



**I SIMPÓSIO
MULTIPROFISSIONAL
EM
ATENÇÃO
AO
PACIENTE CRÍTICO**

Auditório José Vicente Miranda

ICJ /UFPA

- 17 e 18 Novembro -

Belém

2017

**UNIDADE HOSPITALAR JOÃO DE BARROS BARRETO
ADMINISTRADO PELA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES (EBSERH)**

Rua dos Mundurucus, nº4487
Bairro Guamá / CEP: 66073-000 / Belém-PA
Telefone: (91) 3201-6600 / Site: www.barrosbarreto.ufpa.br

EMANUEL ZAGURY TOURINHO
Reitor da Universidade Federal do Pará

KLEBER DE MELO MORAES
Presidente da EBSEH

PAULO ALVES AMORIM
Superintendente do Complexo Hospitalar UFPA – EBSEH

IVANA AUGUSTA BRITO DE SOUSA
Gerente Administrativo do Complexo Hospitalar UFPA-EBSEH

PEDRO PAULO FREIRE PIANI
Gerente de Ensino e Pesquisa da Unidade Hospitalar UHJBB-EBSEH

LAURICÉIA SEABRA VALENTE
Gerente de Atenção à Saúde da Unidade Hospitalar UHJBB-EBSEH

LOURIVAL RODRIGUES MARSOLA
Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente da Unidade Hospitalar
UHJBB-EBSEH

DANIELLE SARAIVA TUMA DOS REIS
Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao
Paciente Crítico

LILIAN PEREIRA DA COSTA
Vice-coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao
Paciente Crítico

Universidade Federal do Pará
Unidade Hospitalar João de Barros Barreto
Gerência de Ensino e Pesquisa

**ANAIS DO I SIMPÓSIO MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO
AO PACIENTE CRÍTICO**

Belém

2017

Coordenadora do Simpósio

Danielle Saraiva Tuma dos Reis

Vice- Coordenadora do Simpósio

Prof. MsC. Lilian Pereira da Costa

Comissão Organizadora

Arthur dos Santos Baía

Bruna Roberta Paixão dos Santos

Celyce Agrassar da Silva

Danielle Oliveira Maciel

Elza Sara Maués Pena

João Gabriel Pinto Gursen de Souza

Lucas Ribeiro Brito

Maria de Nazareth Lima Carneiro

Mariana Zuleica Massoud

Maryllia Suellem de Almeida Cesário

Suzanne Camila Ferreira de Ferreira

Apoio

Ana Carolina Garcia Alves

Brenda Bernardes Ribeiro

Clarissy Palheta de Sena

Cleidiane da Silva Andrade

Joice de Oliveira Naves

Joyce Willa Andrade Almeida

Lorrane Camelo dos Reis

Lucas Lopes Araújo

Mayara Fonseca Dantas

Nátaly Karyme Manos Carvalho

Paula Beatriz de Barros Leite

Priscyla Souza de Lima

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca da Unidade Hospitalar João de Barros Barreto

(UHJBB/EBSERH/UFPA)

Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico (1.: 2017, nov. 17-18: Belém, PA)

Anais do Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico [recurso eletrônico] / Universidade Federal do Pará, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Unidade Hospitalar João de Barros Barreto, Gerência de Ensino e Pesquisa. — Belém, 2017.

134 p.

Modo de acesso: <www.barrosbarreto.ufpa.br>.

Disponível em CD-ROM.

Periodicidade: Anual.

1. Cuidados críticos – Pará – Congresso. 2. Assistência centrada no paciente – Pará – Congresso. 3. Equipe de assistência ao paciente – Pará – Congresso. 4. Hospitais de Ensino – Pará – Congresso. I. Universidade Federal do Pará. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Unidade Hospitalar João de Barros Barreto. Gerência de Ensino e Pesquisa. II. Título.

CDD - 23. ed. 616.02809811

2017

Complexo Hospitalar UFPA-EBSERH

Unidade Hospitalar João de Barros Barreto

Gerência de Ensino e Pesquisas

Rua dos Mundurucus, 4487

Guamá – 66073-000 – Belém – Pará – Brasil

Telefone: 55 (91) 32001-6606

<http://www.barrosbarreto.ufpa.br> / caahujbb@ufpa.br

SUMÁRIO

PREFÁCIO	8
PROGRAMAÇÃO DO I SIMPÓSIO MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO	9
RESUMO SIMPLES	11
IMPACTO DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES SUBMETIDOS À REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: ENSAIO CLÍNICO, ALEATORIZADO, CONTROLADO E CEGO.	12
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM PEDIATRIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA	14
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	16
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM IDOSOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO DE LITERATURA.	18
CONCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE A APLICABILIDADE E ADESÃO AO MÉTODO CANGURU, EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. ..	20
ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: A CRIANÇA VÍTIMA DE QUEIMADURAS COM INALAÇÃO DE FUMAÇA, UMA REVISÃO DE LITERATURA.	22
VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA INTERMITENTE NA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA: UMA ESTRATÉGIA TERAPEUTICA NAS QUEIMADURAS DE TÓRAX.....	24
COMPARAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES DE NEOPLASIA PULMONAR EM USO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL COM PACIENTES SEM USO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM BELÉM – PARÁ	25
PERFIL DE PACIENTES COM HIV/TUBERCULOSE ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA	27
ÓBITOS EM PACIENTES GRAVES VÍTIMAS DE QUEIMADURA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA	29

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES ATENDIDOS PELO HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO GUAMÁ, PARÁ, DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2016.....	30
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO	32
ESTRATÉGIAS DE ENSINO UTILIZADAS POR PROFISSIONAIS DO SAMU PARA O EMPODERAMENTO DA POPULAÇÃO EM IDADE ESCOLAR NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	34
OCORRÊNCIA DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REGIÃO NORTE	36
PERIOPERATÓRIO EM CÂNCER DE RETO: ESTUDO DE CASO CLÍNICO	38
HUMANIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COMO MECANISMO PARA RECUPERAÇÃO DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	40
ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR HUMANIZADA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA	41
O CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM SOBRE A PRESCRIÇÃO SEGURA	43
RELAÇÃO DO MÚSCULO ADUTOR DO POLEGAR COM PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS E SUBJETIVOS NA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM PACIENTES ONCOLÓGICO	44
ANÁLISE DE INDICADORES RELACIONADOS À PRESCRIÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELÉM – PARÁ	46
PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO HOSPITALAR NA UTI DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS INFECTOPARASITÁRIAS DE BELÉM-PA.....	48
ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTES COM CÂNCER EM CABEÇA E PESCOÇO: UMA REVISÃO DE LITERATURA	49
ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS INTERNADOS NA CLÍNICA CIRÚRGICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO(HUJBB)	51
FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA EM VÍTIMAS DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA.....	53

REABILITAÇÃO PULMONAR E TREINAMENTO RESISTIDO	55
A ADIÇÃO DE RESTRIÇÃO DO FLUXO SANGUÍNEO À MOBILIZAÇÃO PASSIVA REDUZ A TAXA DE HIPOTROFIA EM PACIENTES IDOSOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	57
A IMPORTÂNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO PRÉ TERMO QUANTO À TERMO REGULAÇÃO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: USO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO E DO CUIDAR DO ENFERMEIRO/A PÓS GRADUANDO.....	58
RELATO DE EXPERIÊNCIA	59
QUEDA HOSPITALAR: RELATO DE CASO	60
A PERCEÇÃO DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM SOBRES AS AÇÕES INTERDISCIPLINARES EM UM AMBIENTE DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	62
INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM SITUAÇÃO DE CRISE NO HOSPITAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA PSICÓLOGA RESIDENTE EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO	64
LEPTOSPIROSE ASSOCIADA À INSUFICIÊNCIA RENAL COM MANIFESTAÇÃO ORAL.	66
UTILIZAÇÃO DE ADESIVOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	68
A APLICABILIDADE DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE UM PACIENTE CRÍTICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	70
ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM A PARTURIENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA DE SAÚDE POR HEMORRAGIA PÓS-PARTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	72
O PACIENTE CRÍTICO QUE VEM DOS RIOS DA AMAZÔNIA: O ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE ESCALPELAMENTO	73
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE DIAGNOSTICADO COM ABSCESSO INTRACRANIANO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	75
A PRÁTICA DO ROUND MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE BELÉM PA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	77
ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA	79

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM UMA PACIENTE COM LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA E SÍNDROME DE DOWN EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO PARÁ.....	81
O ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA DE CHAGAS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	83
A INTEGRALIDADE NO ATENDIMENTO AO PACIENTE CRÍTICO SOB O OLHAR DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	85
FALHA NA EXTUBAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE FISIOTERAPEUTAS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM TRAUMA	87
PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	89
ESTRATÉGIA PARA MANEJO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES INFECTADOS POR HIV HOSPITALIZADOS EM CLÍNICAS PEDIÁTRICAS: CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	90
PERCEPÇÃO DE PACIENTES SOBRE O ACOLHIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL COM REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	92
ATUAÇÃO DE RESIDENTES DE ENFERMAGEM NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL.....	94
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE ACOMETIDA POR SEPSE E CELULITE INFECCIOSA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	96
O ACOLHIMENTO E AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA CRISE DE DOR DA DOENÇA FALCIFORME: RELATO DE EXPERIÊNCIA	98
CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE MAL DE POTT: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	100
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	102

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE SUBMETIDO À PRIMEIRA CRANIOTOMIA ACORDADA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ PARA RESSECÇÃO DE NEOPLASIA ENCEFÁLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	104
ATUAÇÃO DOS RESIDENTES DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CRÍTICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	106
PARÂMETRO ASSISTENCIAL REALIZADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM VOLTADO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	108
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PORTADOR DE MENINGITE TUBERCULOSA: UM RELATO DE CASO	110
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE NEOPLASIA MALIGNA DO DUODENO SUBMETIDA À CIRURGIA DE WHIPPLE	112
ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTE PORTADOR DE TUMOR MEDIASTINAL MALIGNO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE CASO	114
O RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA NA ASSISTENCIA AO USUÁRIO EM UM CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO - CTA	116
ESTÁGIO VOLUNTÁRIO EM UMA UNIDADE DE PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL: PRIMEIRO CONTATO DE UMA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR	118
HUMANIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: USO DA ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS COMO MÉTODO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PÓS-GRADUANDOS EM ENFERMAGEM NEONATAL	120
A INSERÇÃO DE METODOLOGIAS ATIVAS NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO DE FISIOTERAPIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	122
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA: ATUAÇÃO DO RESIDENTE DE ENFERMAGEM FRENTE A GESTANTE COM PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE.....	124
DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NO PACIENTE COM AIDS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	125
A PRÁTICA DO ENFERMEIRO JUNTO A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	127

ACOMPANHAMENTO DIETÉTICO DE UM RECÉM NASCIDO COM GASTROSCUISE INTERNADO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA	129
EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE ALEITAMENTO MATERNO EM UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	131
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA ACOMETIDO POR PNEUMONIA: UM RELATO DE CASO.....	133

PREFÁCIO

O Programa da Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico aprovado no âmbito da Universidade Federal do Pará (UFPA) pela Resolução nº 4.745, de 30/11/15, sob a Coordenação da Profa. Msc. Danielle Saraiva Tuma dos Reis e da Técnica-Administrativa em Educação Lilian Pereira da Silva Costa, vem com a proposta de formar profissionais de saúde habilitados a atender Pacientes em Estado Crítico com enfoque na Atenção Clínica das Doenças Transmissíveis. Conta atualmente com 23 residentes das categorias profissionais de ENFERMAGEM, FISIOTERAPIA, FARMÁCIA, ODONTOLOGIA, NUTRIÇÃO E PSICOLOGIA.

Este Programa de Residência se propõe a integrar as profissões no ensino-serviço, sendo necessários pactos de contribuição docente/discente com as Faculdades do **Instituto de Ciências da Saúde** e do **Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFPA**, considerando-se parte integrante; e participação de profissionais dos serviços que compõem os Cenários de Práticas nas discussões educacionais, como co-responsáveis pela formação dos futuros profissionais.

Nesse propósito, é que o Programa, através dos residentes realizou o **I SIMPÓSIO MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL DO CUIDADO**, no período de 17 a 18, do mês de novembro de 2017, com a certeza de fomentar a atualização de novos conhecimentos relacionados à temática de atenção ao paciente crítico nos vários níveis de atenção e, com isso, consolidar a proposta interdisciplinar e multiprofissional que marca a ação dos profissionais que atuam na área da saúde para além do âmbito do complexo hospitalar UFPA-EBSERH.

Saudações,

Profa MsC Danielle Saraiva Tuma dos Reis

Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em APC

PROGRAMAÇÃO DO I SIMPÓSIO MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO

17 de novembro de 2017 (sexta-feira)

08h - 08h30: Credenciamento

08h30 - 09h: Abertura

09h - 09h45: Conferência de abertura: Abordagem Multiprofissional do Cuidado
Msc. Danielle Saraiva Tuma dos Reis

09h45 - 10h30: Palestra - Emergências Cardiológicas
Dr. Rodrigo Santiago

10h30 - 10h45: Intervalo

10h45 - 11h30: Odontologia hospitalar no cenário de prática da Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico HUIBB-UFPA.
Esp. Thiago Buarque

11h30 - 12h10: Palestra - Gestão de Qualidade em UTI
MsC. Andrea Maria Peixoto Fael

12h10 - 14h: Intervalo do almoço

14h - 15h: Mesa-redonda - Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
Sandro Henrique
Esp. Thiago Buarque
Esp. Rangel Brasil
Mediador: Esp. Lorena Gonçalves

15h - 16h: Mesa-redonda - O cuidado com o potencial doador de órgãos e seus familiares
MsC. Ana Tereza Araújo
MsC. Ney Conceição Alvarenga Figueira

16h - 16h15: Intervalo

16h15 - 17h: Palestra - Aplicação de protocolos de segurança do paciente na UTI
Esp. Nelma de Jesus Nogueira Machado

17h - 18h: Mesa-redonda - Boletim Multiprofissional em UTI
Esp. Nelma de Jesus Nogueira Machado
MsC. Alessandra Moura
Esp. Ana Cláudia Nonato
Mediadora: MsC. Elaine de Souza

18h: Programação Cultural

18 de novembro de 2017 (sábado)

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

08h - 09h: Palestra - Atualização em Parada Cardiorrespiratória
Esp. Dine Pádua

09h00 - 09h50: Palestra - Formação Multiprofissional em Saúde com enfoque no Paciente Crítico
Dr. Luiz Fernando Alvarenga

09h50 – 10h: Intervalo

10h - 10h50: Palestra - Ventilação Mecânica no Paciente Crítico
MsC. Daniel Torres

10h50 - 11h50: Mesa-redonda - Prevenção de Lesão por Pressão em UTI
MsC. Clarice Monteiro
MsC. Elenise Mota
MsC. Luana Blois
Mediador: Esp. Márcia Maués

11h50 - 14h: Intervalo do Almoço

14h - 15h Mesa-redonda - Manejo do Paciente Crítico em Sepsis
MsC. Julius Monteiro
Esp. Daniela Boução
Esp. Ed Carlos Carneiro
Mediador: MsC. Alex Ferreira de Oliveira

15h - 15h45: Palestra - Transporte Aeromédico do Paciente Crítico
Esp. Mário Neto

15h45 - 16h: Intervalo

16h - 16h45: Palestra - Drogas vasoativas e suas implicações com a nutrição: será que é possível nutrir o paciente crítico?
MsC. Lilian Pereira da Costa

16h45 - 17h45: Mesa-redonda - Manejo do paciente neopediátrico crítico
Esp. Marcelo Oliveira
Esp. Flávia Aguiar Tavares
Dr. Rodrigo Santiago
Esp. Ayk Freire
Mediadora: Dra. Denise Pinto

17h45: Encerramento e Premiações

18h: Programação Cultural

RESUMO SIMPLES

IMPACTO DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES SUBMETIDOS À REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: ENSAIO CLÍNICO, ALEATORIZADO, CONTROLADO E CEGO.

Nayara Oliveira Lima Gerhardt¹; Thayssa Costa de Oliveira¹; Elaine Evelin Borges Fernandes¹; Tatiane Oliveira Santos¹; Franz Loureiro Lima¹; Daniel da Costa Torres².

¹ Graduandos em Fisioterapia, Universidade da Amazônia (UNAMA);

² Fisioterapeuta, Mestre em Fisioterapia (Unicid).

nayara.gerhardt@hotmail.com

Introdução: A hipotrofia muscular e a inatividade prolongada estão associadas à maior sensação de fadiga e redução da capacidade funcional no pós-operatório tardio de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (RM). A reabilitação cardíaca é uma prática comum e contribui para a melhora da capacidade funcional e qualidade de vida desses pacientes. Entretanto, poucos estudos avaliaram a utilização de protocolos de mobilização precoce durante a fase intra-hospitalar. **Objetivo:** Investigar os efeitos de um programa de mobilização precoce na capacidade funcional de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio, após sete dias da realização do protocolo e 60 dias após alta hospitalar. **Métodos:** Estudo prospectivo, aleatorizado, controlado e cego que avaliou 66 pacientes consecutivos submetidos à cirurgia de RM. Os pacientes foram aleatorizados em dois grupos: Grupo Controle (GC; N=33): que realizou exercícios respiratórios e orientações e, Grupo Intervenção (GI; N=33) que realizou exercícios respiratórios e mobilização precoce. Os grupos foram submetidos ao treinamento do 1º ao 7º dia de pós-operatório, duas vezes ao dia. No período pré-operatório foram avaliados: nível de atividade física (questionário de Baecke), medida de independência funcional (MIF) e capacidade funcional (Teste da caminhada de seis minutos). A capacidade funcional foi reavaliada após o término do sétimo dia de protocolo e 60 dias após a alta hospitalar. As complicações pulmonares e os dias de internação hospitalar também foram avaliados. Foi aplicado o teste de ANOVA dois fatores para amostras repetidas (grupo e tempo), com análise de posthoc de Bonferroni. O teste t de Student foi utilizado para avaliar a diferença entre as médias para o “tempo de internação”. Para análise da variável “complicações pulmonares pós-operatórias” foi utilizado o teste Qui-Quadrado para a avaliação entre os grupos GC e GI. Considerou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Ambos os grupos apresentaram melhora da distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos nas avaliações pós-operatória e no seguimento de 60 dias. Porém, quando comparado ao GC, o GI apresentou melhora significativa a curto prazo ($434,69 \pm 48,38$), no seguimento pós-operatório de sete dias, sem, no entanto, diferença estatística no follow-up de dois meses. Com relação aos dias de internação na UTI e hospitalar (total), foi observado que os pacientes do GI permaneceram cerca de três dias a menos internados na UTI ($4,39 \pm 1,19$ dias) em relação ao grupo controle ($7,27 \pm 1,68$ dias), com diferença significativa. Na avaliação da presença de complicações pulmonares pós-operatórias, o grupo controle apresentou uma frequência de 16 pacientes (48,48%) e quando comparado a presença de 8 pacientes no grupo intervenção, com diferença estatisticamente significativa ($p = 0,015$). **Conclusão:** Os pacientes que realizaram a mobilização precoce controlada e padronizada por sete dias consecutivos no período pós-operatório, apresentaram aumento da distância percorrida no TC6m a curto prazo, com menor permanência na UTI e menor prevalência de complicações pulmonares, quando comparados ao grupo controle que realizou apenas exercícios respiratórios e orientações.

Descritores: Mobilização Precoce; Revascularização do Miocárdio; Reabilitação.

Referências:

1. Wang YT HT, Ritchie P, Walker C, Ansell TA, Ryan DT, Lim PS, Vij S, Acs R, Fealy N, Skinner EH. Early mobilization on continuous renal replacement therapy is safe and may improve filter life. 2014.
2. Bronwen Connolly LS, Brenda O'Neill, Louise Geneen, Abdel Douiri, Michael P. W. Grocott, Nicholas Hart, Timothy S. Walsh, and Bronagh Blackwood Exercise rehabilitation following intensive care unit discharge for recovery from critical illness. The Cochrane database of systematic reviews. 2015.
3. Ghashghaei FE SM, Marandi SM , Ghashghaei SE A reabilitação cardíaca baseada no exercício melhora as respostas hemodinâmicas após cirurgia de revascularização do miocárdio. 2012.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM PEDIATRIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Ananda Oliveira Fagundes¹; Ana Victoria A. José Santos¹; Karina Cristina Pinheiro Oliveira¹; Mariana Souza de Lima²

¹Graduando em Enfermagem, Universidade Federal do Pará (UFPA)

²Enfermeira, Mestre em Enfermagem, UFPA.

Introdução: A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma intercorrência grave, que implica risco eminente a vida do paciente.¹ A PCR em crianças é pouco comum e geralmente é decorrente de alguma complicação prévia como choque, insuficiência respiratória, hipoxemia, acidose, e raramente por arritmias². O atendimento em emergência cardiorrespiratória é pautado em protocolos mundiais que visam à identificação precoce e intervenções eficazes; logo, o enfermeiro como líder da equipe deve estar capacitado e treinado para o atendimento³. **Objetivos:** relatar o papel e a atuação do enfermeiro frente à criança em PCR. **Métodos:** Revisão literária, com dados coletados de protocolos de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), da American Heart Association (AHA) e artigos na íntegra, da base de dados LILACS, MEDLINE, e portal SciELO entre 2007 a 2017, nos idiomas inglês e português e com os descritores: pediatria; enfermagem; parada cardíaca. **Resultados e discussão:** Foram analisados, dentre os critérios de inclusão, cinco documentos. Como líder da equipe de enfermagem e integrante de uma equipe multiprofissional, cabe ao enfermeiro o atendimento á PCR com destreza, conhecimento e agilidade¹; deve-se iniciar o suporte básico de vida com o reconhecimento imediato da PCR, solicitação de ajuda e início das compressões cardíacas efetivas e ventilação⁴. As taxas de sobrevivência a uma PCR pediátrica variam de acordo com o local em que ocorrem e o ritmo de apresentação; a parada intra-hospitalar tem maior chance de sobrevivência, entretanto ainda há uma grande porcentagem de crianças que não sobrevivem à mesma, para evitar tal agravo, o enfermeiro deve prevenir os processos e doenças que podem levar à uma PCR e identificar e tratar precocemente o desconforto respiratório e o choque, partindo da avaliação primária: A – vias aéreas, B - respiração, C - circulação, D – estado neurológico e E – exposição⁵. Destarte, a monitorização rigorosa de parâmetros clínicos, como: frequência respiratória e cardíaca, perfusão periférica e aparência das mucosas, associadas ao emprego adequado e oportuno de terapêutica para as doenças de base viabilizam a prevenção da PCR em pacientes pediátricos. Além disso, o enfermeiro tem importante função, no que tange a implementação do suporte básico de vida, estabilizando a circulação sanguínea e oxigenação do cliente até que sejam iniciados os procedimentos avançados. Estudos recentes indicam que o enfermeiro deve estar à frente do processo de reanimação cardiopulmonar, coordenando o procedimento, visto que é o profissional que realiza a avaliação inicial do paciente. Vale ressaltar, a importância deste profissional na administração dos fármacos empregados na RCP, competência da enfermagem, sendo essencial o conhecimento acerca das drogas, doses e vias corretas. ^{3,6} Sob esta perspectiva Cabem à equipe de enfermagem, proporcionar as condições favoráveis para a desfibrilação precoce do paciente, que implica no sucesso da reanimação do paciente. ^{4,7} **Considerações Finais:** A PCR apesar incomum em pacientes pediátricos, exige um atendimento organizado, estruturado, com profissionais capacitados. É de extrema importância que o enfermeiro, e toda a equipe de enfermagem, mantenham-se atualizados e preparados para prestar assistência às possíveis emergências cardiológicas pediátricas, respeitando as peculiaridades de pacientes crianças.

Descritores: pediatria; enfermagem; parada cardíaca.

Referências:

1. Bertolo et al. Conhecimento sobre ressuscitação cardiopulmonar dos profissionais de saúde da emergência pediátrica [internet]. 2014; Rev enferm UERJ 22(4):546-50. [Acesso em: 25 out. 2017].
2. Matsuno Alessandra Kimie. Parada Cardíaca em Crianças. Ribeirão Preto (SP): Revista da Facul
dade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas FMPR; 2012.
3. Silva BCK, Maximino MFAD, Souto VGC, Virginio AN. Conhecimento de Enfermagem na Parada Cardiorrespiratória em Crianças. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Abr. 2016 ;14(1):87-94.
4. Campos JL et al. Terapias elétricas em crianças e neonatos: Novidades nas diretrizes da American Heart Association 2010 [internet]. 2012; Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro 20(3):396-398. [Acesso em: 25 out. 2017]; Disponível em: <http://www.facen.uerj.br/v20n3/v20n3a20.pdf>
5. Pediatric Advanced Life Support (PALS) Provider Manual - American Heart Association, 2014.

EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Mayara Del Aguilal Pacheco¹; Claudia dos Santos Ozela¹; Bruna Roberta Paixão dos Santos²; Nathalia Souza Marques³; Silvia Helena Portilho de Barros⁴; Danielle Saraiva Tuma dos Reis⁵.

¹Enfermeira, Programa de Aperfeiçoamento para Profissionais de Saúde – PROAPS/HUJBB/UFPA;

²Enfermeira, Residente em Atenção ao Paciente Crítico, Universidade Federal do Pará (UFPA);

³ Acadêmica de Enfermagem da UFPA;

⁴Enfermeira, Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB)/UFPA;

⁵Profa Adjunta, Mestre em Doenças Tropicais/ UFPA.

mayaraguilal@gmail.com

Introdução: A preocupação com a qualidade do cuidado e segurança do paciente nas instituições de saúde tem surgido em âmbito global. O movimento em prol da segurança do paciente teve seu início na última década do século XX, após a publicação do relatório do *Institute of Medicine* dos EUA que apresentou resultados que de 33,6 milhões de internações 44.000 a 98.000 pacientes, morreram em consequência de eventos adversos¹. Desde então os eventos adversos (EAs) associados à assistência à saúde tem sido alvo de discussões mundiais. Os EAs podem ser definidos como um resultado indesejado, negativo, não intencional decorrente da assistência à saúde, não relacionados à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis aos pacientes afetados, prolongamento do tempo de internação ou até mesmo o óbito do paciente¹. No Brasil, com a publicação da portaria 529/2013 e a RDC nº 36, as notificações destes eventos relacionados à assistência passou a ser obrigatória em todo o território nacional^{2,3}. Nesse contexto, o instrumento de notificação apresenta-se como uma estratégia para evitar a ocorrência destes eventos, uma vez que, oferece atenção para o erro ocorrido no serviço de saúde, produzindo informações detalhadas de modo a orientar a definição de prioridades e o desenvolvimento de políticas e intervenções nos serviços voltadas para melhoria da qualidade na assistência. **Objetivos:** Descrever os Eventos Adversos relacionados à assistência conforme notificações em um Hospital Universitário. **Métodos:** Estudo quantitativo, observacional. Realizado levantamento das notificações de EAs relacionados à assistência de 2017, enviadas ao Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP)/Unidade de Gerenciamento de Riscos Assistenciais (UGRA) de um Hospital Universitário, localizado na cidade de Belém-PA. Posteriormente foram realizados investigação e registro dos eventos no Sistema de Notificações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (NOTIVISA). **Resultados e Discussão:** No período de janeiro a setembro de 2017, a UGRA recebeu 48 notificações relacionadas à assistência. Os eventos com maior frequência de notificações foram “lesão por pressão” (29%), “quedas” (21%), “flebites” (21%), “falhas na assistência” (15%), “outros” (12%) e falha na administração de dieta (2%). Evidencia-se o aumento progressivo do número de notificações ao longo dos meses. Em relação ao grau do dano, a maioria dos eventos apresentou “grau leve” (46%) ou “grau moderado” (27%), 9 eventos não ocasionaram nenhum tipo de dano ao paciente, 4 eventos ocasionaram “dano grave”. **Conclusão:** Destaca-se que a cultura de segurança do paciente deve ser estimulada nos serviços de saúde, a fim de minimizar os riscos de dano ao paciente. Nesse sentido, as notificações de EAs são consideradas importantes indicadores de qualidade, por sinalizarem presença de falhas e fornecerem informações relevantes que podem subsidiar as tomadas de decisão e intervenções da gestão. Portanto, a inclusão de indicadores nos programas de monitoramento da qualidade representa uma importante estratégia para orientar medidas que promovam a construção de um sistema mais seguro.

Descritores: Efeitos Adversos, Notificação, Segurança do Paciente.

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

Referências:

1. Camargo SAEB. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem 12.3 (2010): 422-4. [Acesso em: 18 de setembro de 2017]. Disponível em:

<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/11885>.
2. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário oficial da União, 2013.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa. RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2013.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM IDOSOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO DE LITERATURA.

