitivo possa ser fornecido, e restaurar o paciente à função ótima”. Partindo desses pressupostos, explicitamos que a escolha pelo referido estudo surgiu mediante experiências vivenciadas como técnicas de enfermagem, e nesta perspectiva, tornou-se imprescindível a consciência de um estudo mais aprofundado para inserir na prática cotidiana procedimentos que auxiliem no salvamento de uma vida e, especialmente por contribuir para a construção de uma prática profissional mais consistente. Assim, o objetivo dessa pesquisa é aplicar o procedimento adequado as vítimas de trauma abdominal e avaliar a atuação do profissional da enfermagem no seu atendimento.

2. Metodologia

Os procedimentos metodológicos desta investigação, se configura como uma pesquisa bibliográfica, pautada em uma análise qualitativa dos principais conceitos, pertinentes ao objeto de estudo. Além disso, buscou-se trabalhos teóricos relacionados a temática abordada nas plataformas virtuais Google Acadêmico e Scielo, tentando com isso sistematizar as devidas reflexões para, então, chegar a uma conclusão dentro das delimitações propostas.

3. Resultados e discussão

As informações e considerações feitas nesse texto nos possibilitaram a compreender que o trauma abdominal é um dos mais prevalentes no contexto do politrauma, isso ocorre devido ao seu potencial lesivo está relacionado aos múltiplos quadros que elevam as taxas de morbidade e a mortalidade. Além disso, foi observado que este tipo de trauma tem como principal problema o vulto de sangramento, ou seja, o risco de hipovolemia é grande e por isso, é preciso grande atenção aos sinais de sangramento intra-abdominal. O repensar esse contexto, é de grande relevância que no atendimento inicial do traumatizado, deve-se observar criteriosamente os mecanismos que produziram os ferimentos. Todo ferimento potencialmente presente deve ser investigado, tendo em vista o mecanismo de trauma em questão. Embora sejam vários os mecanismos de traumas, os mais comuns relacionam-se

com o movimento, respondendo pela maioria das mortes por trauma (FERREIRA, 2011). Levando em conta o que foi observado, faz-se necessário que os governantes promovam juntamente com os órgãos de trânsito campanha preventiva que sensibilizem as pessoas para evitar acidentes, como também oportunize aos profissionais de enfermagem cursos de aperfeiçoamento para que possam desenvolver suas funções com mais segurança e competência mediante situações que envolvam o trauma abdominal.

4. CONCLUSÕES

Partindo das ideias apresentadas acerca do contexto em estudo, ficou evidenciado que o profissional de enfermagem precisa adquirir competências necessárias para que a sua atuação no atendimento pré-hospitalar as vítimas de traumas abdominais sejam embasadas em conhecimento científicos, uma vez que aplicando os procedimentos adequados pode-se salvar vidas. Faz-se importante ressaltar que no cotidiano ocorrem diversas situações e, é de suma relevância que o enfermeiro que atua na área de urgência e emergência, deve se atualizar constantemente, pois é necessário para executar as suas funções na prática profissional com mais segurança e eficácia. A consciência da necessidade dessa qualificação, diante do acelerando desenvolvimento científico e tecnológico, é cada vez mais presente por parte dos profissionais de enfermagem, pois o atendimento deve possibilitar rapidez e segurança, para que possam evitar o adensamento de lesões ou complicações clínicas. Ressaltamos, ainda, que o referido estudo contribuiu de forma significativa para o nosso aperfeiçoamento acadêmico e profissional. Portanto, fica a compreensão de que o enfermeiro desempenhando o seu trabalho com compromisso e qualidade, estará contribuindo para o crescimento e desenvolvimento dos demais serviços e do atendimento pré-hospitalar à luz de novos olhares em meio as melhores soluções para salvar uma vida.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. Manual de Primeiros Socorros. RJ: Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

_____. Secretaria de Atenção à saúde. Protocolo de Intervenção para o SMUM 192- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CABRAL, L.H. A.; SAMPAIO, R. F.; FIGUEIREDO. Fatores associados ao retorno ao trabalho após um trauma de mão: uma abordagem qualiquantitativa. Rev. Bras. Fisioterapia, 2010, vol.14, n.2, pp. 149-157. Acesso em: 14 de jan de 2020.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº. 375/2011. Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. Rio de Janeiro (RJ): 2011. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/categoria/legislacao>. Acesso em: 08/01/2020.

CYRILLO, R. M. Z. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma no atendimento avançado pré-hospitalar móvel. 2005. 315p. (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FERREIRA, R.C.; VARGA, C. R. R. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. Ciênc. Saúde Coletiva. vol. 15, suppl.1, pp. 1428-1429. 2011.

KOIZUMI, M. S. Padrão das lesões nos acidentes vítimas de motocicleta. Rev. Saúde Pública. São Paulo, vol.26, n.5. Out. 2010.

PHTLS (Prehospital Trauma Life Support). Committee of the National Association of emergency Medical Technicians in Cooperation with the Committee on Trauma of the American College of Surgeons. 6. ed. Mosby: [s.n.], 2007

SOUSA, R. M. C. et al. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009.

SMELTZER, S.; BARE, B. G. BRUNNER & SUDDARTH: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. ed.9.vol.4. Guanabara Koogan, 2012.