Marcela Raissa Asevedo Dergan ¹; Eliana Caldas Barbosa¹; Analdo Costa Alfaia Júnior¹; Dayara de Nazaré Rosa de Carvalho ²; Elyade Nelly Pires Rocha Camacho ³

¹ Acadêmicos de Enfermagem, Faculdade Pan-Amazônica (FAPAN);

² Acadêmica de Enfermagem, Faculdade Paraense de Ensino (FAPEN);

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente da Faculdade Pan-Amazônica (FAPAN).

derganm20@gmail.com

Introdução: A Lesão Por Pressão (LPP) é um problema recorrente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), caracterizada por qualquer lesão decorrente de uma pressão contínua não aliviada, fricção ou cisalhamento que podem provocar necrose tecidual, localizando-se com maior frequência nas regiões das proeminências ósseas, com consequências clínicas, sociais e econômicas³. Nesse contexto, as intervenções que visem à segurança do paciente idoso no âmbito hospitalar são essenciais para a prevenção de LPP e a prestação de uma assistência qualificada³. **Objetivos:** Verificar as possíveis intervenções de enfermagem que possam prevenir a LPP em idosos na unidade de terapia intensiva. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, revisão bibliográfica, do tipo narrativa. A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2017, nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (sciELO), e na Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), foram encontrados 8 artigos, porém apenas 4 mostraram-se relevantes ao tema de estudo. Essa pesquisa faz parte do projeto semestral de ensino, pesquisa e extensão da Liga Acadêmica de Enfermagem em Saúde do Idoso (LAESI). **Resultados e Discussão:** Percebeu-se nesse estudo que a prevenção da LPP requer a realização de atividades por todos os indivíduos que formam a equipe, numa abordagem interdisciplinar, para desenvolver e programar um plano de cuidados que valorize a prevenção de LPP, com estratégias que promovam o trabalho em equipe². A adoção de protocolos, no qual incluem as escalas de Norton; Waterlow e Branden, mostram-se eficazes para avaliação e implementação de ações e estratégias para prevenção de LPP^{2,3}. Nesse contexto, as intervenções de enfermagem como, manter a integridade da pele a partir de higienização adequada, pele livre de umidade, hidratação com óleos naturais, utilização de fraldas descartáveis de forma aprimorada, evitar dobras nos lençóis, mudança de decúbito e controle do excesso de peso nas proeminências ósseas, são essenciais para a prevenção de LPP em idosos na unidade de terapia intensiva⁴. **Considerações Finais:** Realizar um dimensionamento do problema, além de desenvolver e programar ações preventivas por meio de protocolos, favorece o bem-estar do cliente e proporciona melhora em seu quadro hemodinâmico, no qual a atuação da equipe de enfermagem tornar-se-á fundamental para efetivar esse processo.

Descritores: Lesão por Pressão; Idoso; Prevenção.

Referências:

1. VASCONCELOS, J.M.B; CALIRI, M.H.L. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. Esc Anna Nery, vol.21, n.1, 2016, p.1-9
2. LISE, F.; SILVA, L.C. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. Acta Scientiarum. Health Sciences, vol. 29, n.2, 2007, p. 85-89 Universidade Estadual de Maringá, Brasil.

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

3. GOMES, F.S.L. et al. Fatores associados à UP em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(4):1070-6.
4. SILVA, M.L.N. et al. Úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva: análise da incidência e lesões instaladas. Rev Rene. 2013; 14(5): 938-44

CONCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE A APLICABILIDADE E ADESÃO AO MÉTODO CANGURU, EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.

Ana Beatriz Tavares Oliveira Santana¹; Dineuza Pereira Veiga¹; Eurifrance do Socorro de Souza Santos¹; Marília Medeiros Silva¹; Lidiane De Souza Pinto²; Núbia Caroline Carvalho Rêgo³.

¹Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem Neonatal (UFPA)

²Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva (ESAMAZ).

³Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem Neonatal (UFPA) e Terapia Intensiva (ESAMAZ).

nubiacarvalho_23@hotmail.com

Introdução: O Método Canguru (MC) é um programa de Atenção Humanizada ao Recém-nascido (RN) de Baixo Peso que vincula a família nos cuidados com o rn, reduzindo o tempo de separação e favorecendo o vínculo entre eles. Este método é composto por três etapas, sendo no pré-natal realizado o rastreio das gestantes de alto risco, no qual o seu rn, posteriormente ao nascimento, pode necessitar de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), onde se dá prosseguimento as demais etapas do método. Em todas as etapas, é necessária uma equipe multidisciplinar humanizada, capacitada e esclarecida, que exerça com presteza cada fase proposta no método¹. O MC, devido nortear novas formas de fazer e pensar no cuidado, exige a transformação no cuidado e manuseio do bebê, à participação da família e a adesão do profissional². **Objetivo:** Identificar as concepções prévias de pós-graduandos sobre a aplicabilidade do Método Canguru na UTIN. **Descrição da Experiência:** Foi utilizada a Técnica de Associação Livre de Palavras a um grupo de 34 Enfermeiros do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Neonatal de uma Instituição de Ensino Superior (IES) do Estado do Pará, durante uma atividade avaliativa referente ao primeiro módulo do curso. Usou-se como estímulo a questão norteadora: O que facilita e/ou dificulta a adesão, ao Método Canguru, pelos Enfermeiros? Os participantes foram convidados a elencar as palavras em cartolina, para a visualização das respostas e discussão coletiva. **Resultados:** Gerou-se duas temáticas, a primeira relacionada ao que facilita, e a segunda, ao que dificulta a adesão ao MC. Na primeira, foram elencadas seis categorias, com as respectivas palavras e/ou frases: família (presença e participação), conhecimento da equipe de Enfermagem (capacitação e segurança do paciente), humanização (acolhimento, comunicação, sensibilização, disponibilidade, contato pele a pele e amamentação), recursos (financeiros, infraestrutura e ambientalização), gestão (trabalho em equipe e incentivo), e o tempo (30h semanais). Na segunda temática, foram enumeradas cinco categorias: participação familiar (ausência da família, família distante, pouca aceitação da família na UTIN), sobrecarga de trabalho (falta de tempo, falta de disponibilidade, rotina de trabalho, quantidade de recursos (humanos, financeiros e de infraestrutura), conhecimento (falta de capacitação, falta de conhecimento sobre a importância do MC, falta de qualificação) e o perfil do profissional (falta de sensibilidade). Os Enfermeiros consideram que o aspecto familiar, citado nas duas temáticas é fundamental para a aplicabilidade do MC, uma vez que a família executa as etapas, e quando disposta a fazer, proporciona o fortalecimento do vínculo e o estímulo ao desenvolvimento do neonato. A humanização também é um fator primordial, pois favorece o acolhimento da família, a comunicação e o esclarecimento de dúvidas, com a finalidade de deixar os profissionais e os familiares sensíveis a execução. A gestão, por sua vez, pode tanto fortalecer como enfraquecer a adesão ao método. Ao caminhar juntamente com o MC ela tem o poder de facilitar a execução das etapas e incentivar a adesão com a finalidade de melhorar a prática assistencial. No entanto, a falta de apoio dos gestores e a cobrança pela execução da intensa rotina institucional pré-estabelecida, dificultam a adesão e a realização do método¹. Além disso, o conhecimento da equipe de Enfermagem foi destacado como um fator positivo, porém torna-se negativo caso não ocorra à qualificação desse profissional e a Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

percepção da relevância do método para o recém-nascido, revelando-se, com isso, a necessidade e a importância da educação permanente. A sobrecarga, descrita em quatro palavras, revela que o profissional, possivelmente, conhece o método, no entanto como precisa gerenciar uma equipe, executar diversas tarefas assistenciais e burocráticas com um quantitativo reduzido de profissionais, encontra dificuldades na adesão. Os recursos humanos e materiais facilitam, à medida que oferecem melhor estrutura, para acolher os familiares, e pessoas para assistir, de forma disposta e organizada; não obstante, se houverem lacunas neste quesito, o momento que deveria ser prazeroso, passa a ser estressante e dificultoso para os envolvidos. A falta de sensibilidade, descrita como uma possível dificuldade, sugere que a apropriação do Método Canguru é intrínseco ao profissional, vai além dos protocolos e corresponde a forma de viver a vida. **Conclusão:** Com esta atividade, os Enfermeiros expressaram conhecimentos prévios e as suas concepções em relação a temática. Entre os participantes, muitos ainda não possuem vivências práticas na UTIN, porém, com êxito, reconheceram a importância e identificaram os fatores relacionados à adesão e a aplicabilidade do MC.

Descritores: Método Canguru; Enfermagem neonatal; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. 2. ed. Brasília, 2011.
2. Silva LJ. A adesão das enfermeiras ao Método Canguru: subsídios para a gerência do cuidado de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Forthcoming, 2015.

ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: A CRIANÇA VÍTIMA DE QUEIMADURAS COM INALAÇÃO DE FUMAÇA, UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Ananda Oliveira Fagundes¹; Ana Victoria A. José Santos¹; Karina Cristina Pinheiro Oliveira¹; Mariana Souza de Lima²

¹ Graduando em Enfermagem, Universidade Federal do Pará (UFPA);

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Pará (UFPA).

karinappinheiro65@gmail.com.

Introdução: Queimaduras são compreendidas como alterações no tecido tissular, ocasionadas por fatores externos, que envolvem o aumento ou diminuição da temperatura externa ou ação de produtos químicos no tecido cutâneo¹. Quando ocorridas em ambientes fechados, geralmente associam-se a lesões por inalação de fumaça, podendo ocorrer intoxicação por monóxido de carbono e/ou intoxicação por cianeto². **Objetivos:** buscar informações referentes ao paciente pediátrico vítima de queimadura associadas à inalação de fumaça. **Métodos:** Consiste em uma revisão de literatura, com dados coletados de protocolos de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e artigos das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) entre os anos de 2007 a 2017, nos idiomas inglês e português e com os seguintes descritores: queimaduras; lesão por inalação de fumaça; crianças. **Resultados e discussões:** O ambiente doméstico é um local propício para acidentes envolvendo queimaduras com inalação de fumaça, sendo as queimaduras mais frequentes em crianças ocasionadas por água quente, fogo e eletricidade. Um relatório divulgado pela OMS divulgou que em países de alta renda a inalação de fumaça é o maior determinante na mortalidade por queimaduras e quando associada a comprometimento severo do tecido corporal, podendo levar à óbito, principalmente para crianças menores de 3 anos². Em vista disso, é importante que a equipe multiprofissional seja capacitada para realizar um atendimento adequado no primeiro contato com o paciente, expondo a área queimada - retirando roupas e objetos não aderidos à pele - realizando irrigação com solução fisiológica e prevenindo a hipotermia³. Crianças são propícias a tais acidentes, por serem naturalmente, curiosas e agitadas, por isso, considera-se que os acidentes por queimaduras podem ser evitados com auxílio de educação em saúde nas escolas infantis e unidades básicas, instruindo às crianças e seus familiares aos cuidados capazes de evitar acidentes envolvendo queimaduras, no ambiente intra/extra doméstico^{4,5}. Diante disso, é essencial à equipe multiprofissional saber diferenciar as queimaduras acidentais das intencionais e tratar o paciente em Centros de Referência no Tratamento de Queimaduras qualificados para o atendimento ao paciente em questão⁵. **Conclusão:** O acesso a informações nacionais e dados buscados na literatura foram dificultosos, entretanto, é possível concluir que os atendimentos precoces ao paciente queimado, assim como a existência de centros de tratamento especializados em queimaduras, são essenciais. Dado o exposto, é importante ressaltar que os cuidados voltados ao paciente queimado devem ser realizados de maneira adequada, visando o alcance da reversão da queimadura, o impedimento do agrave da lesão – dependendo da classificação da mesma – e a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Descritores: Queimaduras; Lesão por inalação de fumaça; Cuidados de enfermagem.

Referências:

1. Figueiredo C, Souza EL, Bellini JMS, Sakamoto MF. Primeiro atendimento ao grande queimado no Pronto Socorro Geral [Tese]. São Paulo: Universidade Cruzeiro do Sul; 2011.
2. Antonio ACP, Castro PS, Freire LO. Lesão por inalação de fumaça em ambientes fechados: uma atualização. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2013 Jun; 39(3). Disponível em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=2031
3. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Comissão Central de Protocolos Clínicos – FHEMIG. Protocolo Clínico Atendimento ao Queimado: Minas Gerais; 2013.
4. Unicef. World report on child injury prevention. *Children and burns: EUA*; 2010. Disponível em: http://who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Burns_english.pdf?ua=1
5. Rosemberg, et al. Comparison of long-term quality of life of pediatric burn survivors with and without inhalation injury. *BURS*; Junho. 2015; *Ed 4*: 721-726. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4417043/?tool=pubmed>

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA INTERMITENTE NA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA: UMA ESTRATÉGIA TERAPEUTICA NAS QUEIMADURAS DE TÓRAX.

Anderson Antunes da Costa Moraes¹, Luã Alves Araujo¹, Lorena Almeida Costa², Maria Isabel Galletti dos Santos², Gabriela Martins de Lima³, Leonardo Ramos Nicolau da Costa⁴

¹ Fisioterapeuta Residente em Urgência e Emergência no Trauma (HMUE/UEPA);

² Fisioterapeuta Pós graduada em Urgência e Emergência no Trauma (HMUE/UEPA);

³ Fisioterapeuta, Mestre em Ensino e Saúde na Amazônia (UEPA);

⁴ Fisioterapeuta, Mestre em Clínica Médica (UNICAMP).

antunesanderson@hotmail.com

Introdução: Indivíduos que sofrem queimaduras extensas apresentam alterações físicas, respiratórias e psicológicas. As complicações pulmonares, incluindo a fraqueza muscular respiratória necessitam de reabilitação rigorosa. Dessa forma, utiliza-se a ventilação não invasiva, que consiste em uma técnica que oferece pressão positivas nas vias aéreas, sem necessidade de tubo orotraqueal ou traqueostomia¹. O objetivo da pesquisa foi analisar os efeitos da ventilação não invasiva na força muscular respiratória de vítimas de queimadura de tórax. **Materiais e métodos:** experimental, prospectivo e quantitativo. Foram selecionados 6 pacientes de ambos os sexos, sendo 3 mulheres e 3 homens, com idade média de 46 e 42,66, respectivamente, vítimas de queimadura de tórax internadas no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência. Os pacientes realizaram exercícios respiratórios (5 séries e 25 repetições) com ventilação não invasiva intermitente, duas vezes ao dia, durante 7 dias consecutivos, totalizando 14 sessões. Foi utilizada Peep de 8cmH₂O, e Pressão de suporte (PS) que obtivesse o volume corrente ideal do paciente. Para mensuração da força muscular, pressões inspiratória e expiratória máxima (P_{imáx} e P_{emáx}), utilizou-se o Manovacuômetro antes e após o protocolo. Para análise dos dados foi utilizado o Microsoft Excel e Bioestat 5.4. Para análise de normalidade foi empregado o teste de Shapiro-wilk, e para comparação dos valores de força muscular pré e pós protocolo utilizou-se o teste pareado de T student (α : 0.05). **Resultados e discussão:** verificou-se aumento estatisticamente significativo (0.005) nos valores médios da P_{imáx} pré (53.66cmH₂O) e P_{imáx} pós (81.83cmH₂O), bem como também nos níveis de P_{emáx} pré (59.33cmH₂O) e P_{emáx} pós (74.66cmH₂O) com p valor de 0.007. Estes resultados justificam-se pela provável ativação da musculatura respiratória e recrutamento da mesma frente à utilização da VNI, evitando a inatividade e podendo evitar a perda de massa muscular. Sabe-se que o uso do curativo oclusivo utilizado em todos os pacientes devido à queimadura de tórax restringe a expansibilidade torácica, alterando a mecânica respiratória e, conseqüentemente, limitando a ativação da musculatura. No entanto, a VNI mostrou-se eficaz para evitar ou diminuir essas alterações ocasionadas pelas queimaduras de tórax. **Conclusão:** houve aumento da P_{imáx} e P_{emáx} após o protocolo de 14 sessões de VNI frente às queimaduras de tórax.

Descritores: Ventilação não invasiva; Queimaduras, Fisioterapia.

Referências:

1. SILVA, KP; CAPARROZ, MR; TORQUATO, JA. Prevalência de complicações respiratórias em pacientes com queimaduras internados num hospital público estadual de São Paulo. **Rev Bras Queimaduras**, v 9, nº 4 - Out/Nov/Dez de 2010.
2. FERREIRA, T. C. R.; SILVA, L. C. F. S.; SANTOS, M. I. G. Abordagem fisioterapêutica em queimados: revisão sistemática. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 12, n. 2, p. 821-830, ago./dez. 2014.

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

COMPARAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES DE NEOPLASIA PULMONAR EM USO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL COM PACIENTES SEM USO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM BELÉM – PARÁ.

Analúcia Silva Ferreira¹; Nayara Maria Viana Rêgo¹; Klicya Lima Santos¹; Alícia Gleides Fontes Gonçalves²; Maria de Nazareth de Lima Carneiro³; Aldair da Silva Guterres⁴.

¹ Graduando em nutrição, Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA);

² Graduando em nutrição, Universidade Federal do Pará (UFPA);

³ Nutricionista, Residente em Atenção ao Paciente Crítico (UFPA);

⁴ Nutricionista, Doutora em Agentes Infecciosos e Parasitários, UFPA.

nurlucia@hotmail.com.

Introdução: Embora a Terapia Antirretroviral (TARV) melhore os indicadores de morbidade, mortalidade e qualidade de vida no tratamento para o HIV/AIDS, também colabora com desenvolvimento do perfil crônico assumido pela doença¹. Em combinação à característica hipermetabólica da neoplasia pulmonar (NP)², o estado nutricional (EN) do paciente em uso de TARV pode sofrer alterações significativas em comparação à pacientes não submetidos à essa terapia. **Objetivo:** Comparar, por método antropométrico, o EN de pacientes portadores de NP internados em um hospital público de referência em Belém do Pará, em TARV com pacientes sem TARV. **Método:** Estudo retrospectivo descritivo, transversal, com 151 pacientes, ambos os sexos, entre 19 e 74 anos, 110 em uso de TARV e 41 sem TARV, internados na clínica pneumológica entre agosto de 2015 e julho 2016. A avaliação do EN foi realizada pela Circunferência do Braço (CB). Participaram do estudo indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética do Hospital Universitário João de Barros Barreto sob o número de parecer 950.479. **Resultados:** Enquanto 72,9% estavam em uso de TARV, 27,2% não utilizavam o tratamento. Em relação à CB, nos dois grupos observou-se prevalência de eutrofia, com 68,3% dos pacientes sem TARV e 38,2% dos pacientes em TARV. Houve ocorrência significativa de desnutrição grau I, onde os sem TARV eram de 17,1 % e os em TARV eram de 34,6%. Em relação à desnutrição grau II e grau III, os pacientes sem TARV eram de 4,9% em ambas classificações, enquanto nos pacientes em TARV eram 14,6% e 7,3% respectivamente. Em relação ao sobrepeso, 4,9% eram sem TARV e 4,6% estavam em TARV. Não houve ocorrência de obesidade em a pacientes sem TARV, porém, um valor de 0,9% apareceu em pacientes em TARV, provavelmente ligado ao perfil crônico dessa terapia. **Conclusão:** Mesmo ocorrendo prevalência de pacientes eutróficos em ambos os grupos, considera-se significativo o número de pacientes desnutridos, podendo estar relacionado ao fato da NP caracterizar-se por um tumor hipermetabólico², ou de a TARV estar relacionada a alterações na forma corporal conhecida como lipodistrofia associada³, ou ainda o paciente ser considerado sensível à depleção de massa magra³, sendo importante associar essa avaliação à outras medidas antropométricas para um resultado mais acurado do EN do paciente.

Descritores: estado nutricional, neoplasias pulmonares, antirretrovirais.

Referências:

1. Falco M, Castro ACO, Silveira EA. Nutritional therapy in metabolic changes in individuals with HIV/AIDS. Rev. Sau Públ. 2012 Ago;46(4): 737-746.
2. Miranda MP, Motta R, Vale VS, Spitz D, Castanhos IA. Ângulo de fase e gravidade de doença no câncer de pulmão, cabeça e pescoço e colorretal. Rev HUPE. 2015 Ago; 14(1): de 8-18.
3. Silva AAA, Lima DA, Matos AR, Oliveira LML, Santos IHVS. Prevalência de má nutrição e doenças oportunistas em pacientes HIV/AIDS internados em um hospital de referência em Porto Velho – Rondônia. Sab Cient 2015 Jan; 4(1): 58-64

PERFIL DE PACIENTES COM HIV/TUBERCULOSE ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA.

Luise Adriane Viana da Silva¹; Brenda Cristina Pinheiro Aleixo¹; Daniela de Alencar da Silva¹; Lilian Pereira da Silva Costa²;
luiseviana2812@hotmail.com

¹ Graduanda do Curso de Nutrição - Universidade Federal do Pará (UFPA);

² Nutricionista, Mestre em Oncologia – Hospital Universitário João de Barros Barreto/UFPA.

Introdução: A tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil, com maior número de casos no mundo. Milhares de pessoas ainda adoecem e morrem devido à doença e suas complicações.¹ A tuberculose é resultante de problemas sociais como baixa renda familiar, condições precárias de habitação, baixa escolaridade, doenças infecciosas associadas e desnutrição. A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é o principal fator de risco para adoecer por tuberculose. Esta é uma das primeiras complicações entre os infectados pelo HIV, devido a maior virulência do bacilo.² A associação HIV/tuberculose causa alto grau de hipercatabolismo que, associado à anorexia, irá resultar na perda e esgotamento de reservas energéticas. Desta forma, o conhecimento do estado nutricional e condições sociais permite compreender os fatores de risco que influenciam as condições de alimentação e nutrição do paciente. **Objetivos:** Traçar o perfil das condições sociais e nutricionais de pacientes com HIV e tuberculose atendidos em um hospital de referência. **Método:** Foi realizado um trabalho transversal, descritivo, com pacientes internados no Hospital Universitário João de Barros Barreto, foi aplicada a triagem nutricional Nutritional Risk Screening (NRS 2002), que avalia presença (≥ 3 pontos) ou ausência (< 3 pontos) de risco nutricional. Foram obtidos dados das condições sociais (idade, local de residência, escolaridade) através de formulário próprio do Serviço de Nutrição. Foram obtidas medidas antropométricas, como peso e altura, e obtido o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), classificado conforme faixa etária para presença ($< 18,5$ kg/m²) ou ausência de desnutrição ($\geq 18,5$ kg/m²). O diagnóstico clínico foi obtido diretamente do prontuário. **Resultados e discussão:** Foram atendidos 95 pacientes com diagnóstico de HIV, dos quais 23% (n=22) possuíam a associação HIV/tuberculose. Desse total, 32% (n=7) eram do sexo feminino e 68% (n=15) do sexo masculino. A média de idade foi de 37 + 9,9 anos, com mínimo de 24 anos e idade máxima de 65 anos. O tipo de tuberculose predominante foi o pulmonar com 50% (n=11), seguidos de 27% (n=6) miliar, 14% (n=3) intestinal e 9% (n=2) ganglionar. Quanto ao local de residência, 86% (n=19) moravam em Belém e 14% (n=3) no interior do Estado. Em relação à escolaridade, 50% (n=11) possuíam o ensino fundamental incompleto, seguido de 22% (n=5) que possuíam o ensino médio incompleto, 14% (n=3) com ensino fundamental completo e 14% (n=3) com ensino médio completo. Segundo o IMC, 55% (n=12) apresentavam desnutrição e 45% (n=10) sem desnutrição. Quanto à triagem nutricional, 73% (n=16) encontrava-se com risco nutricional e 27% (n=6) sem risco nutricional. **Conclusão:** O trabalho mostrou que a maioria dos pacientes encontrava-se desnutrido, sendo que a triagem nutricional identificou um percentual maior de pacientes em risco nutricional, requerendo uma intervenção nutricional imediata. A tuberculose é um sério problema de saúde pública, com profundas raízes sociais. É necessário esclarecimento quanto sua transmissão, prevenção e tratamento. A desnutrição no paciente com HIV/tuberculose internado acarreta período maior de hospitalização, complicações da doença, grande risco de infecção e aumento da incidência de morbimortalidade no ambiente hospitalar.

Descritores: Tuberculose, HIV, estado nutricional.

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano nacional pelo fim da tuberculose. Brasília, 2017.
2. MASCARENHAS, Márcio D.M; ARAÚJO, Liliam M.; GOMES, Keila R.O. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piripiri, Estado do Piauí, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2005; 14(1): 7 – 14.

ÓBITOS EM PACIENTES GRAVES VÍTIMAS DE QUEIMADURA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA.

Joyce Barbosa de Sousa¹; Luã Alves Araujo¹; Anderson Antunes da Costa Morais¹; Kéven Lorena de Paula Gonçalves²; Leonardo Ramos Nicolau da costa³; Gabriela Martins de lima⁴

¹ Fisioterapeuta, Residente em Urgência e Emergência no Trauma no Hospital Metropolitano de urgência e Emergência – HMUE/UEPA

² Fisioterapeuta, Especialista, Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência no trauma – HMUE/UEPA

³ Fisioterapeuta, Mestre, Coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência no Trauma – HMUE/UEPA

⁴ Fisioterapeuta, Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia, Esp. Terapia Intensiva, Supervisora da Reabilitação do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência – HMUE

joyce-sousa18@hotmail.com

Introdução: A queimadura é um grande problema para a Saúde Pública brasileira, pois além de causar elevado número de mortes todos os anos provoca sequelas físicas e psicológicas. Estima-se que 195.000 mortes/ano são causadas por queimaduras no mundo¹. **Objetivo:** Descrever o perfil dos pacientes vítimas de queimaduras que evoluíram a óbito no Centro de Tratamento de Queimados de um hospital de referência, no período de janeiro de 2013 a setembro de 2016. **Metodologia:** O estudo teve uma abordagem quantitativa, do tipo observacional, retrospectivo e descritivo e foi realizado por meio da coleta de dados dos prontuários de pacientes vítimas de queimadura, internados no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE). **Resultados e discussão:** No período do estudo, foram internados 765 pacientes, dos quais 503 (65,75%) eram do sexo masculino, 262 (34,25%) do sexo feminino, com média de idade de 19,36 anos. Quanto ao desfecho clínico, 19 (2,48%) pacientes evoluíram a óbito, sendo todos considerados grandes queimados com SCQ acima de 30% e com queimaduras profundas de 2º e 3º graus ou 3º grau apenas. As principais causas de queimadura entre os óbitos foram choque elétrico, chama direta e líquidos inflamáveis, todos com a quantitativo de 5 (26,3%) casos cada e 4 (21,1%) por líquido escaldante. A média de idade destes pacientes foi de 36,3 anos com tempo médio de internação de 17,47 dias. A SCQ é uma variável que afeta o desfecho do paciente e está diretamente relacionada à ocorrência de complicações na homeostase corporal devido ao desequilíbrio de barreira contra infecções e também pelos distúrbios hidroeletrólíticos². **Conclusão:** A prevalência de óbitos foi em pacientes adultos com SCQ maior que 30%, tendo como as principais causas: choque elétrico, chama direta e líquidos inflamáveis. Evidenciando a importância da prevenção destas lesões bem como o manejo adequado de suas complicações, para diminuir sua morbidade e mortalidade.

Descritores: Queimaduras, Perfil Epidemiológico, Óbito.

Referências:

1. Camuci MB, Martins JT, Cardeli AAM, Robazzi MLCC. Caracterização epidemiológica de pacientes adultos internados em uma unidade de terapia intensiva de queimados. *Cogitare Enfermagem*. 2014; 19(1):78-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i1.35961>
2. Silva JAC, Lima AVM, Borborema CPL, Cunha LM, Marins MM. Perfil dos pacientes atendidos por queimaduras em um hospital de referência no norte do Brasil. *Rev Bras Queimaduras*. 2015;14(3):198-202.

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES ATENDIDOS PELO HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO GUAMÁ, PARÁ, DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2016.

Ana Paula Ramos Figueiredo¹; Bianca Layse Sousa Vieira¹; Anna Karina Barros de Oliveira¹; Horácio Pires Medeiros²

¹Graduanda em Enfermagem, Estácio Castanhal;

⁴Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, UEPA;

biancalayse@hotmail.com

Introdução: Acidente é qualquer acontecimento, desagradável ou infeliz, que envolva dano, perda, sofrimento ou morte, engloba as quedas, o envenenamento, o afogamento, as queimaduras, o acidente de trânsito, entre outros. No Brasil, as causas externas representam a terceira causa de morte entre crianças de zero a 9 anos, passando a ocupar a primeira posição na população de adultos jovens (10 a 49 anos) e ocupa a terceira posição entre a população acima de 50 anos (1). Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2014 foram registrados 22.4681 acidentes e violências (2). De forma geral, as causas básicas da morbimortalidade por acidente e violência em nosso país, encontram-se ligadas aos alarmantes níveis de desigualdade, pobreza, impunidade e descontrole do tráfico de armas e drogas, assim como à aparente fragilização dos valores sociais da justiça, solidariedade, igualdade de oportunidades e da esperança (3). **Objetivo:** Realizar o levantamento de dados dos casos de acidentes no Município de São Miguel do Guamá. **Método:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, descritiva, do tipo estudo de dados. A revisão bibliográfica foi realizada através de sites do Ministério da Saúde e do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) e análise de fichas de atendimento dos casos de acidente de trabalho, moto, bicicleta, quedas, agressões, colisões/atropelamentos e traumas (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) do Hospital Municipal de São Miguel do Guamá, Pará, no período de Janeiro a Dezembro de 2016. **Resultado/Discussão:** Os números de casos de acidentes de trabalho foram 72 (2,9%), os acidentes de moto foram 873 (35,7%), os acidentes de bicicleta foram 83 (3,4%), as quedas foram 438 (17,9%), as agressões físicas foram 201 (8,2%), as colisões e atropelamentos foram 97 (4%), e os traumas foram 679 (27,8%). Totalizando 2.443 (100%) de acidentes. Verificaram-se alguns fatores relacionados como: sinais de embriaguez 74 (3%), tentativas de suicídio 17 (0,7%) e óbitos 26 (1,1%). A prevalência dos casos é em pessoas do sexo masculino e o índice maior é entre as faixas etárias de 15 a 55 anos, sendo que o predomínio maior foi entre 15 a 25 anos e o número de casos no decorrer do ano evidenciou maiores ocorrências nos meses de Agosto e Outubro. **Conclusão:** O presente estudo constatou a prevalência de acidentes, que representam as principais causas de internação e óbitos. Estas ocorrências estão relacionadas, na maioria das vezes, a atitudes e posturas que levam ao aumento de riscos e a situações a eles vinculados. No entanto, visa-se qualificação de profissionais, promovendo ações de enfrentamento e prevenção em saúde dos determinantes e condicionantes das causas externas dos acidentes.

Descritores: Acidentes, Levantamento de dados, Causas externas.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Violência e acidentes. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/711-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/violencia-e-acidentes/17256-os-acidentes-e-as-violencias>. Acesso em 31 out. 2017.

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Violência e acidentes. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/711-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/violencia-e-acidentes/17256-os-acidentes-e-as-violencias>. Acesso em 31 out. 2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violência. Portaria Ministerial nº 737. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/comissao/acidentes_violencias2.htm. Acesso em 31 out. 2017.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Aline Presley Pingarilho de Carvalho¹; Ana Flavia de Oliveira Ribeiro¹; Flávia Moraes Pacheco¹; Helder Oliveira da Silva¹; Paula Emannuele Santos do Amaral¹; Marcia Cristina Souza da Cruz²

¹Graduandos em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

²Enfermeira, especialista em Terapia Intensiva, UEPA

alinepresley21@gmail.com

Introdução: O traumatismo crânio encefálico – TCE é uma das ocorrências mais frequentes no mundo, sendo uma das principais causas de morbimortalidade e que afeta na qualidade de vida. Uma vez que o TCE ocorra suas sequelas podem ser permanentes ou temporárias resultando em mudanças que comprometem o funcionamento físico, cognitivo, emocional, comportamental, social e profissional da pessoa¹. O traumatismo crânio encefálico pode ser definido como uma lesão externa decorrente de um trauma externo que resulte em alterações anatômicas do crânio, couro cabeludo, fraturas, lacerações, e também alterações fisiológicas como comprometimento das meninges, encéfalo e seus vasos provocando alterações cerebrais temporárias ou permanentes². **Objetivos:** Diante da relevância deste trauma dentro do contexto da atenção à saúde ao paciente crítico, este trabalho tem como objetivo geral: descrever o TCE como uma das principais causas de morbimortalidade afetando na qualidade de vida do paciente grave; e como objetivos específicos: mostrar a definição, causas, classificação, incidência do TCE e sua importância em UTI; expor o quadro clínico, relacionando a fisiopatologia do TCE, meios de avaliação, cuidados de enfermagem, condutas e SAE e expor as ações e informações para transplantes e doações de órgãos. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado durante as aulas práticas do componente curricular enfermagem em terapia intensiva, no mês de abril de 2017, em um hospital referência da região metropolitana de Belém/Pa. Após a escolha de um paciente internado em uma das UTI's, foi realizada a anamnese, o exame físico e a leitura detalhada do prontuário, onde questionamos os profissionais sobre os motivos que levaram a internação do paciente e suas possíveis complicações ocasionadas pelo trauma, visto que o mesmo encontrava-se sedado. Por meio dos problemas de enfermagem detectados como: risco de infecção relacionada a procedimentos invasivos; déficit no autocuidado para banho relacionado à alteração na função cognitiva evidenciado por capacidade prejudicada de acessar o banheiro; risco de integridade da pele prejudicada relacionado à força mecânica (pressão sobre proeminências ósseas); integridade da pele prejudicada relacionada a fatores mecânicos (agressão física) e evidenciada por rompimento da superfície da pele; risco de aspiração relacionado à nível de consciência reduzido, alimentação por sonda e presença de TQT; foi possível traçar um plano assistencial baseado nas diretrizes do *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*³ e com isso definir as intervenções de enfermagem. **Conclusão:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é muito relevante no contexto da atenção à saúde do paciente crítico visto que permite um cuidado sistematizado e uma assistência de qualidade. Logo, é de suma importância que o profissional enfermeiro possa conhecer as causas do TCE, como realizar a avaliação e quais cuidados devem ser prestados ao paciente visando à melhora da qualidade de vida, ajudando no processo de reabilitação estimulando a autonomia, o autocuidado levando em consideração as alterações causadas pelo TCE respeitando as limitações e escolhas do paciente, bem como reforçar a importância da participação familiar no processo de melhora e reinserção da pessoa no vínculo emocional, comportamental, físico, cognitivo, social, e profissional.

Descritores: Traumatismo crânio encefálico; Assistência de enfermagem; Paciente crítico.

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo crânioencefálico / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
2. Menon DK. *et al.* Position statement: definition of traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Philadelphia. 2010; 91(11): 1637-1640.
3. Garcez RM, tradução. NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

ESTRATÉGIAS DE ENSINO UTILIZADAS POR PROFISSIONAIS DO SAMU PARA O EMPODERAMENTO DA POPULAÇÃO EM IDADE ESCOLAR NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.

Aline Presley Pingarilho de Carvalho¹; Ana Flavia de Oliveira Ribeiro¹; Flávia Moraes Pacheco¹; Helder Oliveira da Silva¹; Paula Emannuele Santos do Amaral¹; Maicon Araújo Nogueira².

¹Graduandos em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA);

²Enfermeiro, Especialista em Urgência e Emergência, UEPA.

alinepresley21@gmail.com

Introdução: A realização de atividades educativas com a população, principalmente aqueles em idade escolar, é muito relevante no contexto de urgência e emergência, levando em consideração que um atendimento de qualidade, com rapidez e eficácia pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência ajuda na redução de situações com risco iminente de morte¹. O atendimento às urgências no ambiente pré-hospitalar, ou mesmo antes de entrar pela porta dos hospitais e serviços de pronto atendimento possibilita a diminuição e/ou a redução de sequelas físicas, emocionais e o sofrimento, aumentando a sobrevivência e a melhora do prognóstico da pessoa acidentada². Essa conformidade existe no âmbito sanitário que busca amplificar alguns subterfúgios de intervenção para informar a sociedade de como funciona o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) contribuindo para mudanças significativas que visam à melhora desse atendimento³. Logo, levando em consideração a importância do processo educativo para a população quanto aos serviços móveis⁴, faz-se de suma importância a criação de estratégias e instrumentos de educação que promovam o aprendizado, não somente do pré-escolar assim como de todos os agentes sociais que podem e tem direito de utilizar do serviço de saúde disponível desde que seja de forma adequada e consciente⁵. **Objetivos:** Diante disso, o estudo teve como objetivo analisar as informações presentes na literatura sobre o ensino dos saberes e práticas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência pelos profissionais para a população em idade escolar. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada na base de dados da SCIELO, com a seleção de um artigo, publicado entre 2010 e 2016. Os descritores utilizados para a busca de artigo na SCIELO foram: "Educação em enfermagem", "Urgência e emergência" possibilitando a localização de 3 artigos (3-Scielo). Na LILACS ao se pesquisar com os seguintes descritores: "idade escolar" AND "serviço de atendimento móvel", foram encontrados 6 artigos; destes, 4 foram excluídos de acordo com os critérios de inclusão e os dois restantes eram iguais ao artigo encontrado na base de dados anteriormente citada, com o mesmo título, e quando abertos direcionavam-nos para a página da mesma base de dados. Na BDNF não foram encontrados artigos sobre o tema. **Conclusão:** Compreende-se que são necessárias mais pesquisas na área e que o ensino através de novos métodos sobre o Serviço de Atendimento Móvel para aqueles em idade escolar é muito relevante no contexto das situações de urgência e emergência.

Descritores: Educação em enfermagem; Urgência e emergência; Idade escolar.

Referências:

1. Mota LL, Andrade SR. Temas educativos para escolares sob a perspectiva dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo. 2016; 50(n.esp): p. 114-121.

2. Souza WL. Reflexão sobre a finalidade e área de atuação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na região Araguaia. Repositório Institucional da UFSC. Santa Catarina, 2014. 11p. Tese de Conclusão de Curso (TCC) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.
3. Gonzalez MM. *et al.* I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo. 2013 ago.; 101(2): 1-221.
4. Machado CV, Salvador FGF, O'dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Revista Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2011; 45(3): 519-528.
5. Peixoto M, Sousa RAF, Odon TI. Combate ao Trote Telefônico: uma questão de emergência. Brasília: Núcleo de Estudos e Pesquisas/ CONLEG/Senado, outubro/2015 (Boletim Legislativo nº 36, de 2015). Disponível em: <www.senado.leg.br>. Acesso em: 20 de jun. 2017.

OCORRÊNCIA DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REGIÃO NORTE.

Claudia dos Santos Ozela¹; Silvia Helena Portilho de Barros²; Mayara Del Aguila Pacheco³; Juliette Nobre dos Santos Silva de Lima⁴; Maria José Moraes⁵; Danielle Saraiva Tuma dos Reis⁶

¹Enfermeira. Mestre em enfermagem. Universidade do Estado do Pará (UEPA).

²Enfermeira. Especialista em Envelhecimento e Saúde do Idoso. Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB)/UFPA

³Enfermeira. Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ)

⁴Graduanda em enfermagem. Universidade Federal do Pará (UFPA)

⁵Assistente Social. Especialista em Saúde Pública (Uniasselvi)/ UHJBB/UFPA.

⁶Professora adjunta. Mestre em Doenças Tropicais, Faculdade de Enfermagem/UFPA
claudia_ozela@hotmail.com

Introdução: As Doenças de Notificação Compulsória (DNCs) são definidas por fazerem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças e agravos de saúde pública. São doenças em que a gravidade, magnitude e transcendência social ultrapassam as barreiras geográficas, cuja capacidade de disseminação do agente causador é acelerada, podendo ser potencial causador de surtos, epidemias e pandemias. A notificação compulsória é obrigatória aos profissionais de saúde, devendo ser realizada assim que houver a suspeita ou confirmação da doença, visando o controle e a prevenção^(1,2). **Objetivo:** Quantificar e identificar as doenças de notificações compulsórias que prevalecem em um hospital de referência da região Norte. **Métodos:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório realizado no banco de dados do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) de um hospital de referência da região Norte, com os casos notificados no período de janeiro a dezembro de 2016. **Resultados e discussões:** Na instituição foram notificados, em 2016, 22 DNCs. A avaliação da incidência das DNCs, na instituição, estimou que houveram 853 casos. Destes há predominância nos casos de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), com 143 casos (16,76%); Meningite com 190 casos (22,27%); e Tuberculose com 282 casos (33,05%). Acredita-se que essa disposição seja devido ao hospital ser referência em doenças infectocontagiosas, apresentando setores específicos principalmente as que foram encontradas majoritariamente (AIDS, Tuberculose e Meningite). A tuberculose (TB) é um grave problema de saúde pública mundial, sendo a terceira doença infectocontagiosa que mais mata em todo mundo. E a difusão da epidemia da AIDS, devido ao comprometimento do sistema imunológico, favorece o surgimento de doenças oportunistas e dentre elas está a TB e a Meningite^(3,4). Por esse motivo a vigilância em saúde deve ser um processo contínuo e sistemático de dados, possibilitando a disseminação destes, visando a implementação e de medidas públicas para a proteção da saúde da comunidade⁽⁵⁾. **Conclusão:** Diante do exposto, que o hospital de referência da região Norte notifica um grande número de casos de DNCs e realiza a atividade de vigilância epidemiológica proposta pelo Ministério da Saúde. Assim, verifica-se a importância de realizar a notificação em sistema de vigilância em saúde, para que os órgãos competentes, os profissionais de saúde e toda a comunidade tenham acesso imediato a esses dados e possam tomar as medidas cabíveis para o controle e prevenção dessas doenças e agravos.

Descritores: Notificação de doenças; Saúde pública; Vigilância em Saúde Pública.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016. Brasília, DF. [internet]. 2016 [cited 2017 oct 26]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html

2. Silva GA, Oliveira CMG. The registry of diseases of compulsory notification: the participation of health professionals and the community. *Rev Epidemiol Control Infect.* [internet]. 2014 [cited 2017 oct 26]; 4(3):215-220. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/4578>.
3. Piva SGN, Costa MCN, Barreto FR, Pereira SM. Prevalence of nutritional deficiency in patients with pulmonary tuberculosis. *J Bras Pneumol* [internet]. 2013 [cited 2017 oct 26]; 39(4):476-483. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v39n4/1806-3713-jbpneu-39-04-0476.pdf>.
4. Barbosa EL, Levino A. Analysis of TB/HIV coinfection as development factor for multidrug resistant tuberculosis: a systematic review. *Rev Pan-Amaz Saude.* [internet]. 2013 [cited 2017 oct 26]; 4(4):57-66. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v4n4/v4n4a07.pdf>. Acesso em: 22/10/2017.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Brasília, DF. [internet]. 2016 [cited 2017 oct 26]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html

PERIOPERATÓRIO EM CÂNCER DE RETO: ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Luana da Silva Freitas¹; Rosana Moreira da Silva¹; Daniela Feitosa Duarte²; Alzinei Simor³; Cristiane da Silva Moreira⁴; Priscila Farias Fonseca⁴

¹Enfermeira. Mestranda em Saúde na Amazônia, Universidade Federal do Pará (UFPA);

²Enfermeira. Pós-graduanda em Unidade de Terapia Intensiva, Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ);

³Enfermeiro. Mestre em Terapia Intensiva, Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI);

⁴Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Ophir Loyola (HOL);
luanadasilvafreitas17@gmail.com

Introdução: O trato gastrointestinal (TGI) é um conjunto de órgãos responsáveis pela fragmentação dos nutrientes adquiridos na alimentação através de processos mecânicos e químicos, de maneira que permita o aproveitamento destes nutrientes pelo corpo após absorção¹. O reto compõe a parte terminal do TGI com a função de acumular fezes para absorção final de nutrientes. Tumores que acometem o reto são tratáveis e, na maioria dos casos, curáveis quando detectados precocemente e não houver metástase². **Objetivo:** Descrever a assistência de enfermagem no período perioperatório de pacientes com câncer retal. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo relato de caso, realizado no período de 09 à 31 de maio de 2017 na clínica cirúrgica onco-abdome de um hospital de ensino e oncológico de referência na região Norte, ao longo das atividades práticas da residência de enfermagem. Residente e preceptor atuaram na coleta de dados, evoluções diárias, avaliação de exames, orientação perioperatória bem como no curativo diário. **Resultados e discussão:** Paciente R.S.P.S, 69 anos, com biópsia desde o ano de 2015 indicando carcinoma espinocelular invasivo, internou na Unidade de Atendimento Imediato (UAI) com queixa de dor e sangramento anal intenso, além de incontinência fecal. Consciente e orientado em tempo e espaço, colaborativo. Tolerando dieta por via oral, diurese espontânea em fralda. Realizou 30 sessões de radioterapia em 2015. Avaliado pela equipe cirúrgica realizou: esofagogastroduodenoscopia, tomografias de tórax e pelve, e demais exames pré-operatórios de rotina. Evoluiu após 05 dias de internação com perda de secreção mucoide pelo reto, astenia e tolerância, apenas, a dieta líquida-pastosa. No pré-operatório imediato de amputação abdomino-perineal de reto foi orientado quanto ao preparo, colostomia e estadia na Unidade de Terapia Intensiva durante o pós-operatório imediato. O ato cirúrgico consistiu em retirada da porção final do reto, linfonodos, esfíncteres e ânus (cirurgia de Miles¹), onde o períneo foi fechado por primeira intenção e colocado uma luva com gazes estéreis no interior do orifício para preencher o oco pélvico. Durante o pós-operatório mediato mantido estável, evoluindo com bom estado geral, orientado diariamente quanto a colostomia, cicatrização da ferida operatória, acompanhamento ambulatorial e demais cuidados gerais. **Conclusão:** O sucesso pós abordagem cirúrgica do câncer de reto depende de diversos fatores, dentre eles: reservas do paciente, resposta a radioterapia prévia e compreensão do doente sobre sua condição clínica pré e pós-operatórias¹. A assistência de enfermagem no perioperatório de amputação abdomino-perineal de reto é imprescindível para orientar e, principalmente, dispensar cuidados diretos ao paciente no pós-operatório mediato, uma vez que, por exemplo, a cicatrização da ferida operatória ocorre por segunda intenção, mais susceptível a infecção, necessitando de cuidados especializados durante a realização dos curativos diários³. Além disso, o autocuidado estimulado a partir das orientações para a colostomia são mandatórios no bom prognóstico, bem-estar e sobrevida do paciente². Contudo, a equipe de enfermagem deve ser qualificada para o manejo de tais pacientes oncológicos, visando abordagem ampla e holística para necessidades específicas e singulares desta patologia, bem como as decorrentes do seu tratamento clínico e cirúrgico.

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Assistência perioperatório; Câncer.

Referências:

1. Júnior JCMS. Câncer ano-reto-cólico: tratamento cirúrgico. Rev bras Coloproct. Guaratinguetá, São Paulo, jan-mar, 2009;29(1): 106-119.
2. Michelone APC, Santos VLCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. Rev Latino-am Enfermagem, nov-dez; 2015;12(6):875-83.
3. Cheregatti AL. Enfermagem em unidade de terapia intensiva. São Paulo: Martinari, 2014.

HUMANIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COMO MECANISMO PARA RECUPERAÇÃO DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI).

Eloísa Avelino de Sousa França¹; Gabriela Luciana de Souza Figueiredo¹; Paulo Galvão Ferreira¹; Natália Letícia Coelho Barbosa¹; Tamires de Nazaré Soares².

¹Acadêmica de Enfermagem da Universidade da Amazônia (UNAMA)

²Enfermeira e Pedagoga - Pós Graduanda em UTI adulto e Neo
eloisafranca11@hotmail.com

Introdução: Humanizar é oferecer assistência à saúde de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com aperfeiçoamento dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais, é oferecer um atendimento de qualidade, que abrange a valorização tanto do profissional de saúde (condições de trabalho, educação permanente etc) quanto do paciente, através do reconhecimento e cumprimento dos seus direitos a saúde, e dentro da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) torna-se muitas vezes complexas devido à rotina dos profissionais, porém muitos tentam realizar esse processo de humanização para o bem-estar do paciente. **Objetivo:** Refletir sobre a importância da assistência de enfermagem de forma humanizada como mecanismo para recuperação de paciente em estado crítico em UTI. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura. Foram efetuadas consultas às bases de dados BVS, Scielo e Lilacs, utilizando as palavras chaves “humanização”, “enfermagem”, “UTI”. **Resultados e discussões:** a literatura revela que pacientes tratados de forma humanizada tem o tempo de internação hospitalar diminuído, pois o paciente sente-se encorajado a lutar pela recuperação de sua saúde, o que acaba acelerando o processo de recuperação; além disso, é comprovado o aumento de sensação de bem-estar entre os envolvidos (profissionais, pacientes e familiares). Como consequência há uma diminuição nas despesas em saúde. **Conclusão:** Na UTI os pacientes encontram-se extremamente fragilizados tanto fisicamente quanto psicologicamente, portanto, faz-se necessário o olhar atento e humanizado dos profissionais de saúde que atuarão no cuidado ao paciente crítico, a fim de minimizar suas angústias e ansiedade, aumentar a resposta positiva ao tratamento e consequentemente diminuir o tempo de internação do paciente. O processo vivencial que envolve a humanização procura dar ao paciente o tratamento como pessoa humana que merece dentro de cada circunstância peculiar que se encontra em cada momento.

Descritores: Humanização, enfermagem, UTI

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS. Brasília, 2004.
2. MOREIRA, M. A. D. M. et al. Políticas Públicas de Humanização: revisão integrativa de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 3231-3242, 2015.
3. REIS, C. C. A.; SENA, E. L. S.; FERNANDES, M. H. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, 2016, p. 4212 – 4222.

ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR HUMANIZADA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Brenda Souza Moreira¹; Lana Beatriz Dos Santos Nascimento¹; Lizandra Thaís Mesquita da Silva¹; Polyana Maria do Espirito Santo Martins¹; Daniel da Costa Torres².

¹Acadêmica de Fisioterapia, Universidade da Amazônia (UNAMA);

⁵Fisioterapeuta e Docente da Universidade da Amazônia (UNAMA).

lanabeatriz15@gmail.com

Introdução: No início dos anos 80, devido à necessidade de elevar a sobrevivência de neonatos que precisavam de cuidados específicos e de alta complexidade, foram criadas as unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). Desde esse momento, se obteve uma crescente evolução tecnológica que modificou o ambiente, transformando-o em um lugar com altos níveis de ruídos, luminosidade contínua, ritmo de trabalho e manipulações intensas. Assim, em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, e a humanização em saúde começou a ter uma repercussão nacional, construído com a participação de todos os profissionais e com o comprometimento da qualidade dos serviços, respeitando os recém-nascidos e sua unidade familiar, propondo o melhor para sua sobrevivência¹.

Objetivo: Realizar um levantamento de literatura sobre a assistência multidisciplinar humanizada em UTIN e suas estratégias nos últimos 05 anos. Metodologia: Realizou-se buscas nas bases de dados Pubmed, Scielo, PEDro, e Science Direct no período de setembro a outubro de 2017 utilizando os descritores, de acordo com o DECS, humanização da assistência e unidade de terapia intensiva neonatal nos idiomas português e inglês. Foram selecionadas somente literaturas dos últimos 05 anos e que falavam de humanização na UTI neonatal e excluídas aquelas que não se relacionavam com o tema. **Resultados/Discussão:** Encontraram-se 11 artigos relacionados ao tema proposto. De acordo com Barreto e Inoue¹ os profissionais da enfermagem são responsáveis por preparar os familiares quanto a UTIN, já que a primeira impressão é de susto por ser um lugar cheio de aparelhos e pouco acolhedor. Roseiro e Paula² corrobora que a presença da família é muito importante, pois o recém-nascido não é visto como um ser isolado, mas pertence à família e dessa forma, incentivar a participação ativa da família junto ao bebê e dar orientações de como amamentar, a forma correta de pegar no colo, incentivar o método canguru e a maior participação do pai nesse contexto. A realização de todos os procedimentos no mesmo período de tempo requer uma integração multidisciplinar para que no final do atendimento seja possível posicionar o neonato de forma correta no leito, reduzindo assim a luminosidade e sonoridade. Diante disso, cobrir a incubadora, usar proteção ocular no momento da fototerapia, manuseá-lo delicadamente, abrir e fechar portar com cuidado e promover horários de silêncio são medidas efetivas para a humanização. Ademais, Ramada³ afirma que o toque terapêutico é uma poderosa estratégia de humanização, pois além de aliviar a dor, proporciona conforto e favorece o estreitamento dos laços emocionais entre o bebê e seus familiares. Sendo assim, Rubia e Torati⁴ prezam a humanização multidisciplinar pelo fato de ter como finalidade o conforto ao recém-nascido, e melhorar sua qualidade de vida, uma vez que a UTIN consegue reduzir a mortalidade, mas nem sempre reduz o tempo de hospitalização. **Conclusão:** Portanto, com resultados desse estudo foi possível mostrar a importância de uma assistência humanizada na UTIN e que a humanização leva a um contato mais próximo e uma relação humana com o neonato e a unidade familiar.

Descritores: Humanização da Assistência; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Referências:

1. Barreto AP, Inoue KC. Assistência humanizada em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN): a importância dos profissionais de enfermagem. *Revista UNINGÁ Review*. 2013 jul-set; 15(1): 66-71.
2. Roseiro CP, Paula KMP. Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. *Estudos de Psicologia*. 2015 jan-mar. 32(1): 109-119.
3. Ramada NCO, Almeida FA, Cunha MLR. Toque terapêutico: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos. *Einstein*. 2013; 11(4): 421-5.
4. Rubia ASC, Torati CV. Humanização em unidade de terapia intensiva neonatal: Uma revisão. *Revista Salus Journal of Health Sciences*. 2016; 2(1): 79-86.

O CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM SOBRE A PRESCRIÇÃO SEGURA.

Josielen Silva do Couto¹; Ana Paula Monteiro Nascimento¹; Nixon Souza de Oliveira Júnior¹; Ana Carolina de Almeida Paiva².

¹Acadêmica de Enfermagem, Universidade da Amazônia (UNAMA);

²Mestra em Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente, (FSCMPa)

ellen-silva@hotmail.com

Introdução: O termo segurança do paciente é definido como a busca pela minimização de riscos e danos associados à assistência de saúde¹. Reconhecendo que as prescrições têm papel ímpar na prevenção de erros de medicação e que prescrições incompletas, ilegíveis ou com rasuras impedem a eficiência da dispensação, colocando em risco a qualidade da assistência farmacêutica ao paciente, levando ao comprometimento no tratamento farmacoterapêutico, o que pode ocasionar sérios danos ao paciente². **Objetivo:** Identificar o nível de conhecimento da equipe de enfermagem sobre a prescrição segura. **Método:** O percurso metodológico foi pautado na abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida no mês de Outubro de 2016, na Unidade Coronariana (UCA) do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. Tendo como sujeito da pesquisa enfermeiros e técnicos de enfermagem, o estudo decorreu por meio de aplicação de questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas que permeiam a prescrição segura. **Resultados e discussão:** Verificou-se que a maioria dos profissionais entrevistados tem um entendimento adequado sobre o termo de prescrição segura e os fatores que são abrangidos pela mesma e sua influência na qualidade do cuidado e na segurança do paciente. A equipe de enfermagem em sua maioria relaciona o erro de prescrição à ilegibilidade, prescrição incompleta e falta de atenção. É necessária a conscientização por parte dos profissionais que exercem essa atividade, pois a prescrição médica é a primeira etapa do ciclo da utilização do medicamento, visando que os procedimentos legais estabelecidos destas sejam cumpridos de forma adequada, pois erros adversos se tornam caros para o SUS, envolvendo custos diretos ou indiretos de tratamento, internações, invalidez ou até mesmo a morte do indivíduo³.

Conclusão: Com base nos dados levantados durante a pesquisa e nos achados de cada artigo, podemos concluir que existe a escassez de trabalhos acadêmicos recentes focados na prescrição segura. Fundamentado no princípio de que os pacientes não devem sofrer danos que ampliem o seu estado de debilidade e comprometimento no momento da internação hospitalar, a prescrição segura tem influência direta e indireta no que tange a segurança do paciente, evitando danos e iatrogenias que podem agravar o seu estado de saúde causando complicações reversíveis ou irreversíveis.

Descritores: segurança do paciente; prescrição segura; enfermagem.

Referências:

1. Souza FT, Garcia MC, Rangel PPS, Rocha PK. Percepção da enfermagem sobre os fatores de riscos que envolvem a segurança do paciente pediátrico. Rev Enferm UFSM. Jan/Mar, 2014; 4(1): 152-162.
2. Ferrari CKB, Brito LF, Oliveira CC, Moraes EV, Toledo OR, David FL. Falhas na prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos: um problema de saúde pública. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2013; 34(1): 109-116.
3. Mainardes NM, Souza SF, Xavier, MP. Análise das prescrições médicas e da dispensação farmacêutica em uma farmácia escola do município de Gurupi-TO. Rev Amaz. 2014; 2(1) 19-27.

RELAÇÃO DO MÚSCULO ADUTOR DO POLEGAR COM PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS E SUBJETIVOS NA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM PACIENTES ONCOLÓGICO.

Dheysse Araújo de Lima¹, Tatiane Lopes Pontes², Edileuda da Silva³, Lorrany Marinho³, Fernando Vinícius Faro Reis⁵

¹Pós Graduada em Nutrição Clínica, Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ)

²Mestranda em Nutrição e Metabolismo, Universidade de São Paulo (USP)

³⁻⁴Residente em Nutrição Oncológica, UFPA

⁵Mestre em Doenças Tropicais, Universidade Federal do Pará (UFPA)

Introdução: A Avaliação Subjetiva Global – Produzida Pelo Paciente (ASG-PPP) é a principal ferramenta de triagem nutricional para determinação de desnutrição em pacientes oncológicos¹. Associadas à ASG-PPP, a avaliação da Espessura do Músculo Adutor do Polegar (EMAP) aparece como uma variável antropométrica importante por ser objetiva, de baixo custo e não invasiva com a finalidade de acompanhar o grau da degradação do tecido muscular². **Objetivo:** Avaliar a relação da espessura do músculo adutor do polegar (EMAP) com parâmetros antropométricos e o sistema de pontuação subjetivo em pacientes oncológicos. **Métodos:** Este é um estudo descritivo realizado no ambulatório de nutrição da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB). A amostra foi composta por pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de câncer e em tratamento quimioterápico. Participaram do estudo indivíduos que atenderam os critérios de inclusão e exclusão e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram realizados a aplicação da ASG-PPP categorizada com base no risco nutricional: bem nutridos (ASG A) e desnutridos (ASG B e C); Circunferência do Braço (CB), Prega Cutânea Tricipital (PCT), Circunferência Muscular do Braço (CMB) e medida da Espessura do Músculo Adutor do Polegar (EMAP). Os dados obtidos foram analisados pelo software *Statistica 7.0*. Foi adotado como dado significativo $p < 0,05$. A normalidade da distribuição das variáveis foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para os dados que apresentaram distribuição normal (CB, PCT e CMB) foi utilizado o teste de Pearson e para dados que não apresentaram distribuição normal (ASG) foi utilizado a correlação de Spearman. **Resultados/Discussão:** Participaram do estudo 60 pacientes dentre os quais 42% eram adultos e 58% idosos. Segundo distribuição de gênero, 52,0% eram masculinos e 48% eram femininos. A desnutrição foi o estado nutricional predominante encontrado em 71,66% dos pacientes submetidos a ASG-PPP. O EMAP apresentou correlação estatística negativa com ASG ($r = -0,33$; $p = 0,009$) e positiva com CB ($r = 0,43$; $p = 0,001$), PCT ($r = 0,31$; $p = 0,015$) e CMB ($r = 0,28$; $p = 0,031$), demonstrando boa sensibilidade como método direto de avaliação. Em 2009, Bragagnolo et al³ publicaram um estudo com o objetivo de verificar se a utilização da EMAP era confiável na avaliação nutricional de 87 pacientes candidatos à cirurgia de grande porte no trato gastrointestinal, o resultado apresentou correlação significativa entre os métodos aplicados corroborando com os resultados encontrado no presente estudo. Para Lameu et al⁴. uma das vantagens da EMAP é que este permite uma medição direta, não sendo necessária a utilização de fórmulas para o cálculo de seu valor real. **Considerações Finais:** A aferição da espessura do músculo adutor do polegar combinada com ferramentas de triagem tem se mostrado confiável na detecção de depleção proteica quando relacionada aos parâmetros antropométricos clássicos, o que permite reforçar seu uso como uma medida rápida, direta e preditora de evolução nutricional.

Descritores: Desnutrição, Câncer, EMAP.

Referências:

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica – 2. ed. rev. ampl. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
2. Freitas BJ; Mesquita LC; Teive NJ; Souza SR. Clássica e Músculo Adutor do Polegar na Determinação do Prognóstico Nutricional em Pacientes Oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2010; 56(4): 415-422
3. Bragagnolo R; Caporossi FS; Nascimento, DBD; Nascimento, JEA. Espessura do Músculo Adutor do Polegar: Um método rápido e confiável na avaliação nutricional de pacientes cirúrgicos. *Rev. Col. Bras. Cir.* vol.36 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2009
4. Lameu EB, Gerude MF, Corrêa RC, Lima KA. Adductor policis muscle: a new anthropometric parameter. *Rev Hosp Clín Fac Med.* 2004;59(2):57-62

ANÁLISE DE INDICADORES RELACIONADOS À PRESCRIÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELÉM – PARÁ.

Joice de Oliveira Naves¹; Lorrane Camelo dos Reis¹; Maryllia Suellem Almeida Cesario²; Suzana Menezes de Araujo Veloso³; Ana Luiza Sobrinho Moraes⁴.

¹Farmacêutica Residente em Atenção ao Paciente Crítico, Universidade Federal do Pará (UFPA);

²Farmacêutica Residente em Atenção ao Paciente Crítico, Especialista em Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica, Universidade Federal do Pará(UFPA);

³Farmacêutica Residente em Saúde do Idoso, Especialista em Análises Clínicas e Toxicológicas, Universidade Federal do Pará(UFPA);

⁴Farmacêutica, Especialista em Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica, Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB)

navesjoice@gmail.com

Introdução: Nutrição Parenteral (NP) é uma solução ou emulsão administrada por infusão intravenosa, composta de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas, eletrólitos e minerais¹. A NP visa prevenir e tratar desnutrição, complicações do trato gastrointestinal, melhorar resposta imunológica e cicatricial, modular resposta orgânica ao tratamento, reduzir tempo de internação e diminuir mortalidade¹⁻⁴. 30 a 50% dos pacientes hospitalizados sofrem de desnutrição e com o tempo de internação (acima de 15 dias) podem chegar a 61%³. A NP é prescrita por um médico, com acompanhamento do tratamento feita por médicos e nutricionistas. Neste contexto o farmacêutico é responsável por adquirir, armazenar e distribuir a NP garantindo a qualidade para sua administração segura, pelo enfermeiro². **Objetivos:** Traçar um perfil de utilização de NP por pacientes internados a partir da análise de indicadores, em um hospital universitário de referência em Belém-PA. **Métodos:** Trata-se de um trabalho retrospectivo, transversal e analítico. Os dados foram selecionados de planilhas de dispensação referente a doze meses de consumo (julho/2016 a julho/2017). Indicadores selecionados, gênero, faixa etária, motivo de indicação, local da internação e número de bolsas por paciente. Os cálculos e tabulações realizados em Planilha Programa Microsoft Excel-2010. **Resultados e Discussão:** Foram contabilizados 120 pacientes fazendo uso de NP, total de 1146 bolsas dispensadas. O gênero masculino teve maior prevalência 65% comparado ao feminino com 35% no estudo. A maior frequência de NP em homens pode justificar-se pela falta de autocuidado, podendo evoluir para doenças crônicas ou neoplasias. O setor com maior número de solicitações de bolsas para NP foi o setor de Clínica Cirúrgica com 54% de pedidos, seguido do CTI, 30%, Clínica Médica, 11% e Clínica Pediátrica, 5%. A Clínica de Doenças Infecto Transmissíveis apresentou 4 dispensações e a Clínica de Pneumologia não teve dispensação no período coletado. A faixa etária prevalente foi de 60 anos ou mais (36%), seguida de 40 a 49 anos (14%) e de 30 a 39 anos (12%). Porém, em 27% das prescrições estava sem idade. A indicação de NP, corrobora com os principais motivos de indicações do uso no presente estudo, comorbidades do trato gastrointestinal como neoplasias, pós operatório de cirurgias na região do trato digestivo e úlceras^{4,5}. **Conclusão:** Os indicadores permitiram detectar que o local estudado, ainda não dispõe de equipe multiprofissional exclusiva atuante em NP. Contudo, a Instituição está incorporando as recomendações previstas no Protocolo de Segurança do Paciente⁵.

Descritores: Nutrição parenteral, Indicadores, Segurança do Paciente.

Referências:

1. Guimarães DRS, Ferreira GA, Romeu GA, Matos VC, Costa AK, Nobre ACL. Avaliação das prescrições de nutrição parenteral dos usuários de um hospital público de Fortaleza. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. 2012; 3 (2):25-9.
2. McClave AS, Kozar R, Martindade RG, Heyland DK, Braga M, Carli F, et al. Summary points and consensus recommendations from the North American Surgical Nutrition Summit. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2013; 37(5 Suppl):99S-105S.
3. Carvalho APPF, Modesto ACF, Oliveira CP, Penhavel FAS, Vaz IMF, Vieira LL, et al. Protocolo de Terapia nutricional enteral e parenteral da Comissão de Suporte Nutricional. Goiânia (GO): Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás; 2014.
4. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
5. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz; Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância em Saúde; 2013.

PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO HOSPITALAR NA UTI DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS INFECTOPARASITÁRIAS DE BELÉM-PA.

Paula Beatriz de Barros Leite¹; Ingrid Nascimento dos Santos²; Aidê Teles de Carvalho³, Mayara Fonseca Dantas¹, Lourival Rodrigues Marsola⁴; Maria Heliana Alencar da Costa⁵

¹Enfermeira, Residente em Atenção ao Paciente Crítico, Universidade Federal do Pará (UFPA)

²Enfermeira, Pós-graduanda em Oncologia, Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ)

³Enfermeira, Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia (UFPA)

⁴Médico, Mestre em Doenças Infecciosas e Parasitárias (UFPA)

⁵Farmacêutica, Doutora em Doenças Infecciosas e Parasitárias (UFPA)

paula_leite7@hotmail.com

Introdução: A infecção hospitalar é toda aquela relacionada à internação ou a procedimentos hospitalares, adquirida após a admissão do paciente no hospital, podendo se manifestar durante o período de internação ou após a alta. As que ocorrem após 72 horas da admissão do paciente são consideradas, desde que se desconheça o período de incubação do agente infeccioso e não houver evidência clínica e/ou laboratorial de infecção no momento da internação¹. Constitui-se um grave problema de saúde pública, sendo responsável pela elevada morbimortalidade, aumento do período de internação e custos assistenciais. **Objetivo:** Avaliar o perfil de infecção hospitalar (IH) na unidade de terapia Intensiva (UTI), no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. **Métodos:** Estudo epidemiológico, retrospectivo, realizado em um hospital de referência em doenças infecto parasitárias de Belém-PA. Foi utilizado como fonte de dados o relatório epidemiológico de infecções elaborado pela Comissão de Controle Infecção Hospitalar (CCIH) do hospital. **Resultados e Discussão:** Dos 542 pacientes admitidos 85 foram infectados e notificados 115 episódios de IH. Esse resultado demonstra que alguns pacientes adquiriram mais de uma IH. Os tipos de IH notificadas foram: Infecção do trato urinário (ITU) totalizando 18 episódios (15%), todos associados à sonda vesical de demora (SVD); infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) com 9 episódios (8%), todas associadas a cateter venoso central (CVC) e 64 pneumonias, das quais 53 (47%) associadas à ventilação mecânica (VM) e 11 (9%) não associadas e outras infecções com 24 (21%) episódios. A IH mais frequente neste período foi a pneumonia associada à VM, tendo liderado o ranking de notificação em IH. A ITU e a IPCS foram relacionadas à SVD e CVC, respectivamente, assim como a pneumonia associada à VM, o que evidencia a relação direta desses procedimentos nos elevados índices de IH. **Conclusão:** Pacientes internados em UTI e submetidos a procedimentos invasivos, consequentemente, estão expostos a adquirir IH. Para o controle das IH é necessário que medidas de prevenção e controle de infecções sejam seguidas, tais como: aplicação das normas de biossegurança, capacitação da equipe multiprofissional em conjunto com a CCIH impacta no objetivo de reduzir a incidência das mesmas².

Descritores: Unidade de terapia intensiva; Infecção Hospitalar; Prevalência.

Referências:

1. Bretas TCS, Silva PS, Prado PF, Andrade FM, Versani CC. O conhecimento do familiar/acompanhante pediátrico acerca da infecção hospitalar. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 78-84, mai./ago. 2013.
2. Oliveira JB, Francalino TR, Silva MLF, Júnior ACAJ, Lima LR. Atuação do enfermeiro no controle de infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva (UTI). Mostra Indisciplinar do curso de Enfermagem, v. 2, n. 2, dez. 2016.

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTES COM CÂNCER EM CABEÇA E PESCOÇO: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Jorge Luis Monteiro spinelli¹, Rafaela Salbé Travassos da Rosa², Soany de Jesus Valente Cruz³

¹Fisioterapeuta, Professor/Preceptor da Disciplina de Prática de Hospital, do curso de Pós-Graduação de Fisioterapia Hospitalar do Centro Universitário do Pará (CESUPA)

²Fisioterapeuta; Pós graduanda em fisioterapia hospitalar pelo Centro Universitário do Pará (CESUPA)

³Fisioterapeuta, Residente em Oncologia, Universidade federal do Pará (UFPA)

Introdução: O câncer é o nome geral para o conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado das células, dando origem as células cancerígenas. O câncer de cabeça e pescoço é definido como tumor maligno, sendo considerado um grande problema de saúde pública no Brasil. As áreas que são acometidas são: cavidade oral, laringe e faringe. Os principais fatores de risco para o câncer de boca são: idade avançada, tabagismo, etilismo, higiene bucal precária. Por se tratar de uma patologia complexa, é necessário o acompanhamento com uma equipe multidisciplinar, incluindo o fisioterapeuta.

Objetivo: Esse estudo teve o intuito de realizar uma revisão bibliográfica da atuação fisioterapêutica no câncer de cabeça e pescoço.

Metodologia: Para o desenvolvimento do presente estudo foi realizado uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados: BIREME- Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS, PubMed,- Unit State Nacional Library Medicine. Como critérios de inclusão, os estudos deveriam estar indexados nas bases de dados, nos últimos dez anos, nos idiomas português e inglês. Os termos utilizados para a busca dos artigos de acordo com os descritores em ciências da saúde, foram: intervenções fisioterapêuticas, câncer de cabeça e pescoço e fisioterapia no câncer de cabeça e pescoço

Resultados e Discussão: Dentre os 18 artigos encontrados, 10 se adequaram ao tema. De acordo com os dados, a fisioterapia é direcionada para a prevenção e/ou tratamento das complicações em decorrência do tratamento cirúrgico, devendo ser iniciada no pré-operatório, durante a internação e no pós-operatório imediato, enfatizando a função e o movimento para um melhor tratamento do paciente portador de câncer de cabeça e pescoço. Recursos fisioterapêuticos como estimulação elétrica transcutânea (TENS), mobilização passiva, relaxamento muscular e terapia manual podem auxiliar na redução da dor, minimizando desconfortos e melhorando a qualidade de vida. Frequentemente, tais pacientes apresentam comprometimento pulmonar, inclusive realizando traqueostomia, sendo função da fisioterapia a manutenção da mecânica respiratória, ventilação e expansibilidade pulmonar, melhorar oxigenação e troca gasosa, além da promoção da higiene brônquica, devendo ser iniciada no pré-operatório. A cinesioterapia é fundamental em todo o processo de reabilitação podendo ser iniciada no pós-operatório imediato, e o fortalecimento da musculatura pode ser iniciado assim que os drenos da cirurgia forem retirados.

Conclusão: A fisioterapia é de vital importância para o tratamento de câncer de cabeça e pescoço, tanto para a prevenção como para reabilitação física, funcionais e psicossociais precoces ou tardias de complicações oriundas da cirurgia. Por ser um assunto de poucas publicações, estudos futuros serão necessários para maiores esclarecimentos sobre o tema.

Descritores: Câncer de cabeça, Câncer de pescoço, Fisioterapia.

Referências

1. Mirzaei M, Hosseini S.A, Ghoncheh M, Soheilipour F, Soltani S, Salehiniya H. Epidemiology and Trend of Head and Neck Cancers in Iran. **Global Journal of Health Science**; Vol. 8, No. 1; 2016.
2. Nemoto R.P, Victorino A.A, Pessoa G.B, Cunha L.L.G, Silva J.A.R, Kanda J.L, Matos L.L. Oral Cancer Preventive campaigns: are we reaching the real target? *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015;81(1):44-49
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação; organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: Inca, 2012. 129 p. Disponível: (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>).
4. Galbiatti A.L.S, Ruiz M.T, Maniglia J.V, Raposo L.S, Bertelli E.C.P, Bertollo E.M.G. Head and Neck cancer: genetic polymorphisms and folate metabolism. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* 78 (1) Janeiro/Fevereiro 2012 <http://www.bjorl.org.br>
5. Costa M.G e S.T, Rabello C.A.F.G, Lucena R.S, Bacelar S.C, Cordeiro C.D, Ribeiro M.T.N, Dias F.L, Farias T.P, Barbosa M.M. Perfil assistencial do ambulatório de fisioterapia no Câncer de Cabeça e Pescoço, unidade I- Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v. 36, nº 4, p. 229 -232, outubro / novembro / dezembro 2007.

ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS INTERNADOS NA CLÍNICA CIRÚRGICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO (HUIBB).

Dheysse Araújo de Lima¹; Gabrielly Rodrigues Moura²; Yasmim Moraes Martins³; Luanny Kaísa de Oliveira Kauffmann⁴; Carlos Henrique dos Santos⁵; Tayana Vago de Miranda⁶

¹Nutricionista, Pós Graduada em Nutrição Clínica, ESAMAZ;

²Graduada em Nutrição, Universidade Federal do Pará (UFPA)

³Nutricionista, Residente em Oncologia, HUIBB;

⁴Nutricionista, Residente em Saúde do Idoso, HUIBB;

⁵Nutricionista, Especialista em Epidemiologia, HUIBB;

⁶Nutricionista, Mestre em Oncologia e Ciências Médicas, HUIBB.

gabir33@gmail.com

Introdução: O câncer é caracterizado pelo crescimento exacerbado e rápido de células, podendo ou não ser invasivo, essas características são geradas por uma alteração no ácido desoxirribonucléico (DNA)⁽¹⁾. Estimou-se para 2016, o surgimento de 596.070 novos casos no Brasil, na região Norte a estimativa foi de 21.490 novos casos⁽²⁾. A ocorrência de desnutrição nos pacientes oncológicos é algo frequente, presente em cerca de 75% deles no momento do diagnóstico. **Objetivos:** Caracterizar o estado nutricional dos pacientes oncológicos internados na clínica cirúrgica do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB). **Métodos:** O estudo é de caráter transversal, descritivo e quantitativo. Realizado na clínica cirúrgica do HUIBB, no período de abril a agosto do presente ano, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUIBB (CAAE nº 61908116.8.0000.0017), por meio das fichas de avaliação nutricional. O estado nutricional foi caracterizado por meio das seguintes medidas e parâmetros antropométricos: Índice de Massa Corpórea (IMC), Circunferência do Braço (CB), Circunferência Muscular do Braço (CMB), Prega Cutânea Tricipital (PCT), Percentual de adequação de CB, CMB, PCT (%CB, %CMB, %PCT) e percentual de perda de peso (%PP). Os dados foram tabulados no programa Excel 2010. As referências utilizadas para classificação do estado nutricional foram: IMC (WHO, 1997), %CB, %CMB, %PCT (Blackburn e Thorton, 1979) e %PP (Blackburn e Bistran, 1977). **Resultados e Discussão:** Foram avaliados 59 pacientes, onde a maioria era do sexo masculino (62,7% homens) e idosos (idoso 55,9%), perfil encontrado também por Fonseca e colaboradores⁽⁴⁾. Os pacientes apresentaram predominantemente desnutrição segundo IMC (40,7%), %CB (56%), %CMB (64,41%), %PCT (52,84%) e perda de peso grave conforme %PP (%52,54). Os resultados de %CMB foram semelhantes aos encontrados por Fonseca e colaboradores e Brito e colaboradores^(3,4). O alto percentual de desnutrição no parâmetro %PCT, também foi encontrado por Brito e colaboradores⁽⁴⁾. Nos resultados obtidos referentes ao IMC e %PP, tanto Brito e colaboradores como Fonseca e colaboradores obtiveram conclusões diferente⁽⁴⁾. A importância dos resultados encontrados, é a relevância do estado nutricional no paciente oncológico pré cirúrgico, a prevalência de desnutrição em diversos parâmetros aponta uma importante fragilidade. **Conclusão:** As alterações nutricionais presentes em pacientes oncológicos são pontos notáveis e de extrema importância para a resposta ao tratamento proposto e a qualidade de vida. A avaliação da nutrição é indispensável e deve compor o plano terapêutico para os indivíduos internados numa clínica cirúrgica, pois a sua avaliação determina o risco cirúrgico, e deliberação dos que serão sujeitos a suporte nutricional.

Descritores: Estado nutricional, Neoplasia, Desnutrição.

Referências:

1. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Consenso nacional de nutrição oncológica. 2009. Disponível em:
http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Consenso_Nutricao_internet.pdf.
Acesso em: 11 setembro 2017.
2. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa>. Acesso em: 11 setembro 2017.
3. Fonseca DA, Garcia RRM, Stracieri APM. Perfil Nutricional de Pacientes Portadores de Neoplasias Segundo Diferentes Indicadores. Revista Digital de Nutrição; 2009 ago/dez [acesso em 14 setembro de 2017]; 3(5):[aproximadamente 17 p.]. Disponível em:
https://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/5_edicao/Artigo_PERFIL_NUTRICIONAL_DE_PACIENTES_PORTADORES.pdf
4. Brito LF, Silva LS, Fernandes DD, Pires RA, Nogueira ADR, Souza CL, Cardoso LGV. Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer Assistidos pela Casa de Acolhimento ao Paciente Oncológico do Sudoeste da Bahia. Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(2): 163-171.

FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA EM VÍTIMAS DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA

Anderson Antunes da Costa Moraes¹, Luã Alves Araujo¹, Joyce Barbosa de Souza¹, Rodrigo Alcântara Carnevalli de Araújo², Rodrigo Cardoso da Silva³, Rafaela Cordeiro de Macêdo⁴

¹ Fisioterapeuta Residente em Urgência e Emergência no Trauma (HMUE/UEPA);

² Fisioterapeuta Especialista em Terapia Intensiva Adulto - ASSOBRAFIR (HMUE/UEPA);

³ Fisioterapeuta, Pós graduado em Fisioterapia Respiratória e Terapia Intensiva (UNICAMP);

⁴ Fisioterapeuta, Mestre em Ensino e Saúde na Amazônia (HMUE/UEPA)

antunesanderson@hotmail.com

Introdução: Pacientes vítimas de Traumatismo cranioencefálico (TCE), principalmente os classificados como grave, frequentemente precisam fazer uso da ventilação mecânica (VM), como forma de manter a ventilação, oxigenação e proteção de via aérea. O uso da VM por tempo prolongado nesses pacientes pode desenvolver complicações como disfunções diafragmáticas, barotrauma e volutrauma, pneumonia associada à VM e lesão pulmonar induzida pelo ventilador. Além disso, também apresentam disfunção muscular devido à inatividade física, à presença de processos inflamatórios e ao uso de agentes farmacológicos¹. O objetivo da pesquisa foi verificar a força muscular respiratória de pacientes vítimas de TCE de uma unidade de terapia intensiva. **Materiais e métodos:** estudo de caráter transversal e descritivo. Foram selecionados 8 pacientes, com tempo de 12 dias de VM, traqueostomizados de ambos os sexos, sendo 5 homens e 3 mulheres, com idade média de e 32,75, respectivamente, vítimas de TCE internadas em um Hospital de referência no trauma. Para quantificação da força muscular respiratória foram avaliadas: pressão inspiratória máxima (Pimáx) e pressão expiratória máxima (Pemáx) por meio de um Manovacúmetro analógico. Para análise dos dados foi utilizado o Microsoft Excel. O manovacúmetro foi conectado diretamente à cânula de traqueostomia, realizando-se a oclusão simples por 20 segundos, estando o paciente em decúbito dorsal elevado a 45°. Foram realizadas três manobras de PImáx e PEmáx, com descanso de 40 segundos entre cada uma². **Resultados e discussão:** verificou-se uma média de Pimáx de -51,35cmH₂O para os homens e de 49,48 cmH₂O para as mulheres. Quanto à Pemáx, verificou-se uma média de 58,40cmH₂O para os homens e 56,61cmH₂O para mulheres. Diante dos resultados, observou-se que os pacientes apresentaram fraqueza muscular respiratória, uma vez que a literatura aponta como valores de normalidade para Pimax e Pemáx, respectivamente: -75cmH₂O e 100cmH₂O, podendo ter um decréscimo de 30% nesses valores para as mulheres. Tais resultados podem justificar-se pelo tempo de ventilação artificial, o qual é responsável por efeitos deletérios nos músculos respiratórios, a partir de 48 a 72 horas de ventilação mecânica. Um dos principais prejuízos causados em decorrência do uso do ventilador mecânico é a fraqueza muscular respiratória¹, que hipotrofia a musculatura devido ao desuso, já que o ventilador substitui a bomba ventilatória, deixando os músculos inativos³. **Conclusão:** os resultados apontam diminuição da força muscular respiratória em pacientes vítimas de TCE sob ventilação mecânica, justificando a importância de estratégias como técnicas fisioterapêuticas que previnam ou minimizem os efeitos deletérios da inatividade da musculatura respiratória.

Descritores: Fisioterapia, Força muscular respiratória, ventilação mecânica.

Referências:

1. COUTINHO, WILLIAM MAIA et al . Efeito agudo da utilização do cicloergômetro durante atendimento fisioterapêutico em pacientes críticos ventilados mecanicamente. **Fisioter. Pesqui.**,2016; 23 (3): 278-283.
2. COELHO LM, CONTATO C. Análise das pressões respiratórias e volumes pulmonares em pacientes traqueostomizados através do método de oclusão simples em diferentes pressões do cuf. **ASSOBRAFIR Ciência**. 2011;2(1):9-18.
3. Chang AT, Boots RJ, Brown MG, Paratz J, Hodges PW. Reduced inspiratory muscle endurance following successful weaning from prolonged mechanical ventilation. **Chest**. 2005;128(2):553-9. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.128.2.553>

REABILITAÇÃO PULMONAR E TREINAMENTO RESISTIDO.

Flávia Ferreira Hage¹; Lillianne do Socorro Guimarães Freitas².

¹Fisioterapeuta, Pós-Graduada em Terapia Intensiva, Universidade Federal do Pará (UFPA);

²Fisioterapeuta Docente, Mestre em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Grupo de estudos em treinamento físico e esportivo, Universidade Federal do Pará (GET-UFPA).

flaviafhage@hotmail.com

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) traz um enorme gasto para o SUS devido ser um fator de grande morbidade e mortalidade entre os indivíduos. A gravidade da enfermidade e o prognóstico não são determinados exclusivamente pelas alterações da função pulmonar, pois a capacidade de exercício, a qualidade de vida e as atividades de vida diária são frequentemente alteradas. Portanto, a reabilitação pulmonar é de grande importância, trazendo benefícios na melhora dos sintomas comuns da doença. O treinamento resistido ganha atenção, pois além de reduzir os sintomas da doença e melhorar a capacidade cardiopulmonar e podendo aumentar concomitantemente a massa muscular e força muscular periférica. **Objetivos:** Analisar a importância e eficácia do treinamento resistido respiratório para paciente com DPOC. **Métodos:** Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura, cuja pesquisa ocorreu nas bases de dados PEDro, PubMed, Embase, CINAHL, Elsevier Science Direct, Cochrane Central. Como critérios de inclusão foram revisões bibliográficas, sistemáticas e ensaios clínicos que comparassem a reabilitação pulmonar com o treinamento resistido para pacientes com DPOC na fase aguda ou crônica. Foram excluídos artigos que comparassem treino aeróbico com reabilitação pulmonar, estudos realizados antes do ano 2007 e diretrizes respiratórias e aqueles artigos que não estavam liberados para leitura completa. Os artigos foram analisados e comparados para a melhor descrição para o presente estudo. **Resultados e Discussão:** Foram encontrados 41 artigos, destes 11 se enquadraram nos critérios de inclusão. Foram 30 artigos excluídos: 13 por serem estudos com outras doenças respiratórias ou cardiológicas, 6 estudos antes do ano de 2007, 7 não tinham livre acesso ao texto completo, 1 fazia comparação entre exercício aeróbico e reabilitação pulmonar, 1 era uma diretriz respiratória sem acesso ao texto completo e 2 apresentaram metodologia insuficientemente definida e relatada, sem a presença de resultados, discussão e conclusão do estudo. Em um ensaio controlado aleatório com o objetivo de explorar as características do músculo do quadríceps intrínseco após *Endurance Training* (ET) com *Resistance Training* (RT) concluiu que embora o ET e o RT melhorem os sintomas e a capacidade de exercício, o ET induz um fenótipo do músculo quadríceps mais oxidativo, contrariando a disfunção muscular na DPOC. Em comparação outra pesquisa buscou pesquisar se um programa de exercícios de resistência progressiva de 12 semanas, predominantemente domiciliário, reduz os impedimentos, limitações de atividade e restrições de participação social em pessoas com DPOC e se os ganhos são mantidos 12 semanas após a cessação do programa. Os autores concluíram que um programa de exercícios de resistência progressiva predominantemente baseado em casa levou a modestas melhorias na força extensora do joelho em pessoas com DPOC. No entanto, 44% do grupo experimental não conseguiram completar o programa de exercícios, destacando a necessidade de compreender os fatores que influenciam a adesão ao exercício nessa população. **Conclusão:** A reabilitação pulmonar somada ao treinamento resistido traz benefícios a curto e longo prazo para o paciente com DPOC. No entanto, há evidências de que treinos resistidos associados ao *endurance* também é benéfico ao paciente com DPOC, dessa forma, a recomendação deve levar em consideração as preferências de cada paciente. Na fase de exarcebação aguda do DPOC não há um consenso sobre a melhora do paciente ao introduzir o treinamento resistido em seu tratamento.

Descritores: Reabilitação pulmonar, Treinamento resistido, DPOC.

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

Referências:

1. Nascimento O, Iamonti V, Jardim J. Reabilitação Pulmonar. *Pulmão RJ*. 2013;22(2):65–9.
2. Wehrmeister FC, Knorst M, Jardim JR, Macedo EC, Noal RB, Martínez-Mesa J, et al. Programas de reabilitação pulmonar em pacientes com DPOC. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2011;37(4):544–55. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000400017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
3. Silva BS de A, Gobbo LA, Freire APCF, Trevisan IB, Silva IG, Ramos EMC. Efeitos de um treinamento resistido com tubos elásticos sobre a força muscular, qualidade de vida e dispneia de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Phys Educ* [Internet]. 2016;27(1):2722. Available at: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/27707>
4. Iepsen UW, Munch GDW, Rugbjerg M, Rinnov AR, Zacho M, Mortensen SP, et al. Effect of endurance versus resistance training on quadriceps muscle dysfunction in COPD: A pilot study. *Int J COPD*. 2016;11(1):2659–69.
5. O’Shea SD, Taylor NF, Paratz JD. A predominantly home-based progressive resistance exercise program increases knee extensor strength in the short-term in people with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Aust J Physiother* [Internet]. 2007;53(4):229–37. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18047457>

A ADIÇÃO DE RESTRIÇÃO DO FLUXO SANGUÍNEO À MOBILIZAÇÃO PASSIVA REDUZ A TAXA DE HIPOTROFIA EM PACIENTES IDOSOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Matheus Barbalho¹, Angel Caroline Rocha², Thamires da Cunha Seus³, Rodolfo Raiol⁴, Fabrício Boscolo Del Vecchio⁵, Victor Coswig⁶.

¹Graduando em Fisioterapia e Educação Física, Universidade da Amazônia (UNAMA);

²Graduanda em Fisioterapia, Universidade Católica de Pelotas (UCPel);

³Fisioterapeuta, Doutoranda em Educação Física, UCPel;

⁴Professor de Educação Física, Mestrado em Gestão, CESUPA;

⁵Professor de Educação Física, Doutor em Educação Física, UFPel;

⁶Professor de Educação Física, Doutor em Educação Física, UFPA.

Introdução: O período de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) se caracteriza por um momento que demanda elevado cuidado e que necessita de monitoramento contínuo e rigoroso. Inúmeras são as complicações decorrentes de tempo de internação prolongada na UTI, e a hipotrofia muscular é uma delas. Neste sentido, intervenções que minimizem redução no tecido muscular são bastante relevantes, e a mobilização passiva tem sido empregada para manutenção da massa e da força muscular. Somado a isto, evidências recentes indicam que a restrição do fluxo sanguíneo (RFS) pode se constituir como um método eficaz para redução de atrofia muscular. Destaca-se que além da RFS ser uma terapia inovadora em UTI, quando associada à fisioterapia motora convencional, a mesma pode minimizar a hipotrofia muscular decorrente de internação prolongada. **Objetivo:** Avaliar os efeitos da RFS em parâmetros relacionados à hipotrofia muscular de indivíduos internados em uma UTI submetidos à mobilização passiva (MP). **Métodos:** Vinte indivíduos, sendo dezessete homens e três mulheres participaram do estudo (66±4.3 anos, 172±5 cm e 79.6±7 quilos), foi realizada a aleatorização entre os membros inferiores do paciente, para alocação em grupo experimental (MP-RFS) ou controle (MP-CTL). O tratamento foi realizado durante todo o período de internação do pacientes. O manguito para restrição de fluxo foi colocado no membro aleatorizado à 80% da pressão arterial tibial, sendo realizada a MP de membros inferiores em ambos os membros. Antes e após a intervenção, foram avaliados espessura muscular por ultrassom e circunferência da coxa em cada participante. **Resultados:** O grupo MP-RFS apresentou diminuição da circunferência em -5,2% e perda de espessura muscular de -18,84%, enquanto o grupo MP-CTL apresentou -7,38% e -25,36%, respectivamente em cada avaliação, com p=0.001 em ambas avaliações. **Conclusão:** Os períodos de imobilização mais longos foram associados a uma maior perda de massa muscular, enquanto a adição de restrição do fluxo sanguíneo a um protocolo de manipulação passiva é uma estratégia eficiente e segura para reduzir a atrofia muscular em pacientes idosos em UTI.

Descritores: Hipotrofia; Mobilização Passiva; UTI; Restrição do Fluxo Sanguíneo.

Referências:

1. Bolton CF. Sepsis and the systemic inflammatory response syndrome: neuromuscular manifestations. Crit Care Med. 1996;24:1408-16.
2. Berg HE, Larsson L, Tesch PA. Lower limb skeletal muscle function after 6 wk of bed rest. J Appl Physiol. 1997;82:182-8.
3. Dittmer DK, Teasell R. Complications of immobilization and bed rest. Can Fam Phys. 1993;39:1428-37.

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

A IMPORTÂNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO PRÉ TERMO QUANTO À TERMO REGULAÇÃO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: USO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO E DO CUIDAR DO ENFERMEIRO/A PÓS GRADUANDO.

Marluana Corrêa da Silva¹; Marlieth Corrêa da Silva²

¹Enfermeira. Pós-graduanda da Especialização em Enfermagem Neonatal - UFPA.

²Bióloga. Mestra em Administração, ênfase em Educação e Meio Ambiente – ULHT
marlu.correa@hotmail.com

Introdução: A importância do conhecimento científico para a aplicação aos cuidados dos recém-nascidos nas unidades de cuidados intensivos neonatais, tem grande significância para o desenvolver da prática diária do enfermeiro/a, a considerar as crianças prematuras que segundo o termo e de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (1961) e Segre (1985), é considerado prematura, ou pré-termo, a criança com idade gestacional menor que 37 semanas. Para Long e Lucey (1980) classificam os recém-nascidos (RN) segundo o peso e a idade gestacional colocando este limite em 38 semanas. **Objetivo:** abordar estudos científicos que descreva a atuação do enfermeiro/a para a assistência aos recém-nascidos, pré-termo, dentro das unidades neonatais, melhorando seu desempenho, possibilitando identificar fatores que pode levar a óbito, como a falta da regulação corporal, a atenção e cuidados que fortalece o desenvolvimento, crescimento e a qualidade de vida dos recém-nascidos. **Descrição metodológica:** Estudo exploratório, qualitativo e temático acadêmico, de acordo com pesquisas e revisão bibliográfica de livros específicos em enfermagem neonatal, trabalhos científicos publicados em revistas e teses de mestrados. **Resultados e Discussão:** atualmente, muitos estudos científicos vêm abordando a importância e relevância da enfermagem neonatal, no que diz respeito ao enfermeiro/a acerca dos cuidados e manuseios com os bebês, não somente estes, mas a importância da sistematização, avaliação, técnicas e conhecimentos para melhorar os resultados referentes à termorregulação dos recém-nascidos pré termo. O controle da termorregulação pode evitar a hipotermia e a hipertermia que causa alterações gravíssimas nos sinais vitais, podendo levar o recém-nascido a óbito ou a sérios problemas de saúde. **Conclusão:** Conclui-se que o estudo possibilitou uma maior percepção sobre a importância da atuação e do conhecimento científico do enfermeiro/a nas unidades neonatais, pois a prioridade no monitoramento, controle e na manutenção da termorregulação é imprescindível para a prevenção de agravos ou óbitos que chega a ser até 75% dos casos nestas unidades. O tema em questão é fundamental no labor e na prática do enfermeiro/a atuante em enfermagem neonatal.

Descritores: Recém-nascido; Termoregulação; Enfermagem Neonatal.

Referências:

1. Bolton CF. Sepsis and the systemic inflammatory response syndrome: neuromuscular manifestations. *Crit Care Med.* 1996;24:1408-16.
2. Berg HE, Larsson L, Tesch PA. Lower limb skeletal muscle function after 6 wk of bed rest. *J Appl Physiol.* 1997;82:182-8.
3. Dittmer DK, Teasell R. Complications of immobilization and bed rest. *Can Fam Phys.* 1993;39:1428-37.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

QUEDA HOSPITALAR: RELATO DE CASO.

Mayara Del Aguilal Pacheco¹; Claudia dos Santos Ozela¹; Naiá Estrela Pinheiro²; Sílvia Helena Portilho de Barros³; Danielle Saraiva Tuma dos Reis⁴; Clarice Geórgia Monteiro Dias e Silva⁵.

¹Enfermeira, Programa de Aperfeiçoamento para Profissionais de Saúde – PROAPS/HUJBB/UFPA;

²Acadêmica de Enfermagem da UFPA;

³Enfermeira, Hospital Universitário João de Barros Barreto UFPA;

⁴Profa Adjunta, Mestre em Doenças Tropicais/UFPA;

⁵Mestre no PPG Saúde sociedade e endemias na Amazônia, UFAM/UFPA.

mayaraguilal@gmail.com

Introdução: Na busca pela segurança do paciente, uma das principais metas organizacionais inerentes aos serviços de saúde é a prevenção máxima da ocorrência de eventos adversos (Eas)¹. Um EA de importância epidemiológica e clínica é a queda, caracterizada pelo deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano². Para tanto o Núcleo de segurança do paciente deve promover estratégias de educação para os profissionais da saúde de modo que os mesmos identifiquem os fatores de risco para quedas a fim de evitar esse agravo³. **Objetivos:** Descrever o caso de uma paciente que sofreu um Eventos Adversos relacionados à assistência, Queda, durante o período de internação em um hospital universitário, a partir de uma notificação. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado durante o Programa de Aperfeiçoamento para Profissionais da Saúde (PROAPS) no Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP)/Unidade de Gerenciamento de Riscos Assistenciais (UGRA) de um Hospital Universitário, localizado na cidade de Belém-PA. O PROAPS é um programa de capacitação que tem duração de três meses, destinada a profissionais de nível superior da área da saúde. Nesse cenário, o SVSSP é um setor recente na Instituição, que iniciou suas atividades em novembro de 2016, sendo a UGRA responsável por receber notificações de EAs relacionados à assistência. As notificações recebidas são preenchidas em formulário próprio da instituição pelos profissionais de saúde e encaminhadas a esta unidade, que conduz a investigação e registro dos eventos no Sistema de Notificações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (NOTIVISA). Durante o PROAPS foi realizado um relato de caso de paciente que sofreu uma queda. **Resultados:** Paciente de 47 anos, sexo feminino, viúva, vendedora de bombons e roupas, com diagnóstico de HIV positivo, desnutrição grave e tuberculose pulmonar, internada há 16 dias em um hospital universitário. No 12º dia de internação a paciente relatou ter ido ao banheiro para realizar higiene oral, deambulando sem ajuda, mas escorou-se por um momento em uma cadeira de rodas sem trava, o que ocasionou a queda, resultando em ferimentos no rosto, lateral da coxa direita e joelhos. Foi atendida por um profissional da enfermagem que a acomodou no leito. A paciente referiu sentir dor em região da bacia e coxa direito. Alterações fisiológicas ocasionadas pela doença, fraqueza muscular, terapia de múltiplas drogas, fatores ambientais e organizacionais podem ter contribuídos para a queda. As notificações são instrumentos importantes e necessários para que haja uma avaliação eficaz das causas de EAs, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de melhoria na qualidade da assistência. Os profissionais de saúde necessitam conhecer os fatores de risco para quedas, bem como critérios para identificá-los e avaliá-los. **Conclusão:** A investigação e análise de fatores contribuintes para a ocorrência de quedas no ambiente hospitalar é de grande relevância, podendo levar à diminuição do tempo de internação, diminuição dos gastos hospitalares e principalmente promover a segurança do paciente.

Descritores: Queda, Notificação, Segurança do Paciente.

Referências:

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa. RDC n°. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2013.
2. Ministério da Saúde. Protocolo de prevenção de quedas. Brasília (DF); 2013.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília; 2016.

A PERCEPÇÃO DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM SOBRES AS AÇÕES INTERDISCIPLINARES EM UM AMBIENTE DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.

Carla Costa Da Silva¹; Victória Karolina Santos Santana¹; Brenda Lima Filocreão¹; Claudiane Santana Silveira Amorim¹; Adriana Lorena Sena De Lima¹; Maicon de Araújo Nogueira².

¹Graduando em Enfermagem, Universidade Do Estado do Pará (UEPA);

²Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, UEPA

carla.costa09@hotmail.com

Introdução: O número de internações nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é relativamente grande, mediante a diversificação de complicações durante o nascimento.¹ A atuação individual ou fragmentada do profissional, caracterizada como prática que implica na comunicação com o restante da equipe, pode gerar apreensão e desgaste no ambiente de trabalho, e principalmente, compromete a assistência qualitativa perante ao Recém-Nascido (RN) na UTIN.¹ Dessa forma a interdisciplinaridade veio como possível solução para essa fragmentação, aproximando a equipe, melhorando a relação de trabalho, qualificando relação profissional-paciente-família, e especialmente otimiza os cuidados prestados ao RN, criticamente enfermo que necessita de cuidados intensivos.¹ **Objetivo:** Relatar a percepção de acadêmicas de enfermagem sobre as ações interdisciplinares na unidade de terapia intensiva neonatal. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um relato de experiência, com observação da vivência de discentes do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado do Pará, no dia 10 de Outubro de 2017, nas aulas prática de Enfermagem em UTIN, em um hospital público de Ananindeua-PA. A observação da prática, caracterizou-se por três etapas distintas. No primeiro momento foi observado a passagem de uma sonda orogástrica em um RN Gigante para a Idade Gestacional (GIG), prática essa exclusiva do enfermeiro, com o auxílio do técnico de enfermagem. Primeiramente houve a necessidade de realizar a aspiração oral, pois o paciente encontrava-se extremamente sialorreico, logo após executou-se a passagem da sonda propriamente dita, ao qual não obteve-se êxito em duas tentativas, pois o neonato encontrava-se com edema na glote, proporcionado pelo tempo excessivo do uso de ventilação mecânica invasiva, durante esse processo, a passagem da sonda enteral teve que ser interrompida, pois um RN Pequeno para a Idade Gestacional (PIG), apresentava-se com baixa na saturação de oxigênio, requerendo cuidados intensivos imediatos, caracterizando-se como a segunda etapa. A equipe multidisciplinar foi acionada para prestação da assistência, onde o neonato necessitou ser reintubado em conjunto com a troca de todo o leito, a assistência exigiu o acionamento do carrinho de emergência para auxiliá-los em todo o processo de intubação; o médico realizava a intubação para a ventilação mecânica; o enfermeiro auxiliava retirando e organizando os materiais do carrinho de emergência, repassando-os ao médico, um técnico de enfermagem realizava a troca de todo o leito, enquanto outro técnico auxiliava no preparo e administração de medicamentos. Após esses processos, o RN PIG voltou a saturar relativamente bem. Em seguida o fisioterapeuta realizou a aspiração no neonato PIG para identificar a presença ou não de secreções. Após a realização da aspiração, a equipe multidisciplinar voltou-se para o RN GIG ao qual não se obteve êxito na passagem da sonda enteral, perpassando-se assim para o terceiro momento. Após a análise da glote e uma conversa entre o enfermeiro, médico e fisioterapeuta, a equipe chegou à conclusão de se instalar uma sonda orotraqueal de maior calibre, e assim facilitaria a passagem da sonda orogástrica. O processo da sondagem orotraqueal foi bastante dinâmico e com a equipe interdisciplinar trabalhando em conjunto, no qual o médico e o fisioterapeuta com o auxílio dos técnicos de enfermagem implantaram a sonda para a ventilação mecânica sem complicações, e logo após o enfermeiro instalou a sonda enteral com excelente êxito. Ao final de cada processo realizado, os profissionais registravam suas respectivas atividades em meio eletrônico, para se obter a legitimidade das ações. **Resultados:** Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

Na observação do campo de prática na UTIN, percebemos que o processo de trabalho tem a produção de cuidados por meio da coletividade, no qual as diferentes profissões compartilham o objeto de trabalho, tendo, como finalidade, a ação terapêutica de saúde. A equipe multiprofissional trabalhou de forma bem organizada e dinâmica, pois o processo requeria uma ação em tempo hábil e de qualidade, mostrando inteira integração entre os profissionais. Dentre as inúmeras dimensões que permeiam o trabalho no modelo clínico de cuidar, o trabalho em equipe é uma delas, sendo caracterizado pela complementaridade das atividades.

Considerações Finais: Esse relato vem com o intuito de trazer para estudantes e profissionais a importância da interdisciplinaridade, pondo-se como excelente êxito no processo de assistência à saúde, na tomada de decisão concisa, contribuindo no dinamismo, na interação e na cumplicidade entre a equipe, provando ser muito mais efetiva do que apenas a atuação individual, tornando-se importante na prestação do cuidado ao RN que necessita de cuidados intensivos, acarretando uma assistência global, proporcionando uma visão ampliada, atendendo todos os aspectos que requerem cuidados ao neonato de modo qualificado e humanizado. Com essa experiência as acadêmicas de enfermagem puderam relatar a relevância das ações interdisciplinares, trazendo consigo grandes acréscimos não apenas para a vivência acadêmica, mas também para contribuição científica da vida profissional futura.

Descritores: Equipe de Assistência ao paciente, Cuidados Críticos, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Referências:

1. Novaes LFG. A interdisciplinaridade no contexto de uma unidade de terapia intensiva neonatal [Dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco-UFPE; 2014.

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM SITUAÇÃO DE CRISE NO HOSPITAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA PSICÓLOGA RESIDENTE EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO.

Joyce Wylla Andrade Almeida¹; Camile Pantoja Mota².

¹Psicóloga Residente do Programa Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico da Universidade Federal do Pará (UFPA/HUJBB);

²Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica e Social pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA);

joycewylla@yahoo.com.br

Introdução: As demandas dentro do hospital são em sua maioria situações de crise. Crise é um acontecimento que mobiliza intensos efeitos em quem a experiencia, um evento que desafia os mecanismos de enfrentamento habituais do sujeito. Podendo ser de duas formas: evolutivas, quando são previsíveis, ou circunstanciais, quando são imprevisíveis, comoventes e catastróficas¹. Durante o período como psicóloga residente em um Programa em Atenção ao Paciente Crítico (APC), são inúmeras as situações em que é preciso intervir de maneira ordenada e focal, prevenindo com isso a cronicidade dos sintomas, uma delas é a transferência do paciente internado na enfermaria para um leito no centro de terapia intensiva (CTI), ambiente mobilizador de intenso sofrimento aos pacientes e familiares e espaço repleto de fantasias, onde são colocados os pacientes mais graves e com risco de vida². **Objetivo:** Diante da diversidade de fatores que envolvem o tema, este trabalho vem discutir e compartilhar a experiência da psicóloga residente em APC diante de situações de crise no hospital. **Descrição da Experiência:** Para isso, fez-se um estudo por meio do relato de experiência, durante a intervenção psicológica aos familiares do paciente em agravamento clínico, transferido da enfermaria da Clínica Médica para o CTI, de um Hospital público de média e alta complexidade, que atua na assistência, ensino e pesquisa do Estado do Pará, no período de agosto e setembro de 2017. O trabalho foi embasado a partir da fundamentação teórica por meio do levantamento bibliográfico, relacionando às informações encontradas na literatura com as experiências no campo de prática. Dentre as intervenções realizadas no momento podemos destacar: o atendimento psicológico de acolhimento e escuta dos familiares; a psicoeducação a fim de favorecer esclarecimento de dúvidas sobre a rotina do CTI, compreensão e verificação se os outros familiares teriam condições de enfrentamento da situação atual; e, o acompanhamento no processo de internação. **Resultados:** Foi possível perceber a partir das intervenções com os familiares: a desmistificação sobre o ambiente do CTI, a importância de um espaço de acolhimento e escuta desses sujeitos, que favoreça o alívio do sofrimento, e a posterior ressignificação da doença, do adoecer e do processo de finitude. Destacando, que situações de extremo impacto emocional desequilibram e desestruturam não apenas o doente, mas também a família³. **Conclusão:** A psicologia intervém em situações de crise na tentativa de fazer o sujeito retornar ao seu estado de equilíbrio habitual, sendo a transferência de um paciente para o CTI, um evento, quase sempre inesperado e que demanda dor e angústia aos envolvidos no processo. É papel também da psicologia ajudar na reestruturação dos familiares, propiciando uma maior compreensão e entendimento sobre mudanças ocorridas no quadro clínico do paciente. Destaca-se, porém a escassez de produções científicas quanto ao tema, que é de fundamental importância.

Descritores: intervenção na crise, psicologia; hospital.

Referências:

1. Almeida AB, Nascimento ERP, Rodrigues J, Schweitzer G. Intervenções Nas Situações De Crise Psíquica: Dificuldades E Sugestões De Uma Equipe Pré-Hospitalar. Rev Bras Enferm. 2014 set-out;67(5):708-14.
2. Caiuby AVS. Intervenções Psicológicas Em Situação De Crise. In: Andreoli PBA, Caiuby AVS, Lacerda SS. Psicologia Hospitalar. 1º Ed. Barueri, São Paulo: Manole; 2013. P. 99-119.
3. Franco MHP. Crises E Desastres: A Resposta Psicológica Diante Do Luto. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(1):54-58.

LEPTOSPIROSE ASSOCIADA À INSUFICIÊNCIA RENAL COM MANIFESTAÇÃO ORAL.

Ana Carolina Garcia Alves¹; Arthur dos Santos Baia¹; Suzanne Camila Ferreira de Ferreira¹; Thiago Buarque Lima²; Hélder Antônio Rebelo Pontes³

¹ Residente em atenção ao paciente crítico, Universidade Federal do Pará (UFPA)

² Cirurgião-dentista intensivista, Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI)

³ Cirurgião-dentista, doutor em patologia bucal, Universidade de São Paulo (USP)
anacalves.odonto@hotmail.com

Introdução: A leptospirose (LTP) é uma doença infecciosa causada por bactérias do gênero *Leptospira* que podem infectar, além do homem, animais silvestres e domésticos, sendo considerada, portanto, uma zoonose. Em países tropicais como o Brasil, tem caráter endêmico e ocorre principalmente em períodos chuvosos. Esta doença age provocando danos no revestimento endotelial de pequenos vasos sanguíneos e por isso existe uma grande variedade de manifestações clínicas associadas a ela. Em sua forma mais grave, a LTP está intimamente relacionada ao desenvolvimento de insuficiência renal aguda (IRA), com incidência de 10 a 60% dos casos. Isto se deve, especialmente, à ação nefrotóxica direta do patógeno e pelas toxinas produzidas por ele. **Objetivos:** Relatar experiência vivida em cenário de prática externo da residência multiprofissional em atenção ao paciente crítico durante assistência prestada a um paciente com manifestação grave de LTP associada a IRA, com envolvimento clínico da cavidade oral e internado em um centro de terapia intensiva (CTI). **Descrição da experiência:** Paciente JFRF, gênero masculino, 60 anos, deu entrada no CTI do hospital de pronto-socorro municipal de Belém Mário Pinotti no mês de Junho do corrente ano, tendo como doença de base infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, apresentando quadro de LTP em sua forma grave e evoluindo com elevação de escórias nitrogenadas e necessidade dialítica. Em um primeiro momento, foi realizado exame clínico intra oral, supervisionado pelo cirurgião-dentista e intensivista Thiago Buarque, no qual observamos forte odor proveniente da cavidade bucal que se apresentava coberta por matéria orgânica estagnada e encrustada em sua totalidade. Notou-se também quantidade considerável de material secretivo, contendo saliva, pus e sangue. Em seguida, aplicamos o protocolo de atendimento odontológico de acordo com as necessidades observadas durante o exame clínico, composto por aspiração oro traqueal e desinfecção das mucosas e tecidos duros com auxílio de gaze e digluconato de clorexidina 0,12% em solução aquosa. Após análise de hemograma completo e descartado o risco de hemorragias durante procedimentos invasivos, iniciamos a aplicação do protocolo de atendimento seguido de debridamento diário das lesões, utilizando pinças hemostáticas, espátula número 7 e hollenback. Após 7 dias de terapia, condições usuais de saúde bucal foram reestabelecidas. Desta forma, foi mantido apenas protocolo de atendimento odontológico com adição de hidratação das mucosas oral e perioral com saliva artificial oralbalance.

Referências:

1. Francesco E De. Insuficiência renal aguda associada à leptospirose. J Bras Nefrol [internet] available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n4/v32n4a10.pdf>
2. Pelissari DM, Mais-Elkhoury ANS, Arsky M de LNS, Nunes ML. Revisão sistemática dos fatores associados à leptospirose no Brasil, 200-2009. Epidemiol e Servicos Saúde [internet]. 2011;20(4): 565-74 Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a16.pdf>

3. Sampaio GP, Wanderley MR, Casseb GB, Negreiros MAMP De. Descrição Epimideiológica dos casos de leptospirose em hospital terciário de Rio Branco. Rev Soc Bras Clin Med São Paulo [internet]. 2011;9(5): 338-42. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n5/a2246>

UTILIZAÇÃO DE ADESIVOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Ana Beatriz Tavares Oliveira Santana¹; Núbia Caroline Carvalho Rêgo²; Thaís Valéria Santos Saldanha³.

¹Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem Neonatal (UFPA)

²Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem Neonatal (UFPA) e Terapia Intensiva (ESAMAZ).

³Graduada em Enfermagem (UEPA).

nubiacarvalho_23@hotmail.com

Introdução: A pele desenvolve múltiplas funções, entre elas: barreira protetora contra perda de água e agressão a substâncias irritantes e termorregulação¹. Nesse sentido, durante a hospitalização, os recém-nascidos (RN) são submetidos a diversos procedimentos que, geralmente, utilizam adesivos. Todavia, quando fixados de forma indiscriminada e retirados de forma abrupta, podem romper a integridade da pele, deixando-o mais suscetível². **Objetivo:** Relatar a vivência da equipe de Enfermagem no uso de adesivos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). **Descrição da experiência:** Trata-se de uma ação educativa, desenvolvida por acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior, em uma UTIN, de um hospital em Belém/PA. Participaram da ação, 1 Enfermeira (ENF), 6 Técnicas de Enfermagem (TE) e 1 Médica (MED), atuantes diretamente na assistência aos RN's. A atividade foi dividida em três momentos: roda de conversa sobre os cuidados e dificuldades na utilização dos adesivos; exposição oral relacionada a temática; realização de uma dinâmica, demonstrando nos próprios profissionais a sensação provocada pela retirada do adesivo. **Resultados:** Percebeu-se a relevância da temática, “muito bom, falaram sobre estruturas da pele, sensibilidade e cuidados, é importante entendermos isso e aplicarmos em nossa prática clínica” (TE1); ao que se refere o uso de adesivos, “não tenho tanta prática diária, como o pessoal da Enfermagem, mas, geralmente, na hora da parada, retiramos rapidamente o adesivo de fixação do tubo orotraqueal, sem o cuidado com possíveis lesões” (MED), “na rotina, os mais utilizados são o esparadrapo e o micropore, mas a qualidade dos materiais oferece menor adesão, sendo necessário colocar várias camadas” (TE2); já a ENF declarou “tenho receios quanto ao uso do micropore, pois há RN que tem alergia”. Quanto à prevenção e utilização de placas de hidrocoloide, “o hospital não oferece o tipo apropriado para os bebês, porém já utilizei, com grandes benefícios”. Para retirada, foi unanime a declaração “como oferece menor adesão, quando damos banho no bebê, o micropore vai saindo sozinho”. Durante a dinâmica, questionou-se a sensibilidade no momento da retirada do adesivo; “doeu sim, se fosse um adesivo com maior aderência, possivelmente iria causar mais dor” (TE3). **Conclusão:** Prevenir lesões por adesivo é um grande desafio para a equipe de Enfermagem, devido aos inúmeros procedimentos que os neonatos são submetidos. Para isso, é necessário uma avaliação individual dos aspectos da pele do neonato, conhecimento teórico sobre as lesões provocadas, bem como implementar ações que possam minimizar os efeitos. Desta forma, a ação educativa permitiu expor a temática de forma interativa, favorecendo o diálogo e a troca de conhecimento. A equipe demonstrou conhecer as implicações do uso de adesivos, formas de retirada e a importância dos materiais alternativos, a fim de minimizar as lesões na pele e possíveis complicações.

Descritores: Pele. Recém-nascido. Lesão.

Referências:

1. Santos SV, Costa R. Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015 Jul-Set; 24(3): 731-9.
2. Migoto MT, Sousa SNDH, Rossetto EG. Lesões de pele em bebês internados em uma unidade neonatal: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 12, n. 2 (2013).

A APLICABILIDADE DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE UM PACIENTE CRÍTICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Carla Costa Da Silva¹; Victória Karolina Santos Santana¹; Claudiane Santana Silveira Amorim¹; Ruth Carolina Leão Costa¹; Leandro Antônio Pacheco Frazão¹; Márcia Cristina Souza da Cruz².

¹Graduando em Enfermagem, Universidade Do Estado do Pará (UEPA);

²Enfermeira, Mestre em Enfermagem, UFPA

carla.costa09@hotmail.com

Introdução: A atuação do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é bastante complexa e acentuada, dessa forma, tal profissional deve estar preparado para qualquer evento adverso relacionado a sua área de atuação, saber atender o cliente com qualquer tipo de alteração, aos quais requerem conhecimentos específicos e habilidades para a tomada de decisão em tempo hábil.¹ A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o profissional enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial.² Com isso a SAE veio a corroborar para uma assistência mais qualificada, garantindo assim, a responsabilidade do enfermeiro em conjunto com o usuário, uma vez que o planejamento do cuidado permite diagnosticar a necessidade do cliente, garantindo assim a prescrição de cuidados apropriados, avaliando os resultados e a qualidade da assistência que norteia o cliente que carece de cuidados intensivos.^{2,3} **Objetivos:** (1) Relatar a experiência vivenciada por acadêmicas de enfermagem durante as aulas práticas de Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva em um Hospital de Urgência e Emergência em Ananindeua-PA; (2) Implementar a SAE em um paciente crítico; (3) Discutir a importância da aplicabilidade dos processos de enfermagem para a formação acadêmica de futuros enfermeiros. **Descrição da Experiência:** O trabalho foi desenvolvido por acadêmicas de enfermagem, da Universidade do Estado do Pará, do 7º semestre, no dia 20 de Setembro de 2017. A supervisora nos designou realizar todas as etapas da SAE em um cliente que necessitava de cuidados intensivos. A primeira etapa, constou da investigação, por meio da realização da anamnese e exame físico: Cliente no 5º dia de pós-operatório (PO) de laparotomia exploradora e gastrorrafia (peritonite), 5º PO de correção de fratura exposta de fêmur esquerdo. Grave, Glasgow 6 (1,1,4), pupilas isocóricas não fotorreativas, intubado em ventilação mecânica, modo (PCV/PSV), PEEP: 8cmH₂O, FiO₂: 25%, SPO₂: 98%. Recebendo fentanil a 5ml/h e hidratação venosa a 30ml/h por catéter duplo lúmen em veia jugular direita. Tórax simétrico, AP: murmúrios vesiculares diminuídos, sem ruídos adventícios. AC: BCNF/2T. Abdome tenso à palpação, ruídos hidroaéreos hipoativos, tolerando dieta por SNE. Ferida operatória abdominal com curativo oclusivo, externamente limpo, além de pontos de sutura em flanco direito e esquerdo. Diurese turva e diminuída por sonda vesical de demora. Membros superiores com edema, cacifo ++/++++, com fixador externo em membro superior esquerdo. Membros inferiores apresentando edema, cacifo +/++++, com fixador externo em membro inferior esquerdo. Segue aos cuidados da equipe. Diante disso, finalizado o exame físico, fomos conduzidas para uma sala, onde pudemos discutir os achados encontrados no exame físico e partir para a segunda etapa da SAE, elencando os principais Diagnósticos de enfermagem. Assim, identificou-se cinco principais Diagnóstico de Enfermagem, baseado no livro *Nanda 2015-2017*, a saber: Risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos; Risco de aspiração relacionado à alimentação enteral; Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado ao volume de líquidos excessivos; Risco de úlcera por pressão em proeminências ósseas relacionado a imobilização; Déficit no autocuidado para banho relacionado à alteração cognitiva e evidenciado pela incapacidade de lavar o corpo. A terceira etapa consistiu na elaboração do planejamento da assistência de enfermagem, por meio das prescrições de Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

enfermagem, baseado no *NIC 2010*. No entanto, não foi possível aplicar a quarta etapa da SAE, que consiste na implementação da assistência, pois não houve tempo para a realização desse momento. A quinta etapa caracterizou-se por planejar os resultados esperados, de acordo com os diagnósticos elencados. **Resultados:** Com a aplicabilidade da SAE, foi possível conhecer o processo de enfermagem, ferramenta fundamental para a atuação do enfermeiro na terapia intensiva. Além do que, possibilitou ter um olhar mais atento aos sinais e sintomas do paciente estudado, proporcionando uma assistência qualificada e imediata. Com o uso dessa metodologia, as acadêmicas de enfermagem puderam ter o acréscimo técnico-científico e o olhar humanizado ao paciente dentro de uma unidade de terapia intensiva. **Considerações Finais:** Podemos concluir que, a SAE mostra-se essencial para a assistência ao paciente crítico, expondo todas as etapas a serem seguidas, identificando todos os pontos aos quais o cliente necessita de atenção, prevenindo ou amenizando erros e agravos na assistência de enfermagem, dando-lhe um subsídio dinâmico, qualificado e completo. Dessa forma, o processo de enfermagem em usuários graves, empodera a formação acadêmica de futuros enfermeiros, pois as discentes souberam identificar os diagnósticos existentes a partir do exame físico, implementar medidas para excluir ou diminuir complicações no processo de cuidar, por meio das prescrições de enfermagem, e por fim elaborar os resultados esperados, em conformação com os diagnósticos listados.

Descritores: Processos de Enfermagem, Cuidados Críticos, Cuidados de Enfermagem.

Referências:

1. Neto IRC, Soares GL, Gonçalves AS. O papel do enfermeiro de uma unidade de terapia intensiva na hemodiálise. *UNINGÁ Review*. 2017; 31(1): 40-44.
2. Mattos CPS. Importância da sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico. Salvador: Universidade de Castelo Branco-UCB; 2012.
3. Alvim ALS. O processo de enfermagem e suas cinco etapas. *Enferm. Foco*. 2013; 4(2): 140-141.

ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM A PARTURIENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA DE SAÚDE POR HEMORRAGIA PÓS-PARTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Camila Cristina Girard Santos¹; Luana da Silva Freitas¹; Rosana Moreira da Silva¹; Isis Ataíde da Silva¹; Thais Lopes Amaral²; Tatiana Nunes Guerreiro².

¹Enfermeira, Mestranda em Saúde da Amazônia (UEPA);

²Enfermeira, Residente em Obstetrícia (UFPA).

camilagirard@hotmail.com

Introdução: As hemorragias pós-parto estão entre as principais causas de morbimortalidade materna no Brasil e no mundo¹. A elas podemos relacionar diversas causas, sendo as principais: trauma, referente as lacerações ocorridas durante a parturição; trombina, relacionado à problemas de coagulação; tecido, relacionado a restos placentários que possam estar no canal de parto; e tônus, relacionado a capacidade de contração do útero após o parto². Em situações de hemorragia pós-parto o profissional deverá estar apto para realizar uma investigação rápida e correta do motivo da hemorragia, para uma atuação em tempo imediato, evitando um choque hipovolêmico, ou mesmo a morte materna. **Objetivo:** relatar a experiência vivenciada por residentes em obstetrícia durante o mês de junho de 2017 em uma maternidade de alto risco no município de Belém no estado do Pará; com uma parturiente em situação crítica de hemorragia pós-parto. **Descrição da experiência:** J.M.C, 32 anos, G1P0A0, IG: 39s, evoluiu para parto vaginal s/emld, pariu feto único, vivo, do sexo masculino. Dequitação placentária completa e espontânea após 15 minutos. Realizado revisão de canal de parto, presença de laceração perineal de 1º grau devidamente rafiada. Apresentando sangramento rubro aumentado. Durante a finalização da rafia, as enfermeiras residentes perceberam o sangramento aumentado e iniciaram a avaliação das principais causas da hemorragia, enquanto foi acionado a médica plantonista. Realizaram-se a punção de dois acessos calibrosos, e instalação de soro glicosado aberto; instalação de O2 em cateter nasal, e monitorizou-se a parturiente, simultâneo a tentativa de conter o sangramento. Após a chegada da equipe médica a equipe multiprofissional iniciou os passos da hemorragia pós parto, desta forma, em primeiro lugar foi realizado a pressão bimanual em fundo de útero onde constatou-se o quadro de atonia uterina, concomitante a pressão bimanual; iniciou-se a ocitocina 2 ampolas em soro glicosado, sem sucesso na melhora do quadro; após, utilizado ergotrat IM; continuando o mesmo quadro de sangramento; seguiu-se então para a última etapa, não cirúrgica, da contenção da hemorragia, utilizado 4 comprimidos de Misoprostol retal que finalmente conseguiu ocasionar a contração uterina, diminuição do sangramento e melhora do quadro. **Considerações finais:** a avaliação em tempo oportuno de forma clara e específica, proporcionou a atuação rápida da equipe de enfermagem e médica, para diagnóstico e ação conjunta e eficaz na solução de uma situação crítica de hemorragia pós-parto de uma parturiente, ressaltando a importância de uma avaliação eficiente no pós-parto imediato, onde o desfecho poderia ser o choque hipovolêmico ou mesmo a morte da mesma.

Descritores: Hemorragia pós-parto; Emergência; Obstetrícia.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual dos comitês de mortalidade materna. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3ª edição. Brasília, 2009
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gestação de alto risco. Série A. Normas e manuais técnicos. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico 5ª edição: Brasília- DF, 2012.

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

O PACIENTE CRÍTICO QUE VEM DOS RIOS DA AMAZÔNIA: O ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE ESCALPELAMENTO.

Ana Carolina Araújo de Almeida Lins¹; Crissia Roberta Pontes Cruz²;

¹Psicóloga, Mestre em Psicologia (FSCMP);

²Psicóloga, Especialista em Psicologia da Saúde.

crissiacruz@yahoo.com.br

Introdução: Os acidentes de motor de barco com escalpelamento têm marcado de sangue os rios da Amazônia. Em uma região como essa, de extensa bacia hidrográfica, os rios configuram-se como parte ativa da vida dos ribeirinhos (como são chamadas as pessoas que vivem em comunidades a margem dos rios), de modo que os barcos estão presentes no cotidiano dessas populações. É através dessas embarcações que realizam deslocamentos rotineiros como ir à escola, ao trabalho, fazer pequenas compras, e também deslocamentos maiores, tais como idas à capital ou outros municípios. No estado do Pará, esses barcos apresentam uma peculiaridade: um motor que possui um eixo rotacional que produz uma camada de vácuo ao seu redor, atraindo qualquer coisa para dentro do seu campo de rotação (1). É nesse contexto que o acidente de motor de barco com escalpelamento acontece, sendo mulheres e crianças as principais vítimas. Os cabelos enrolam-se no eixo do motor do barco em funcionamento provocando o arranque abrupto do couro cabeludo (total ou parcialmente) podendo lesionar e comprometer o pavilhão auricular, as sobrancelhas e a face (2). Logo após o acidente, os primeiros atendimentos acontecem nos Hospitais Regionais ou Prontos-Socorros e têm como foco a estabilização clínica da vítima, que posteriormente é encaminhada para Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), hospital de referência para esta demanda e cenário do presente relato de experiência. Embora a paciente, ao chegar à FSCMP, esteja fora do risco de morte, ainda se configura como uma paciente grave, uma paciente crítica, que vivenciou o risco iminente de morte e que começa a lidar com o trauma de um acidente que lhe impõe dor, sequelas físicas e vivências de intenso sofrimento psíquico e social (3). **Objetivo:** Descrever a atuação do psicólogo hospitalar com mulheres vítimas de escalpelamento em sua primeira internação na FSCMP. **Descrição da experiência:** A partir do Programa de Atendimento Integral às Vítimas de Escalpelamento (PAIVES) foi construído um fluxo de atendimento que vem sendo aprimorado ao longo dos anos. Atualmente, a assistência inicial (ou emergencial) – logo após o acidente, que visa à estabilização clínica da vítima – tem sido realizada de forma ágil pelos Hospitais Regionais ou Prontos-Socorros, o que tem reduzido significativamente o tempo entre a ocorrência do acidente e a chegada da paciente à FSCMP. Ao chegar à instituição as pacientes até 12 anos de idade são encaminhadas para a enfermaria de cirurgia pediátrica e a partir dos 13 anos são direcionadas para a clínica cirúrgica adulto. Esta será a primeira de várias internações necessárias durante todo tratamento. A experiência descrita neste trabalho refere-se à atuação da Psicologia na Clínica Cirúrgica e tem como foco a primeira internação. Nesse primeiro momento, a paciente está sobre o efeito do trauma provocado pelo acidente. A vivência traumática e o risco eminente de morte provocam, entre muitos sintomas, lentificação, distúrbios do sono, lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático. Durante a primeira internação os conteúdos psicológicos observados estão mais atrelados ao impacto imediato após o acidente. As questões da feminilidade e as consequências ao longo prazo geradas pelo acidente, embora possam aparecer, não são a principal demanda dessas mulheres. O desafio inicial imposto pelo escalpelamento é a sobrevivência. Ter sobrevivido ao acidente, ter vivido este evento que provoca abruptas alterações físicas e psíquicas, lidar com os primeiros curativos, as primeiras cirurgias e a dor por eles provocada é desafiador para estas pacientes. Além do desconhecimento sobre o tratamento, as rotinas hospitalares e as fantasias sobre as novas configurações que sua vida terá após o acidente são conteúdos que emergem em suas falas. A atuação da psicóloga com essas mulheres pauta-se na Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

recepção das pacientes, escuta e compreensão de suas demandas imediatas, bem como de sua família, com estabelecimento de vínculo, prestação de informações sobre o atendimento e o tratamento, além de orientações sobre normas e rotinas hospitalares. Esse atendimento visa ainda favorecer expressão de ideias e sentimentos, auxiliar na assimilação e elaboração de informações recebidas referentes ao tratamento (tais como duração, internações sucessivas, realização de diversos procedimentos cirúrgicos, etc), ofertar suporte emocional, bem como estimular a comunicação entre a equipe de saúde, paciente e familiar/cuidador. **Considerações finais:** O acidente com escarpelamento causa impactos físicos, psicológicos, familiares e sociais, de modo que se faz necessário uma equipe multiprofissional capacitada para o atendimento a essas mulheres desde os primeiros momentos de internação e a psicologia tem papel fundamental nessa intervenção. A atuação da psicóloga com a paciente vítima de escarpelamento pode configurar-se como diferencial, como um facilitador para o processo de elaboração do trauma vivido, além do seu fator protetor para o desenvolvimento de possíveis transtornos psíquicos, tais como o Transtorno de Estresse Pós Traumático.

Descritores: Escarpelamento; Trauma Psicológico; Paciente Crítico.

Referências:

1. Guimarães AGM; Bichara CNC. O Processo de Construção de Políticas Públicas em Prol do Ribeirinho Vítima de Escarpelamento na Amazônia. In: Conhecer: Debate entre o Público e o Privado, v. 1, p. 1-33, 2012.
2. Plano estadual de enfrentamento aos acidentes de motor com escarpelamento. Belém, 2016-2017.
3. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Guia técnico do Programa de Atendimento Integral às Vítimas de Escarpelamento (PAIVES). Belém, 2008.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE DIAGNOSTICADO COM ABSCESSO INTRACRANIANO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Alícia Andrezza Correia Rodrigues¹; Amanda Silva de Souza²; Mariane Priscila da Silva Motta³

¹Enfermeira. Pós graduanda em Urgência e Emergência pela Escola Superior da Amazônia (Esamaz);

²Enfermeira. Pós graduanda em Enfermagem Oncológica pela Faculdade Metropolitana da Amazônia (Famaz);

³Enfermeira graduada pela Universidade da Amazônia (Unama).

amandda.15@gmail.com

Introdução: Abscesso cerebral é uma doença pouco comum, mas que possui alta gravidade. Este se enquadra em uma área supurativa focal no parênquima cerebral, geralmente advindo de focos infecciosos, traumatismo de crânio ou cirurgia¹. A suspeita da patologia deve ser considerada sempre que houver algum sinal de lesão intracraniana (cefaléia constante, fotofobia, náuseas e letargia) principalmente se o paciente tiver uma infecção predisponente ao aparecimento do abscesso cerebral². O exame mais apropriado para diagnosticar a doença é a Tomografia Computadorizada, onde posteriormente opta-se por qual tratamento seguir. O tratamento do abscesso cerebral é baseado em três pontos: antibioticoterapia, tratamento neurocirúrgico e tratamento do foco primário da infecção^{2,3}. **Objetivo:** Relatar as intervenções de enfermagem a um paciente com abscesso intracraniano. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um paciente, 13 anos, admitido em nosso estágio supervisionado de clínica cirúrgica em um hospital de Belém/PA, onde foi diagnosticado com abscesso intracraniano. Foi realizado acompanhamento do paciente no período de agosto a meados de outubro de 2016. **Resultados:** No momento da admissão no hospital, o paciente apresentava cefaléia intensa, hemiparesia esquerda e crise focal, também foi informado que o mesmo era portador de sinusite, sendo assim submetido a uma tomografia, a qual apresentou um abscesso intracraniano. Posteriormente foi admitido em clínica cirúrgica onde realizou por alguns dias antibioticoterapia. Durante este período nós enquanto estagiárias checávamos tais medicações, aferíamos seus sinais vitais e avaliávamos o nível de consciência desse paciente. Passado o período de tratamento com antibióticos, o mesmo sujeitou-se a uma Drenagem Cerebral Simples e em seguida a uma Craniotomia, permanecendo 42 dias na UTI para estabilização de parâmetros. Retornou para clínica cirúrgica traqueostomizado, secretivo, pouco responsivo, recebendo dieta por Sonda Nasogástrica e medicação por acesso venoso central em subclávia esquerda. A partir de então implementamos uma parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, pois a mesma não era aplicada nesta instituição, o que nos preocupou, já que a não aplicação de um dever que é privativo nosso, pode tornar o trabalho de enfermagem invisível e ainda comprometer a assistência ao paciente. Portanto, os principais diagnósticos de enfermagem encontrados foram risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos; risco de aspiração relacionado a presença de traqueostomia; volume de líquidos excessivos relacionado a mecanismos reguladores comprometidos evidenciado por edema; padrão respiratório ineficaz relacionado a dano neurológico evidenciado por taquipneia; mobilidade física prejudicada relacionada a prejuízos neuromusculares evidenciado por capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas; dor aguda relacionada a agentes lesivos evidenciada por comportamento expressivo. E como intervenções de enfermagem, baseada nos diagnósticos, destacamos avaliar permeabilidade de acesso venoso; atentar para presença de sinais flogísticos; posicionar o paciente em decúbito de 45°; manter aspirador disponível; fazer controle da ingestão de líquidos; observar e controlar gotejamento de infusão de eletrólitos; observar a evolução dos edemas; verificar saturação de O₂; observar e anotar padrão respiratório; observar e anotar estado de consciência; avaliar condições da pele do paciente; realizar massagem de conforto; realizar mudança de decúbito a cada duas horas; Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

avaliar características, intensidade e local da dor; avaliar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiratória); administrar analgésicos conforme prescrição médica. **Conclusão:** Esta experiência foi bastante importante para nossa formação prática, científica e profissional, pois conseguimos implantar neste paciente uma parte da SAE, já que é uma atividade privativa nossa e a partir disso proporcionamos a este paciente um melhor plano de cuidado com foco na sua melhoria e na redução de sequelas. Este estudo também oportunizou uma releitura do papel do enfermeiro em uma clínica cirúrgica, uma melhor compreensão do perfil clínico de clientes neurológicos, como também o desenvolvimento do plano de cuidados, tratamento adequado e o gerenciamento em uma clínica cirúrgica.

Descritores: Abscesso cerebral, Diagnóstico de enfermagem, Cuidados de enfermagem.

Referências:

1. CAMPIOLO, Edmara Laura et al. Abscesso cerebral devido a otite média aguda: relato de caso. **Revista Uniplac** ISSN 2447-2107. 2013.
2. GRAJGER, Bettina; IAZZETTI, Antônio Vladir. Abscesso Cerebral na infância. Moreira Jr. Editora. **Revista Brasileira de Medicina**. 1999.
3. NOGUEIRA, Emerson Filipe de Carvalho; PORTO, Gabriela Granja; CERQUEIRA, Paulo Roberto. Abscesso Intracraniano de origem Odontogênica – Relato de Caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.11, n.3, p. 15-20, jul./set. 2011.

A PRÁTICA DO ROUND MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE BELÉM – PA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Ingrid Nascimento dos Santos¹; Dayse Castro da Silva Monteiro²; Marta Cleonice Cordeiro de Assunção²; Dalila Lira Ferreira Campelo²; Evandro Cesar Natividade de Sousa³; Paula Beatriz de Barros Leite⁴

¹Enfermeira, Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ);

²Enfermeira, Faculdade Paraense de Ensino (FAPEN);

³Graduando de Enfermagem, Universidade Federal do Pará (UFPA);

⁴Enfermeira, Residente em Atenção ao Paciente Crítico, Universidade Federal do Pará (UFPA).
ingridnascimento.s@hotmail.com

Introdução: O cuidado hospitalar reflete em um conjunto de intervenções e serviços de promoção, prevenção e restauração da saúde, tornando-se imprescindível uma visão abrangente por responsabilidade dos profissionais. Os encontros chamados rounds têm cooperado para aperfeiçoar os meios de comunicação entre a equipe multiprofissional, estimulando assim uma maior desenvoltura na solução dos casos dos pacientes possibilitando uma atenção individualizada, em consequência uma atenção mais humanizada e integral embasada pelos princípios do sistema único de saúde.¹ **Objetivo:** Relatar a experiência na participação de rounds multiprofissionais. **Descrição da Experiência:** Este estudo consiste em um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados por uma enfermeira participante de um curso de aperfeiçoamento profissional com atuação na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), o estudo permaneceu nos meses de setembro e outubro de 2017 no turno matutino. A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de referência em doenças infectoparasitárias de Belém – PA. A UTI contém 10 leitos divididos em boxes, sendo um leito destinado para hemodiálise e dois leitos para isolamento. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório tendo como técnica a observação ativa. Os sujeitos envolvidos foram a equipe da CCIH contendo três enfermeiras e três médicos e a equipe multidisciplinar da UTI que continha, duas enfermeiras, quatro médicos, uma fisioterapeuta e três técnicos de enfermagem. Os rounds são feitos de forma periódica, acontecendo toda terça-feira promovido pela CCIH, com a intenção de interagir com os profissionais da UTI na proposta de discutir os casos do referido setor, buscando um olhar abrangente na atenção a saúde destes usuários. Primeiramente foi explanada a impressão diagnóstica de cada paciente simultaneamente com opiniões pertinentes ao prognóstico de cada caso, deixando livre para as argumentações que são interligadas pelas diversas especialidades que envolveu a equipe presente, sendo proposto planos terapêuticos de cuidados com intuito de prevenir possíveis infecções hospitalares, debate sobre o controle e uso de antimicrobianos de terceira linha evitando assim doenças multirresistentes, verificando assim a necessidade do uso no tratamento do paciente, baseado em sinais e sintomas clínicos associados com resultados de exames laboratoriais, colocando em prática os critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde que é um manual oferecido pela ANVISA, mantendo assim um planejamento integrado na solução de cada infecção investigada em conjunto com a equipe multiprofissional. Durante os encontros observou-se a preocupação da CCIH em orientar os profissionais do setor para o uso restrito de procedimentos invasivos, como sonda vesical de demora, cateteres venosos centrais e ventilação mecânica a fim de evitar possíveis infecções, respectivamente, do trato urinário, infecção primária de corrente sanguínea e pneumonia associada a ventilação mecânica. **Resultados:** Essa prática é uma excelente estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, atividade essencial para a integralidade no cuidado em saúde, deixando-os mais preparados para uma atuação integrada, na qual a colaboração e o reconhecimento do trabalho viabiliza ações conjuntas em benefício do paciente. A comunicação entre profissionais é um trabalho que permite sistematizar muitas ações em benefício do paciente.² Observou-se Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

que a interação das equipes contribuiu para sanar dúvidas perante o tratamento com a criação de planos de cuidados ideais para cada paciente, pois se teve a oportunidade de conhecer todos os internados na visão de cada profissional para posteriormente chegar a uma conclusão benéfica no tratamento integral e humanizado. **Conclusão:** Compreende-se que o primeiro passo foi dado na aplicação do round multidisciplinar nessa UTI, levando em conta que a intenção da CCIH é estender essa prática em todas as clínicas do hospital. Esse projeto colabora de forma significativa na educação continuada de todos os profissionais envolvidos. Dessa forma, contribui na mudança dos modelos de atenção a saúde, tornando-as mais humanizadas e eficazes. Essa experiência retratou que esses meios de iniciativas são fundamentais nos métodos de melhoria dos processos de trabalho determinando a importância de cada especialidade no tratamento do paciente reconhecendo assim o grande potencial de atuação do trabalho em equipe.

Descritores: Assistência integral à saúde, equipe multiprofissional.

Referências:

1. Farão EMD, Birrer JA, Soares RSA, Gonçalves B, Favretto C, Silva DC. Clínica ampliada em um hospital universitário: Abrindo Caminhos Para Uma Nova Forma de Cuidar. Revista contexto & saúde Ijuí. v. 10, n. 20, p. 813-816, Jan/Jun – 2011.
2. Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. ABCS Health Sci. 40(3):229-233, 2015.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA.

Karina Santos Guedes Sá¹, Dennis Soares Leite¹, Soany de Jesus Valente Cruz², Bárbara Cristina Santos da Silva³, Jorge Luis Monteiro Spinelli³, Carla Cristina Alvarez Serrão⁴

¹Acadêmicos de Fisioterapia da Universidade Federal do Pará (UFPA)

²Residente em Oncologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB)

³Fisioterapeutas do Hospital Ophir Loyola (HOL)

⁴Docente da Universidade Federal do Pará (UFPA)

karina-sa@outlook.com

Introdução: A leucemia promielocítica aguda (LPA) é um subtipo da leucemia mielóide aguda, caracterizada pela expansão clonal de células neoplásicas imaturas promielócitos. Ocorre resultante a translocação reversa do braço longo do cromossomo 15 e 17 que gera a proteína de fusão PML-RAR α , que impede a maturação dos mieloblastos em granulócitos (células de defesa) o que gera o quadro de pancitopenia. **Objetivos:** O presente trabalho teve como objetivo relatar a experiência vivida em um hospital de referência oncológica da cidade de Belém, durante o período de estágio curricular do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Pará. **Descrição da Experiência:** O trabalho foi realizado no Hospital Ophir Loyola (HOL) no setor de Hematologia e Hemoterapia, durante o estágio de acadêmicos de Fisioterapia da Universidade Federal do Pará (UFPA) em oncologia em 2017. Paciente F. C. S, 23 anos, sexo feminino, casada, estudante e com diagnóstico clínico de LPA. Iniciou sangramento vaginal há 3 meses, equimoses em Membros inferiores, calafrios, febre, palidez cutânea, buscou atenção médica na UPA da sacramento, sendo encaminhada e internada no PSM da 14 por 4 dias e posteriormente transferida para HOL onde realizava tratamento de quimioterapia e onde recebeu acompanhamento fisioterapêutico. Fazia uso dos medicamentos Omeprazol, ATRA, Cefepime, Alupurinol, Bactrim, Dipirona, Nausebron, Fluconazol, Aciclovir, Buscopan, Dismorf, Dexametasona e Lactulona. Nega tabagismo e alcoolismo, apresenta rotina com estresse e preocupação moderada, apresenta sono entre 6-8hs. Em seus antecedentes cirúrgicos constam uma cesariana (2010), apendicite (2013), curetagem (2015), mielograma e biópsia da medula (2017). Tem como antecedentes familiares diabetes. Hemograma: Hemácias = 3,08 (V.R.: 3,5-4,7); Hemoglobina = 8,90 (V.R.: 11-16); Hematócrito = 26,50 (V.R.: 35-46); Leucócitos = 2040 (V.R.: 4000-11000); Plaquetas = 336000 (V.R.: 140000-400000). Exame Físico: Altura: 1,60 m; FC: 90 bpm; AP: MV + SRA; Peso: 56 kg; Spo2: 99%; IMC: 21,48 (Normal). A queixa principal da paciente era quadro de cefaleia. O acompanhamento do caso durou uma semana, porém ela já vinha recebendo atendimento fisioterapêutico pela residente em fisioterapia oncológica do setor. Durante o acompanhamento do caso foram realizados exercícios de reexpansão pulmonar: Inspiração sustentada e inspiração em três tempos (10 repetições de cada), deambulação no quarto e orientações para exercícios metabólicos no tornozelo, entretanto ela só pode receber atendimento 2 vezes durante essa semana pois encontrava-se debilitada pelo quadro de cefaleia e por um quadro de metrorragia (sangramento vaginal). **Considerações finais:** Segundo relato da residente de fisioterapia oncológica do setor, no início da internação da paciente, ela apresentava desconforto respiratório e após os exercícios de reexpansão pulmonar ela passou a respirar sem dificuldades, o que também foi constatado durante a experiência do estágio curricular, além da melhora autorelatada do quadro de fadiga. Dessa maneira, conclui-se que os exercícios de reexpansão pulmonar e a deambulação supervisionada para pacientes com LPA submetidos a quimioterapia é viável, seguro e parece efetivo para melhorar quadros de dispneia e a fadiga.

Descritores: Leucemia Promielocítica Aguda; Fisioterapia; Fisioterapia Oncológica

Referências:

1. ALIBHAI, S. M. H. A phase II exercise randomized controlled trial for patients with acute myeloid leukemia undergoing induction chemotherapy, *Leuk Res*, 2015.
2. ALMEIDA, S. C. Leucemia Promielocítica Aguda: Clínica, diagnóstico e abordagem terapêutica. Dissertação de mestrado, Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2015.
3. PREVEDELLO, C. P; SAGRILLO, M. R. LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA. *Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria*, v. 9, n. 1, p. 39-50, 2008.
4. Instituto Nacional do Câncer – GUIDELINES. Leucemia Mielóide Aguda em Adultos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2002, 48(3): 313-315.

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM UMA PACIENTE COM LEUCEMIA MIELOÍDE AGUDA E SÍNDROME DE DOWN EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO PARÁ.

Karina Santos Guedes Sá¹, Dennis Soares Leite¹, Soany de Jesus Valente Cruz², Bárbara Cristina Santos da Silva³, Jorge Luis Monteiro Spinelli³, Carla Cristina Alvarez Serrão⁴

¹Acadêmicos de Fisioterapia da Universidade Federal do Pará (UFPA)

²Residente em Oncologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB)

³Fisioterapeutas do Hospital Ophir Loyola (HOL)

⁴Docente da Universidade Federal do Pará (UFPA)

Introdução: A Leucemia Mielóide Aguda (LMA) se manifesta como um grupo de processos neoplásicos heterogêneos, caracterizado por proliferação e acúmulo de células hematopoiéticas imaturas dos processos mielóides na medula óssea¹. A etiologia das leucemias se constitui por um processo de múltiplos passos, a partir de lesão genética, a qual requer a suscetibilidade de uma célula progenitora hematopoiética. Existem alguns fatores de risco para LMA: tabagismo, radiação, síndrome de down e benzeno^{1,2}. A Síndrome de Down (SD) é uma alteração genética e sua causa é predominantemente a trissomia do cromossomo 21³. **Objetivos:** Relatar a atuação fisioterapêutica em uma paciente com leucemia mielóide aguda e síndrome de down. **Descrição da Experiência:** O trabalho foi realizado no Hospital Ophir Loyola (HOL) no setor de Hematologia e Hemoterapia, durante o estágio de acadêmicos de Fisioterapia da Universidade Federal do Pará (UFPA) em oncologia em 2017. Paciente, 19 anos, com diagnóstico de leucemia mielóide aguda e síndrome de down, consciente, orientada e colaborativa hemodinamicamente estável, respirava em ar ambiente. Foi realizada a avaliação fisioterapêutica, identificamos uma leve rigidez muscular em MMII e MMSS, murmúrio vesicular diminuído em bases, devido a paciente ficar muito tempo em decúbito dorsal, apresentava desconforto abdominal, dores nos ossos e articulações (EVA: 6). Segundo o Instituto Nacional do Câncer os principais sintomas da LMA decorrem do acúmulo de células defeituosas na medula óssea, prejudicando a produção de glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas. O paciente pode apresentar gânglios linfáticos comprometidos, fadiga, desconforto abdominal, febre, cefaleia, náuseas, diplopia, sangramentos, dores nas articulações e desorientação². Enquanto as características de pessoas com SD são: hipermobilidade articular, alterações motoras e alterações cognitivas³. A atuação dos acadêmicos consistiu em dois atendimentos, onde foram pautados em: exercícios de padrão respiratório, cinesioterapia ativo-assistida em MMSS e MMII, treino de sentar e levantar, marcha estacionária e deambulação no quarto de maneira lúdica, o que corrobora com o Protocolo Operacional Padrão (POP) da Fisioterapia na Clínica Hematológica do HOL, depois dos atendimentos os familiares relataram uma melhora no estado geral da paciente. Segundo o POP o papel da fisioterapia é atuar de forma a minimizar ou erradicar as sequelas temporárias ou definitivas durante o tratamento. Existem algumas particularidades que o fisioterapeuta precisa considerar: estado emocional do paciente, efeitos da quimioterapia, radioterapia, alterações motoras, metástases e dor oncológica, entretanto podemos minimizar essas consequências e seus efeitos com a intervenção precoce da fisioterapia. A Fisioterapia pode atuar através da mobilização, desobstrução brônquica, reexpansão pulmonar. **Conclusão:** A fisioterapia pode atuar nas diferentes fases de tratamento, no pré-operatório, internação e pós-operatório. A fisioterapia em oncologia vem ganhando cada vez mais notoriedade na área hospitalar, devido seus resultados para a funcionalidade dos pacientes oncológicos e sua atuação significativa no alívio da dor, entretanto uma equipe multiprofissional precisa atuar de maneira a buscar uma integralidade para os pacientes e seus familiares.

Descritores: Leucemia Mielóide Aguda, Síndrome de Down, Fisioterapia.

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

Referências:

1. LAMAISON, B. D. Leucemia mieloide aguda: avaliação citogenética e implicação prognóstica: revisão de casos atendidos em Hospital Geral do Rio Grande do Sul. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, vol 1, nº 64, 2017.
2. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Tipos de Leucemia. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/leucemia/definicao>. Acesso em 29 de outubro, 2017.
3. NASCIMENTO, M. A.; TRINDADE, A. S. Avaliação do desenvolvimento motor em crianças com síndrome de down. *Revista Brasileira de Educação Especial*, São Paulo, vol 2, nº 4, 2016.

O ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA DE CHAGAS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Daniela de Alencar da Silva¹ ; Ana Carolinny da Costa Silva¹ ; Lilian Pereira da Silva Costa²; Dilma do Socorro Moraes de Souza³ ; Maria do Socorro Pascoa Viegas⁴ .

¹Graduanda em Nutrição, Universidade Federal do Pará (UFPA);

² Mestre, Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB);

³ Doutora, Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB);

⁴Especialista, Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB).

danieladealencar.s@gmail.com

Introdução: A grande maioria das notificações de casos de Doença de Chagas (dCh) no Brasil está concentrada no estado do Pará, com cerca de 75% dos registros nacionais. Este fato vem sendo observado a partir de 2006, quando foi instalado o Programa Estadual de Controle de Doença de Chagas (PECdCh) do Departamento de Endemias da Secretaria de Saúde Pública do Estado, em parceria com o Ministério da Saúde¹. O Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) é referência no atendimento de portadores de doenças infecciosas e parasitárias, dentre elas a dCh. O Hospital disponibiliza o atendimento aos pacientes chagásicos que migram de diversos municípios do Estado do Pará, não só os que se aprestam na fase aguda, como também na fase crônica da doença². O Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela divisão do peso em quilogramas pela altura em metros elevada ao quadrado, reflete a proporção do tecido adiposo na massa corporal, independente de localização. É utilizado como indicador do nível de obesidade e risco para doenças crônicas, pela rapidez, acessibilidade e baixo custo de sua utilização³. **Objetivo:** Relatar a identificação do estado nutricional de pacientes com o diagnóstico de dCh, a partir do IMC, atendidos em um ambulatório de referência da doença. **Descrição da experiência:** O estudo tratase de um relato descritivo, do atendimento nutricional do ambulatório de dCh, no qual é desenvolvido no HUJBB, Os atendimentos são realizados uma vez por semana, às terças-feiras no turno da tarde onde foram atendidos pacientes adolescentes, adultos e idosos, com o diagnóstico confirmado de dCh, nas fases aguda ou crônica, de ambos os sexos, no período de agosto/2017 a junho/2018. Em relação ao atendimento da equipe de nutrição é realizada a avaliação nutricional dos pacientes, a partir de métodos antropométricos, tais como a aferição do peso, altura, cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Além disso, é realizado a anamnese alimentar dos pacientes consultados. Com base em todas essas informações, os resultados das avaliações nutricionais, considerando as condições socioeconômicas do paciente, são fornecidas informações sobre alimentação saudável, prescrições dietéticas, conforme as necessidades. As avaliações do estado nutricional destes pacientes foram realizadas através do IMC, logo foi realizado o cálculo e a classificação do IMC levando em consideração às faixas etárias de adolescentes, adultos e idosos. Foi obtido um total de 107 pacientes avaliados, nesse período na faixa etária de 13 a 88 anos, sendo a maioria do sexo masculino (53,3%, n=57). Na avaliação nutricional a partir do IMC, verificouse que 28,9% (n=31) dos pacientes apresentaram peso adequado, 38,3% (n=41) apresentaram sobrepeso e 32,8% (n=35) apresentaram algum grau de obesidade. **Resultados:** Observou-se que a maioria dos pacientes avaliados durante as consultas estavam acima do peso. Os pacientes atendidos pelo programa de dCh no ambulatório apresentaram risco nutricional associado ao quadro de excesso de peso, ou seja, com o peso inadequado quando avaliados, o que enfatiza a importância de um acompanhamento nutricional desses pacientes para que não se instale outros malefícios, como as doenças cardiovasculares, que trarão riscos maiores a saúde, o que dificultará diretamente no tratamento da doença de base. **Considerações Finais:** Observar-se portanto a importância do ambulatório de dCh no HUJBB, com a finalidade de se detectar e prevenir com segurança e precocemente as consequências graves da dCh, apesar das limitações

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

das medidas antropométricas para avaliação da composição corporal, é de extrema importância tanto para o diagnóstico como para o acompanhamento do estado nutricional visando uma intervenção mais eficiente e rápida em cada situação.

Descritores: Índice de massa corporal, Excesso de peso, Doença de chagas.

Referências:

1. Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença de Chagas aguda no Brasil: série histórica de 2000 a 2013. Boletim Epidemiológico. v. 46, n. 21, p. -9, 2015.
2. Souza, DSM, Monteiro MRCC. "Manual de recomendações para diagnósticos, tratamento e seguimento ambulatorial de portadores de doença de chagas." Belém-PA. 50p (2013).
3. Mahan, LK, Sylvia E. Krause, alimentos, nutrição & dietoterapia. Editora: Roca, 2014.

A INTEGRALIDADE NO ATENDIMENTO AO PACIENTE CRÍTICO SOB O OLHAR DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Luã Alves Araujo¹; Anderson Antunes da Costa Moraes¹, Joyce Barbosa de Sousa¹; Leonardo Ramos Nicolau Da Costa²; Gabriela Martins de Lima³; Keven Lorena de Paula Gonçalves⁴

1 Fisioterapeutas, Residentes em Urgência e Emergência no Trauma no Hospital Metropolitano de urgência e Emergência HMUE/UEPA

2 Fisioterapeuta, Mestre em Clínica Médica- UNICAMP, Coordenador do Departamento de Ensino e Pesquisa/HMUE

3 Fisioterapeuta, Mestre, Coordenadora da equipe de Reabilitação do Hospital metropolitano de Urgência e Emergência – HMUE

4 Fisioterapeutas, Especialistas, Preceptores do programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência no trauma – HMUE

l2.alvesaraujo@gmail.com

Introdução: Como princípio doutrinário, constitucional e fundamental do Sistema Único de Saúde, a integralidade se estabelece em um processo de construção, implantação e consolidação de um modelo assistencial que tem suas bases e diretrizes na promoção, prevenção, tratamento e na reabilitação da saúde em todos os níveis de atenção¹. Os pacientes em Unidades de Terapia Intensiva recebem a assistência necessária à manutenção de suas vidas por equipes multiprofissionais especializadas e munidas de equipamentos com tecnologias de alta complexidade, capazes de intervir diante das diferentes situações de alteração de seus padrões vitais. A integralidade nas ações dos profissionais envolvidos no cuidado traz implicações e desafios nos modos de gerir os processos de trabalho em saúde^{1, 2}. **Objetivos:** Relatar a experiência dos residentes multiprofissionais do programa de Urgência e Emergência no Trauma do Hospital Metropolitano/Universidade do Estado do Pará (HMUE/UEPA) no II seminário integrado da residência multiprofissional em saúde da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Viana (FHCGV). **Descrição da experiência:** O II seminário integrado aconteceu no dia 11 de outubro de 2017 no auditório do Hospital de Clínicas Gaspar Viana e contou com a participação de todos os programas da Residência Multiprofissional em saúde da UEPA e do Centro Universitário do Pará. O evento teve como tema norteador “Integralidade na Saúde” e foi estruturado com um subtítulo dividido para cada dois programas, formando assim, os grupos, onde um era classificado como apresentador e o outro como debatedor, os mesmos foram informados previamente para organização e preparação das estratégias para explanação; cada grupo teve uma hora e trinta minutos para desenvolverem o debate e em seguida realizarem a discussão com todos os participantes do evento. Os residentes do programa Uniprofissional de Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva do Hospital Ophir Loyola e Urgência e Emergência no Trauma abordaram o tema Integralidade no Atendimento ao Paciente Crítico, como apresentadores e debatedores, respectivamente. Após a explanação bibliográfica dos apresentadores com a utilização de recursos audiovisuais, os debatedores iniciaram as discussões acerca da temática, expondo suas concepções baseadas na literatura e experiências vivenciadas no local de trabalho, gerando um amplo e construtivo debate. Foi utilizado ainda, pelos apresentadores, um caso clínico abordando a história de uma paciente fictícia, com o perfil clínico e psicossocial semelhante ao dos pacientes atendidos pelo Hospital no qual eles atuam, apresentando diversos erros e falhas cometidos pela equipe multiprofissional que atuou de forma direta e indireta no atendimento dessa paciente e que feriam o princípio da integralidade, no intuito de instigar os participantes a identificarem esses erros e gerar uma troca de opiniões enriquecedora. A metodologia utilizada para execução do evento foi extremamente proveitosa e atingiu seu objetivo de integrar e discutir o tema proposto de forma organizada e construtiva. O tema abordado pelos grupos envolvidos é crucial e deve Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

ser abordado diariamente, pois trata de um princípio fundamental da saúde e todos que estão envolvidos no cuidado do ser humano, direta ou indiretamente, seja em qualquer nível de atenção, precisam ter um olhar integral e humanizado para gerar transformações nas práticas em saúde.

Descritores: Integralidade em Saúde, Unidade de Terapia Intensiva, Equipe Multiprofissional.

Referências:

1. Medeiros AC, Siqueira HCH, Zamberlan C, Cecagno D, Nunes SS, Thurow MRB. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):816-822. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>
2. Oliveira R, Maruyama SAT. Princípio da integralidade numa UTI pública: espaço e relações entre profissionais de saúde e usuários. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009;11(2):375-82. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a19.html>

FALHA NA EXTUBAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE FISIOTERAPEUTAS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM TRAUMA.

Luã Alves Araujo¹; Anderson Antunes da Costa Moraes¹, Keven Lorena de Paula Gonçalves²; Rodrigo Alcântara Carnevali de Araújo²; Rodrigo Cardoso da Silva²; Rafaela Cordeiro de Macêdo³

1 Fisioterapeutas, Residentes em Urgência e Emergência no Trauma no Hospital Metropolitano de urgência e Emergência HMUE/UEPA

2 Fisioterapeutas, Especialistas, Preceptores do programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência no trauma – HMUE

3 Fisioterapeuta, Mestre em Ensino e Saúde na Amazônia, Preceptores do programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência no trauma – UEPA/HMUE

l2.alvesaraujo@gmail.com

Introdução: A extubação se refere à retirada da prótese endotraqueal e tem suas próprias características e fatores preditivos de desfecho¹. Em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) há uma prática constante e bem fundamentada sobre a utilização dos testes de prevenção de falha. O Teste de Respiração espontânea é o mais utilizado e pode ser de duas formas. Na primeira, oferta-se um mínimo suporte de oxigênio através de um tubo “T”, este deve permanecer por pelo menos 30 minutos nessa condição. Na outra, o paciente é colocado em ventilação com pressão de suporte com parâmetros mínimos de Pressão de Suporte de PEEP². O sucesso no desmame da ventilação mecânica é definido como a capacidade de manter a ventilação espontânea por pelo menos 48 horas após a interrupção³. **Objetivos:** Relatar a experiência dos fisioterapeutas de uma UTI adulto frente a quatro casos de falha na extubação orotraqueal de pacientes vítimas de trauma. **Descrição da experiência:** Os casos de falha na extubação aconteceram na UTI adulto n2 do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, um hospital de média e alta complexidade que é referência no atendimento de pacientes vítimas de traumas. A UTI conta com o serviço de um fisioterapeuta por turno além de um fisioterapeuta residente nos turnos da manhã e tarde. No mês setembro de setembro de 2017, aconteceram quatro casos de falha na extubação em um intervalo de tempo de uma semana, fato que chamou atenção entre a equipe de fisioterapeutas e médicos pela recorrência e proximidade de tempo em que os casos aconteceram. Do total de pacientes, três eram do sexo masculino, com média de idade de 37,33 anos, vítimas de acidentes motociclísticos e diagnosticados com traumatismo cranioencefálico, dois realizaram tratamento de forma conservadora e o outro foi submetido a uma craniotomia descompressiva. A outra paciente era do sexo feminino, com idade de 46 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em região abdominal, foi submetida a uma laparotomia exploradora, gastrorrafias, duodenorrafia, colorrafia, e colostomia em alça. Os pacientes permaneceram em ventilação mecânica por uma média de 6,5 dias até estarem clinicamente estáveis para prosseguimento do desmame da ventilação e extubação. Em todos os casos, os fisioterapeutas procederam com o que é preconizado pela literatura em relação ao desmame e aos testes para realização da extubação e os pacientes tiveram sucesso na realização dos mesmos. Após a retirada da prótese endotraqueal foi ofertado oxigênio suplementar por meio de macronebulização. Alguns minutos depois, os pacientes evoluíram com laringoespasmos, apresentando estridor laríngeo, uso de musculatura acessória, esforço abdominal e queda da saturação periférica de oxigênio. Os pacientes foram submetidos à reintubação orotraqueal após tempo médio de 40 minutos subsequentes a retirada da prótese e instalação dos sinais e sintomas do laringoespasmos. Essa sequência de ocorrências preocupou a equipe de profissionais envolvidos no processo de desmame da ventilação mecânica dos pacientes das UTI's do Hospital em questão e levou a uma busca na literatura por protocolos de prevenção de laringoespasmos e instalação desses na rotina do processo de desmame. Essas Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

ocorrências foram repassadas a todos os médicos e fisioterapeutas plantonistas das UTI's do Hospital para adequação das novas estratégias de prevenção de laringoespasma e com isso reduzir os riscos aos pacientes ventilados mecanicamente e ofertar mais segurança e qualidade no serviço prestado.

Descritores: Respiração Artificial, Extubação, Laringoespasma.

Referências:

1. Nascimento MS, Rabello CM, Vale LAPA, Santos E, Prado C. Teste de respiração espontânea na previsão de falha de extubação em população pediátrica. *Einstein*. 2017;15(2):162-6.
2. Paredes ER, Navill Junior V, Oliveira ACT. Protocolo de prevenção de falha de extubação como estratégia para evitar as complicações da reintubação precoce. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*. 2013 abr./jun..10(19): 12-19.
3. Silva RC, Alvarez RF, Barros IA, Santos DR, Farias SV, Duarte MG, et al. Falha de extubação orotraqueal após sucesso no teste de respiração espontânea. *ASSOBRAFIR Ciência*. 2012 Dez;3(3):31-42.

PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

Ingrid Nascimento dos Santos¹; Dayse Castro da Silva Monteiro²; Marta Cleonice Cordeiro de Assunção²; Dalila Lira Ferreira Campelo²

¹Enfermeira, Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ); ²Enfermeira, Faculdade Paraense de Ensino (FAPEN); dalilalira.dl@gmail.com²

Introdução: Nos últimos anos a segurança do paciente tem ganhado destaque e importância mundial. A assistência em saúde passou a aderir programas e atividades preventivas com o objetivo de minimizar os índices de infecção. Estas, tem sido uma das principais causas de mortalidade de pacientes críticos ou não, resultando no prolongamento do tempo de internação elevando custos às instituições e o risco de mortalidade e multirresistência a patógenos³. **Objetivo:** Compartilhar com a comunidade acadêmica e profissional a experiência de graduandas na aplicação do SCORE q SOFA na assistência de enfermagem no controle da sepse em urgência e emergência na prática clínica. **Métodos:** A experiência sucedeu no mês de dezembro de 2016 agregando ao estágio curricular da graduação em enfermagem. O local foi um hospital público na região metropolitana de Belém que atende as modalidades de UTI e urgência e emergência. A observação ativa compôs a técnica de coleta de dados associada à revisão de literatura sobre a temática, tendo como base de dados a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e ANVISA. **Resultados:** A observação dos sinais vitais e neurológicos dos pacientes contribui na identificação de ameaças a vida². O SCORE q SOFA é simples e favorece uma identificação de pacientes propensos a sepse. São avaliados três parâmetros: Escala de coma de Glasgow < 15; frequência respiratória \geq 22 RPM e pressão arterial < 100 mmHg. Este SCORE não era utilizado na instituição, porém, a curiosidade sobre sua praticidade e simplicidade levou a aplicação na prática clínica, gerando uma reflexão sobre a importância na assistência à saúde como parâmetro rápido e prático no controle da sepse¹. **Conclusão:** A sepse é um problema de saúde pública, que não pode ser diminuída quando comparada a outras patologias. É de suma importância avaliar a sua aplicação e utilidade no contexto hospitalar e o conhecimento detalhado dos profissionais que prestam atendimento principalmente a pacientes críticos e comorbidades de alta dependência clínica.

Descritores: Infecção hospitalar; Assistência de enfermagem.

Referências:

1. BRASIL, Segurança do paciente, publicações/ arquivo. Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde – série Segurança do paciente e qualidade em serviço de saúde. Agência Nacional de Vigilância em saúde. Brasília, 2016. <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicações>. Acesso em 30/10/2017.
2. Agência Nacional de vigilância em saúde/ ANVISA. Controle de infecção hospitalar manual ANVISA. 2000. <https://pt.scribd.com/doc/7840045/Controle-de-InfecCAoHospitalar-Manual-Anvisa>. Acesso em 30/10/2017.

ESTRATÉGIA PARA MANEJO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES INFECTADOS POR HIV HOSPITALIZADOS EM CLÍNICAS PEDIÁTRICAS: CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Celyce Agrassar da Silva¹; Brenda Bernardes Ribeiro¹; Joyce Wylla Andrade Almeida¹; Mariana Zuleica Corrêa Massoud¹, Rita de Cássia Santa Fé Borges Duarte²; Alessandra Nazaré Barros Moura³

¹Psicóloga Residente do Programa Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico da Universidade Federal do Pará (UFPA/UJBB);

²Psicóloga da Clínica Pediátrica da Unidade Hospitalar João de Barros Barreto (UFPA/UJBB);

³Psicóloga da Clínica de Doenças Infecto-Parasitárias da Unidade João de Barros Barreto (UFPA/UJBB). celyce_agrassar@hotmail.com

Introdução: A Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico (APC) da Universidade Federal do Pará, no qual é orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, tem por objetivo formar profissionais de saúde habilitados, com base nas necessidades e realidades locais e regionais, abrangendo as profissões da área da saúde com Pacientes em Estado Crítico com enfoque na Atenção Clínica das Doenças Transmissíveis, devido características peculiares da Amazônia brasileira, composta por fatores ambientais e sociais, no qual se inclui pacientes com infecção por HIV. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência das residentes de psicologia durante atuação na clínica pediátrica, especificamente no manejo com crianças e adolescentes com infecção por HIV que teve por produto a construção de uma cartilha como ferramenta de auxílio aos profissionais de saúde. **Descrição da Experiência:** Durante atuação na Clínica Pediátrica da UJBB das residentes de psicologia da residência em APC, foram realizados atendimentos psicológicos às demandas emergidas, com abordagem individual, familiar e em equipe. O hospital possui profissionais capacitados e treinados no manejo com pacientes com infecção por HIV. Este público possui características específicas quanto a rotina de medicamentos, reações, fantasias e sentimentos sobre a doença, logo, mudanças na rotina de vida do mesmo^{2,3}. Com crianças e adolescentes a abordagem torna-se um desafio devido as particularidades dessa fase, atravessadas pelos fatores do desenvolvimento e estruturação familiar no qual é inserido¹. Após a experiência, foi realizado um levantamento bibliográfico de protocolos sobre a assistência e literatura da ciência psicológica no cuidado com o referido público de modo que a ferramenta elaborada fosse embasada teoricamente por fontes científicas. Com a busca de literatura e estruturação da cartilha com os pontos destacados fundamentados a partir da vivência na clínica pediátrica, foi avaliado pela psicóloga de referência do setor, de modo que fosse condizente com as demandas apresentadas, finalizado com o acesso dos profissionais ao material. **Resultados:** A cartilha foi construída com bases científicas atuais considerando fases do desenvolvimento (sentimentos reativos e mudanças vivenciadas) ¹, implicações com o adoecimento (horário e rotina do medicamento, preconceito e desafios) e especificamente a infecção por HIV, bem como estratégias para o atendimento com familiares e pacientes, auxiliando assim profissionais de saúde em suas condutas e intervenções^{2,3}. **Considerações Finais:** Por meio da vivência na clínica pediátrica e elaboração do material como ferramenta e suporte para profissionais de saúde, foi possível resgatar um dos relevantes objetivos da residência multiprofissional em APC-UFPA, no que tange a visão a mudança das práticas de formação do processo de trabalho e da construção do conhecimento, com enfoque na cultura e especificidade local. A versão final da cartilha foi e estará disponível aos profissionais, ação contributiva, objetivando a humanização e a integralidade do cuidado da criança e adolescente hospitalizado. Possibilitando um olhar mais especializado e focado na qualidade de vida dos usuários.

Descritores: crianças e adolescentes, infecção por HIV, profissionais de saúde

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

Referencias:

1. BAPTISTA, M. N. DIAS, R. R. Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos. 2 Ed.. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2014
2. Ministério da Saúde (BRASIL). Protocolo Clínico e diretrizes para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes, 2014.
3. Ministério da Saúde (BRASIL). Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em crianças e adolescentes, 2017.

PERCEPÇÃO DE PACIENTES SOBRE O ACOLHIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL COM REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Ana Paula Ramos Figueiredo¹; Bianca Layse Sousa Vieira¹; Anna Karina Barros de Oliveira¹; Arnon Castro dos Santos¹; Bruno José Gaspar da Silva²

¹ Graduanda em Enfermagem, Estácio Castanhal;

² Enfermeiro, Especialização em Urgência e Emergência, Estácio Castanhal;
biancalayse@hotmail.com

Introdução: A organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (1). Com as conquistas das políticas de saúde, decorrentes da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), alcançaram-se diversos ganhos, como: a estruturação das políticas de saúde de urgência e emergência. Porém, ainda existem desafios que demonstram a necessidade de mudança e aperfeiçoamento do sistema, como a prática do acolhimento. O Ministério da Saúde (MS) do Brasil lançou, no ano de 2004, a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). Dentre as propostas, a política tem como propósito contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização, assim como busca um atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco (2). Porém, para a sua aplicabilidade é preciso superar os seguintes desafios: a superlotação, a fragmentação do processo de trabalho, exclusão dos usuários. Segundo o MS, o método de aplicabilidade é incluir os trabalhadores na gestão para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde (3). **Objetivo:** Relatar a experiência de uma atividade prática de estudantes de enfermagem no processo de acolhimento em um Hospital com Rede de Urgência e Emergência e ilustrar a prática do acolhimento por meio do atendimento realizado por profissionais de enfermagem, acredita-se que a experiência possa ser um incentivador para demais estudos e proporcione aos enfermeiros uma reflexão a respeito da prática, ensino, gerência e inovações das tecnologias de enfermagem. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir das perspectivas de pacientes, com base nos atendimentos hospitalares. Esse tipo de estudo permite a descrição de situações vivenciadas pelos autores, com a finalidade de reforçar a importância do feito na construção e remodelação dos saberes de esfera humanizada. A experiência foi compartilhada por três discentes de enfermagem do 6º período da Estácio Castanhal no segundo semestre do ano de 2017, no mês de outubro, com duração de duas horas diárias e permite aos discentes vivenciar a realidade dos serviços de saúde, compartilhar saberes, trabalhar em equipe e refletir acerca da profissão. Assim, as atividades práticas de urgência e emergência ocorreram no Hospital Municipal de São Miguel do Guamá, situado no Município de São Miguel do Guamá/PA. A experiência compartilhada pelos discentes proporcionou momentos disciplinares, como também uma base sobre as adversidades que os serviços de assistência à saúde possuem. No primeiro contato, o diretor do Hospital apresentou todos os setores, em seguida, distribuiu os discentes de enfermagem. Primeiro, os discentes realizaram entrevistas sobre a percepção dos pacientes perante os profissionais de enfermagem, onde ganhou destaque o descaso com o olhar holístico, com a humanização, notou-se grandes relatos onde o “tratar” da equipe de enfermagem se torna mais importante do que o “cuidar” que é principal objeto de destreza da equipe de enfermagem. No segundo momento, foi realizada uma palestra com banners expostos no próprio hospital, sendo elaborados folders informativos sobre a relevância do acolhimento. Depois, os usuários que chegavam à unidade a dirigirem-se à recepção para identificação por meio do preenchimento da ficha de atendimento, para que esperassem o momento de ser encaminhados à sala de medicações, onde

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

posteriormente o processo terapêutico seria visto e cuidado com o olhar holístico. **Conclusão:** Apesar das ações educativas de conscientização da população sobre o acolhimento humanizado, observaram-se dificuldades quanto à sua operacionalização, tais como: superlotação, estrutura física deficiente, falta de recursos de materiais, incompreensão por parte da população sobre o propósito da RUE. Acredita-se que a prática do acolhimento dos profissionais tem a finalidade de reorganizar o fluxo de atendimento, permitindo distinguir o momento de lidar com casos que necessitam de mais humanização, chegando a agilizar o serviço de saúde, diminuindo os descasos de pacientes, onde a humanização foi/é deixada de lado, permitindo, assim, visualizar a carência de acolhimento prestado aos usuários frente ao atendimento.

Descritores: Percepção, Acolhimento, Humanização.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da rede da atenção as urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_emergencias. Acesso em 31 out. 2017.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizasus/11-humanizasus>. Acesso em 31 out. 2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Rede HumanizaSUS. Método. Brasília, Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizasus/11-humanizasus/12418-metodo>. Acesso em 31 out. 2017.

ATUAÇÃO DE RESIDENTES DE ENFERMAGEM NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL.

Mayara Fonseca Dantas¹, Bruna Roberta Paixão dos Santos¹; Paula de Barros Leite¹, Ingrid Nascimento dos Santos² Jacó Navegantes da Silva³

¹ Enfermeira, Residente de enfermagem em atenção ao paciente crítico no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB).

Enfermeira, Pós-graduanda em oncologia, Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ).

³ Enfermeiro do Pronto Socorro Municipal Mario Pinotti (HPSMP).

mayara.vive@hotmail.com

Introdução: A assistência às urgências e emergências constitui-se em um importante componente da rede de saúde, sendo tradicionalmente realizada por serviços de Pronto-Socorro (PS) e de atendimento móvel de urgência (SAMU). Esses, por sua vez, se caracterizam pela prestação contínua de serviço nas 24h¹. Estas unidades oferecem serviços de alta complexidade no atendimento a pacientes críticos e/ou em situação de risco iminente de vida. Na busca pela estabilização das condições vitais do paciente, o atendimento se dá por meio do suporte à vida, exigindo agilidade e objetividade no fazer². O sistema de atendimentos de urgência utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre ao serviço de urgência, permitindo atender em primeiro lugar os doentes graves e não, necessariamente, quem chega primeiro³. Dentre os protocolos clínicos existentes, destaca-se o Sistema de Triagem de Manchester (STM), criado em 1997, na cidade de Manchester, na Inglaterra, com a finalidade de estabelecer um consenso entre médico e enfermeiros quanto à classificação de pacientes nos serviços e emergência, além de melhorar a organização do atendimento em situação de urgência e emergência⁴. O STM, é um sistema de classificação que determina o nível de urgência de cada paciente que procura atendimento de saúde. O enfermeiro responsável pela classificação seleciona o fluxograma mais adequado para a queixa principal e história clínica apresentados pelo usuário, assim o paciente é classificado em uma das seguintes categorias: Emergente (Vermelho) necessita de avaliação imediata, Muito urgente (Laranja) precisa de avaliação rápida e pode aguardar até 10 minutos, Urgente (Amarelo) tempo de espera de até 60 minutos, Pouco Urgente (verde) tempo de espera até 120 minutos, e Não Urgente (Azul) pode aguardar atendimento até 240 minutos. Após a triagem o paciente é encaminhado para salas de acordo com a cor de classificação: vermelha, amarela, verde e azul^{3,4}. Neste sentido, os enfermeiros da unidade de emergência devem aliar controle do tempo à fundamentação teórica, à capacidade de liderança, ao discernimento, à iniciativa, à habilidade de ensino, à maturidade e à estabilidade emocional⁵. **Objetivo:** Descrever a experiência de residentes de enfermagem na Urgência e Emergência de um Pronto Socorro Municipal. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado no mês de outubro de 2017, por residentes de enfermagem do Programa de Atenção ao Paciente Crítico da Universidade Federal do Pará, na urgência e emergência de um Pronto-Socorro Municipal localizado na cidade de Belém-PA, no setor denominado “Sala Vermelha”. A instituição supracitada é composta de uma sala de triagem na qual o(a) enfermeiro(a) realiza a classificação dos usuários de acordo com o STM e posteriormente a triagem os pacientes são encaminhados as salas azul, verde, amarela e vermelha conforme o quadro clínico. A sala vermelha é composta por sete leitos e um leito extra, oito na totalidade, a equipe de saúde contém dois enfermeiros, dois médicos, um fisioterapeuta e seis técnicos de enfermagem. Neste local, estão situados pacientes graves, referenciados de outras instituições de saúde, de setores internos do hospital como enfermarias, sala verde, amarela e azul, acometidos por diferentes agravos, que possuem risco iminente de morte e necessitam de atendimento imediato. O objetivo principal da equipe que atua na sala vermelha é prestar cuidados intensivos de maneira rápida e eficaz, estabilizar o paciente para posteriormente, após avaliação da equipe multiprofissional, encaminhá-lo para Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

sala amarela, verde, azul ou para as enfermarias clínicas. Durante as atividades, as residentes eram acompanhadas por um (a) preceptor (a), que era o enfermeiro (a) responsável pelo setor durante o plantão. **Resultados:** As principais atividades das residentes enfermeiras na Sala Vermelha consistiram em: receber o paciente e classificá-lo de acordo com a Classificação de Risco de Manchester; avaliar o paciente a partir da anamnese e exame físico; identificar os principais diagnósticos de enfermagem e elaborar um plano de cuidados individualizado para cada paciente; realizar procedimentos tais como passagem de sonda nasoenteral/nasogástrica/orogástrica, realizar sondagem vesical, curativos, entre outros; evolução dos pacientes no prontuário; passagem de plantão; aplicação da escala de Braden; solicitação de materiais e participação de discussões com a equipe multiprofissional. Além disso, por tratar-se de pacientes em estado crítico, as residentes tiveram a oportunidade de vivenciar Paradas Cardiorrespiratórias, participando ativamente do processo de Reanimação junto à equipe multiprofissional de saúde. **Conclusão:** O profissional enfermeiro (a) tem substancial importância no atendimento em urgências e emergências, pois atua no processo de avaliação, anamnese e exame físico, triagem e presta cuidados intensivos de maneira holística ao paciente e sua família. A experiência na sala vermelha possibilitou uma boa interação com a equipe multiprofissional de saúde, grande aprendizado quanto a cuidados de enfermagem direcionados a pacientes em estado crítica situados em sala vermelha.

Descritores: Emergências; Cuidados de Enfermagem; Atendimento de Urgência.

Referências

1. Tomberg JO, Cantarelli KJ, Guanilo MEE, Dal Pai D. Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. *Ciênc Cuid Saúde*. 2013;12(1):80-7.
2. Dal Pai Daiane, Lautert Liana. Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2005 Apr [cited 2017 Oct 30]; 58(2): 231-234. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000200021>.
3. Junior, E.F.P. et. al, Implementação da classificação de risco em unidade de emergência de um hospital público do Rio de Janeiro – um relato de experiência [Rev. pesqui. cuid. fundam. \(Online\)](#); 4(1): 2723-2732, jan.-mar. 2012. tab, graf.
4. [Amthauer, Camila](#). Características da utilização do sistema de triagem de Manchester em uma unidade de emergência pediátrica. Dissertação de mestrado. Porto Alegre; s.n; 2015. 77 p.
5. Montezelli, JH, AM, Bernardino, E. Demandas institucionais e demandas de cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2011;64(2):348-354. Recuperado de: <HTTP://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019461020>.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE ACOMETIDA POR SEPSE E CELULITE INFECCIOSA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Mayara Fonseca Dantas¹ ; Paula Beatriz de Barros Leite¹; Bruna Roberta Paixão dos Santos¹; Ingrid Nascimento dos Santos²; Danielle Saraiva Tuma³; Claudia Ribeiro Menezes⁴

¹Enfermeira, Residente em atenção ao paciente crítico, Universidade Federal do Pará (UFPA)

²Enfermeira, Pós-graduanda em oncologia, Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ)

³Enfermeira, Mestre em Doenças Tropicais, Universidade Federal do Pará (UFPA)

⁴Enfermeira, Mestre em biologia de agentes infecciosos e parasitários, Universidade Federal do Pará (UFPA)

mayara.vive@hotmail.com.

Introdução: Sepsé é definida como uma síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS – Systemic Inflammatory Response Syndrome) desencadeada por uma infecção suspeita ou confirmada, que pode evoluir para sepsé grave, quando associada à disfunção orgânica ou ao choque séptico. Esta doença tem sido reconhecida como um problema de saúde pública e um desafio para as organizações de saúde por estar entre as principais causas de morte de pacientes hospitalizados¹ e está relacionada à alta prevalência de mortalidade, variando entre 30 e 60%^{1,2}. Mediante ao exposto, a implementação da assistência de enfermagem aos pacientes com sepsé é imprescindível para que se obtenha uma assistência qualificada e eficaz. **Objetivo:** Elaborar uma sistematização da assistência de enfermagem (SAE) a uma paciente com sepsé e celulite infecciosa. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, realizado durante a prática assistencial de enfermagem desenvolvida no programa de residência multiprofissional de atenção ao paciente crítico. Trata-se de um paciente do sexo feminino, M.D.A., 82 anos, obesa, solteira, natural de Belém-Pará. No dia 21 de março de 2017 evoluiu com quadro de dor, edema, rubor em região do hipogástrio, febre há cinco dias, drenando secreção purulenta com odor fétido, hemograma evidenciou leucocitose: 17100/mm³, segmentados: 12825/mm³, uréia: 106 mg/ dl, creatinina: 3mg/dl. Procurou atendimento médico e foi internado dia 02 de abril de 2017 com quadro clínico de náusea, enjoos e lesão cavitária extensa em região pélvica apresentando porção necrótica, odor fétido, secreção purulenta, drenando conteúdo de aspecto seroso. Ao exame físico: Consciente, orientada em tempo e espaço, acamada, diminuição da acuidade visual, em contenção mecânica no leito, AP: MV presentes sem ruídos adventícios, AC: BCNF 2T, AB: globoso, flácido e doloroso à palpação, ruídos hidroaéreos diminuídos. Diurese presente em fraude geriátrica. Evacuação ausente há três dias. Mantém acesso venoso periférico em MSE, realizado curativo oclusivo e desbridamento mecânico de porção necrótica, utilizado hidrogel e soro fisiológico a 0,9% para limpeza local e administrada medicação prescrita para dor. Hemograma realizado no dia anterior a internação evidenciou leucitose (14.900/mm³), aumento de linfócitos (2.682 mm³), uréia: 66 mg/ dl, foi submetida à sondagem vesical de demora para mensuração do débito urinário. No dia 06 de abril, a lesão apresentava-se com diminuição do odor fétido e conteúdo seroso, foi administrada medicação analgésica antes do curativo a ser efetuado, utilizado hidrogel e soro fisiológico a 0,9%. Iniciou antibióticoterapia, sendo submetida à avaliação da cirurgia vascular para abordagem cirúrgica da lesão, contudo, a paciente permanece aguardando a aproximação das bordas da lesão para sutura da mesma. **Resultados:** A partir dos dados obtidos foram selecionados os seguintes diagnósticos de enfermagem: Dor aguda, Náusea, Constipação, Enfrentamento ineficaz, Risco de infecção, Risco de quedas, Mobilidade no leito prejudicada, Obesidade e Integridade da pele prejudicada. Após o planejamento dos cuidados, as principais intervenções, de acordo com Carpenito³, são: Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor; Avaliar alterações de sinais vitais, Administrar analgésicos prescritos, Reavaliar dor após administração da medicação; Oferecer apoio

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

psicológico; Observar e anotar queixas álgicas; Estimular a ingestão de alimentação balanceada e ingesta hídrica, Observar e registrar eliminação intestinal; Administrar medicação prescrita para a constipação; Controlar os fatores ambientais capazes de evocar a náusea; Encorajar o consumo de pequenas quantidades de alimento que seja tolerável pela pessoa nauseada; Auxiliar a pessoa a solucionar os problemas de maneira construtiva; Monitorar sinais e sintomas de infecção; Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações; Utilizar técnica asséptica para realizar procedimentos invasivos; Orientar paciente e acompanhante sobre o risco de queda; Manter elevadas as grades de proteção da maca; Manter cama em altura adequada para prevenir quedas; Avaliar condições da pele do paciente; Realizar massagem de conforto; Realizar mudança de decúbito a cada duas horas; Avaliar condições da lesão e curativo; Avaliar presença de sinais flogísticos em locais de inserção de sondas, drenos e cateteres; Manter sempre roupas secas. **Considerações finais:** A partir das experiências vivenciadas, verificou-se que a SAE é um importante instrumento utilizado na assistência prestada pelo enfermeiro (a), oportunizando a aplicação de conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente, direcionando a ação, organização e registro de dados, além de conduzir à priorização dos procedimentos a ser realizados, adotando princípios que agregam o cuidado holístico, considerando a dignidade humana, a escuta qualificada, a empatia, assim como, estabelece uma intercomunicação com a equipe multiprofissional de saúde, melhorando a qualidade da assistência prestada.

Descritores: Necrose Gordurosa; Sepsis; Cuidados de Enfermagem.

Referencias:

- 1 BARRETO, M.F.C.et. al., Sepsis in a university hospital: a prospectivestudy for thecostanalysisofpatients' hospitalization. **RevEscEnfermUSP**. 2016; v.50, n. 2, p. 299-305.
- 2 SOUZA CS. Infecções de tecidos moles - Erisipela. Celulite. Síndromes infecciosas mediadas por toxinas. *Medicina*, Ribeirão Preto, 36: 351-356,abr./dez.2003.
- 3 CARPENITO-MOYET, L.J. **Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica** 13ªedição, 2012, p.1.024.

O ACOLHIMENTO E AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA CRISE DE DOR DA DOENÇA FALCIFORME: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Ana Beatriz Tavares Oliveira Santana¹; Núbia Caroline Carvalho Rêgo¹

¹ Enfermeira, Pós-graduanda em Enfermagem Neonatal, Universidade Federal do Pará (UFPA); abeatriz.tavares@yahoo.com.br

Introdução: A dor é uma das razões mais comuns pela busca de atendimento na urgência e emergência¹. Neste setor, a Enfermagem tem um papel fundamental no acolhimento do paciente, na classificação de risco e nas intervenções que forem necessárias, requerendo do profissional, capacidade e conhecimento técnico-científico adequado para prestar, com segurança e eficácia, uma assistência qualificada e humanizada². Os portadores da Doença Falciforme (DF) apresentam eventos dolorosos agudos provenientes da crise de falcização, sendo a dor em ossos e articulações a mais frequente³. O monitoramento da dor nesses pacientes é essencial, pois a mesma indica a gravidade da crise e norteia para novas formas de analgesia^{1,4}.

Objetivo: Relatar o acolhimento e as intervenções de Enfermagem prestados à uma portadora da doença falciforme, durante a crise de dor. **Descrição da experiência:** Trata-se de uma paciente, 25 anos, portadora da DF que vivenciou, pelo menos, nove episódios de crise de dor no período de dezembro de 2014 a setembro de 2017, todos atendidos na urgência e emergência de um hospital particular da cidade de Belém/Pa, que possui classificação de risco através da triagem realizada pelo profissional Enfermeiro. **Resultados:** Em uma consulta de triagem, após declarar ser portadora da DF, relatar os sintomas de dor torácica, dor nos ossos e articulações e ser classificada como atendimento de urgência (pulseira amarela), a enfermeira informou que devido a dor nos ossos o encaminhamento seria para o médico ortopedista de plantão, instantaneamente a esta informação a paciente conversou com a enfermeira explicando que nos casos de DF o médico mais indicado para realizar o atendimento seria o clínico e que a dor nos ossos era proveniente da crise de falcização celular, sendo esse sintoma característico da doença. Após a breve conversa a paciente foi então encaminhada pela enfermeira para o clínico geral. Diante do exposto, a paciente recebeu um bom acolhimento de enfermagem baseado nos sintomas clínicos. Contudo, o encaminhamento para atendimento com o médico ortopedista, devido o relato de dor nos ossos, evidência o escasso conhecimento sobre a fisiopatologia da DF. Em um outro evento na “sala de graves”, com fortes dores e dificuldade respiratória, foi medicada e instalado O₂ por cateter nasal. Passado o efeito da medicação a dor retornou intensamente e ao tentar informar a equipe de enfermagem sobre o estado, foi surpreendida por uma técnica de enfermagem que aproximou-se e solicitou à paciente que parasse de chorar, pois “os outros pacientes estavam ficando assustados”. Este fato, revela um acolhimento e intervenção de enfermagem deficientes e isento de humanização, onde a dor não recebe, pela equipe de enfermagem, a devida importância que ela possui como quinto sinal vital. Além de demonstrar a falta de conhecimento da equipe sobre a seriedade da DF. **Conclusão:** Com a realização deste trabalho é possível identificar que há um limitado conhecimento, por alguns profissionais de Enfermagem, sobre a DF e a falta de sensibilização e humanização no cuidado do paciente com dor. Isto pode estar associado com pouca abordagem sobre o tema durante a graduação e/ou com a falta de Educação permanente que dissemine, a estes profissionais, mais informações sobre a DF, sua fisiopatologia, cuidados e intervenções.

Descritores: Doença falciforme; dor; assistência de enfermagem.

Referências:

1. FONTES, Kátia Biagio; JAQUES, André Estevam. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. **Cien. Cuid. Saúde**. 2007.
2. SOUZA, Raissa Silva, BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Rev. Mineira de Enfermagem**. 2008.
3. SOUZA, Ana Augusta Maciel de. **Uma vida dominada pela dor: a criança vivenciando a Anemia falciforme**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2011.
4. CARVALHO, Elvira Maria Martins Siqueira de; SANTO, Fátima Helena do; ANJOS, Cristineide dos. Doença Falciforme nas pesquisas em Enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Baiana de Enfermagem. Salvador**. 2015.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE MAL DE POTT: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Claudia dos Santos Ozela¹; Silvia Helena Portilho de Barros²; Mayara Del Aguilal Pacheco³; Juliette Nobre dos Santos Silva de Lima⁴; Terezinha de Bastiani⁵; Danielle Saraiva Tuma dos Reis⁶

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade do Estado do Pará (UEPA).

²Enfermeira. Especialista em Envelhecimento e Saúde do Idoso. Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB)/UFPA

³Enfermeira. Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ)

⁴Graduanda em enfermagem. Universidade Federal do Pará (UFPA)

⁵Enfermeira. Mestre em Ciências Biológicas da Saúde. Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB)/UFPA.

⁶Professora adjunta. Mestre em Doenças Tropicais, Faculdade de Enfermagem/UFPA
claudia_ozela@hotmail.com

Introdução: A Tuberculose (TB) persiste como um importante problema de saúde pública mundial, sendo a terceira doença infecciosa que mais mata em todo o mundo, estando atrás apenas do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da septicemia¹. Em 2015, houve uma estimativa de 10,4 milhões de casos novos da doença em todo mundo, e destes, 1,4 milhão morreram². A TB de coluna (Mal de Pott) é responsável por cerca de 1% de todos os casos de TB e por até 50% de todos os casos de TB óssea. O quadro clínico é a tríade dor lombar, dor a palpação e sudorese noturna³. O Mal de Pott (MP) é uma doença negligenciada, devido acometer pessoas com baixo nível socioeconômico, além de que a demora no diagnóstico pode ocasionar danos irreversíveis a saúde do paciente⁴. **Objetivo:** Identificar os diagnósticos de enfermagem e os cuidados ao paciente portador de Mal de Pott. **Descrição da experiência:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado durante o 30º Programa de Aperfeiçoamento para Profissionais de Saúde (PROAPS) de um hospital de referência de Belém/Pa no período de setembro a novembro de 2017, no Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP)/Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE). O PROAPS é um programa de capacitação direcionado aos profissionais de saúde de nível médio e superior que desejam aperfeiçoar sua prática profissional na área hospitalar e ambulatorial, é realizado em regime de treinamento em serviço por um período de três meses. O NVE é o setor responsável pela detecção e investigação sistemática de qualquer doença ou agravo, suspeito ou confirmado, de doenças de notificação compulsória (DNC) da população atendida no hospital, para isso incorpora técnicas epidemiológicas ao serviço. Diante do exposto, durante o programa do PROAPS foi realizado um relato de experiência sobre uma paciente notificada com HIV, TB pulmonar e MP. Paciente C.C.N.P. internada há 32 dias em um hospital de referência em doenças infectocontagiosas, com diagnóstico de HIV, TB pulmonar e Mal de Pott. 38 anos, sexo feminino, união estável, 2º grau incompleto, reside em casa alugada, com saneamento básico completo, de alvenaria, com três cômodos, e duas pessoas. Antecedentes Mórbidos pessoais e familiares (AMPF): trata HIV a 10 anos, e estava tratando TB pulmonar na Unidade Municipal de Saúde (UMS). Tratou meningite por fungos em 2013 e vários episódios de pneumonia. Pai diabético e hipertenso. História atual da doença: paciente sentiu fortes dores na coluna, foi então encaminhada ao hospital. Tomografia da coluna cervical com fratura patológica de corpo vertebral ao nível de coluna torácica, evoluindo com paralisia total de membros inferiores. Está consciente e orientada, acianótico, anictérico, normotensa, eupneica, normoesfígmica, com acesso venoso periférico em membro superior direito, aceita dieta oferecida, sono e repouso preservados, diurese por sonda vesical de demora (SVD) e evacuação presentes e espontâneas. A paciente com paralisia total dos membros inferiores, em uso de colete, também apresenta dificuldade em abrir o olho direito, com hematomas de acesso venoso

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

periférico anterior, apresenta lesões em região sacral e vaginal por herpes genital, SVD com débito sanguinolento. Diagnóstico de Enfermagem identificado: os diagnósticos a seguir foram baseados no Carpenito⁵; *Risco de infecção*, relacionado ao comprometimento das defesas do hospedeiro secundário ao HIV. NOC: Gravidade da infecção, estado imunológico. NIC: Controle de infecção, educação e saúde. Cuidados: lavagem das mãos, restringir os procedimentos invasivos aos absolutamente necessários, incentivar a paciente a manter a ingestão calórica e proteica na dieta, observar as manifestações clínicas de infecção. *Mobilidade física prejudicada*, relacionada a fratura da vertebra na coluna torácica secundária ao Mal de Pott. NOC: caminhar, mobilidade, movimento articular, NIC: treinamento com exercícios e promoção do exercício. Destaca-se que o caso em questão, não foi notificado ao NVE tendo em vista que a paciente estava em tratamento para as doenças de base (HIV e TB), e estas foram diagnosticadas em outro serviço de saúde, estando no hospital para tratar agravos dessas doenças. No entanto o MP deve ser notificado pela equipe que realiza o acompanhamento da paciente, pois este estava em investigação e foi diagnosticado no hospital. **Conclusão:** a TB associada ao HIV pode trazer complicações graves aos pacientes e muitas vezes irreversíveis, deste modo a equipe deve estar capacitada para diagnosticar e tratar os casos, especialmente os de Mal de Pott, pela dificuldade de desconfiar da doença. A equipe de enfermagem assume papel importante nos cuidados ao paciente portador da doença por ser o membro da equipe que fica mais próxima ao paciente. No caso apresentado, a equipe de enfermagem deve se fazer presente e realizar prescrições no intuito de prevenir complicações, como a mudança de decúbito, troca de acesso periférico a cada 48 horas, compressas de água gelada nos membros onde tem hematomas, com o intuito de oferecer qualidade na assistência e de vida ao paciente. Reforça-se também a necessidade de realizar ações de vigilância e saúde visando o controle das doenças e agravos.

Descritores: Tuberculose; Infecções por HIV; Saúde Pública.

Referências

1. Piva SGN, Costa MCN, Barreto FR, Pereira SM. Prevalence of nutritional deficiency in patients with pulmonary tuberculosis. J Bras Pneumol [internet]. 2013 [cited 2015 Nov 14]; 39(4):476-483. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v39n4/1806-3713-jbpneu-39-04-0476.pdf>.
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2016 [internet]. 2016 [cited 2017 Jun 01]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf?ua=1>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
4. Melo MCP, Silva FBB, Ehendo KMS, Botura RI, Gonsaga RAT. Pott's Disease: a bibliographic review from the last 5 years. Com. Ciências Saúde. [internet]. 2014 [cited 2017 out 29]; 25(2): 173-184. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/Mal_de_pott_uma_revisao_bibliografica.pdf
5. CARPENITO-MOYET, L. J. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Luana da Silva Freitas¹; Rosana Moreira da Silva¹; Camila Cristina Girard Santos¹; Jessica Hegedus Camargo²; Ivanir Gonçalves do Nascimento³; Zilma Cuimar Ferreira de Albuquerque⁴

¹Enfermeira. Mestranda em Saúde na Amazônia, Universidade Federal do Pará (UFPA);

²Enfermeira. Mestranda em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA);

³Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Ophir Loyola (HOL);

⁴Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Ophir Loyola (HOL)

luanadasilvafreitas17@gmail.com

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma doença maligna que acomete um subtipo de células da medula óssea: o plasmócito, um linfócito B em estágio avançado de desenvolvimento e maturação, que está programado para a produção de imunoglobulinas, ou seja, são células relacionadas a defesa do organismo¹. Os plasmócitos malignos sintetizam grandes quantidades de proteínas monoclonais, e infiltram tecidos do organismo, especialmente a medula óssea e os ossos². Possui causa desconhecida, sem método efetivo de prevenção ou diagnóstico precoce. A invasão da medula óssea interfere com a produção das células normais do sangue, produzindo um déficit de glóbulos vermelhos, brancos e de plaquetas¹. Formam tumores osteolíticos com destruição óssea, responsáveis por fraturas espontâneas, dores crônicas e, ocasionalmente, fraturas de compressão da coluna vertebral¹. Além disso, pode causar o “rim de mieloma”, onde esses órgãos são afetados em 50% dos pacientes por causas múltiplas, a mais comum é na qual os túbulos renais são destruídos por coleções de uma proteína chamada *Bence Jones*, fragmento das imunoglobulinas². O diagnóstico de MM é feito através de vários exames de sangue, urina, radiografia e do aspirado da medula óssea, chamado de mielograma¹. O tratamento pode ser desde observação clínica, sem tratamento, até quimioterapia seguida de transplante de medula óssea (TMO)¹. **Objetivo:** Relatar a experiência de enfermeiros residentes na assistência ao paciente com MM admitido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de ensino. **Descrição da experiência:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência com enfoque empírico-analítico. Utilizou-se de técnicas de observação que permitiram anotar as descrições dos enfermeiros residentes sobre a assistência de enfermagem ao paciente com MM na UTI de um hospital de ensino referência em oncologia no estado do Pará. A UTI em estudo conta com 28 leitos em funcionamento e uma média de 04 enfermeiros por turno, somados aos 03 enfermeiros residentes que permanecem durante turnos da manhã e tarde dispostos por setores distintos (UTI clínica; UTI cirúrgica-geral e UTI neurocirúrgica). Este estudo foi realizado durante o mês de agosto de 2017 na UTI clínica, sob a supervisão dos enfermeiros preceptores durante toda a assistência prestada, onde no acompanhamento do caso clínico foram seguidas as etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)³: coleta de dados e exame físico completos do paciente a partir do Histórico de Enfermagem (HE); análise dos dados e identificação dos principais problemas e eleição dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) prioritários; Planejamento (PE) da assistência pelo estabelecimento de resultados a serem alcançados; Implementação do plano a partir das intervenções de enfermagem (IE), registradas e comunicadas; onde esse planejamento passava por reavaliação. **Resultados:** Paciente E.L.R, 61 anos, admitido no hospital há uma semana com impressão diagnóstica de MM, tendo realizado TMO há 08 meses. Solicitado leito na UTI clínica devido evolução com taquidispneia, diminuição da saturação periférica de oxigênio (SPO2) para 80% em cateter nasal 06L/min, urgência dialítica e sepsis de foco pulmonar. Admitiu na UTI em cadeira de rodas, consciente e orientado, ansioso, queixando-se de dor torácica e falta de ar. Hemodinamicamente estável sem droga vasoativa, febre (38°C), frequência respiratória: 36 respiração/min, uso de musculatura acessória. Apresentava lesões disseminadas em fase de crostas. Acesso venoso periférico salinizado. Oligúrico há 48 horas. Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

Foi monitorizado em multiparâmetros, submetido a ventilação não invasiva, sem sucesso; avaliado pela nefrologia e, após intubação orotraqueal e sedação, foi passado cateter central triplo lúmen. Evoluiu sedado, em uso de noradrenalina, realizando hemodiálise, diagnosticado com varicela e transferido para o isolamento, mantido em antibióticoterapia e antivirais. Coletou mielograma pela hematologista, através de punção óssea no esterno, seguida de aspiração, devido suspeita de recidiva pós TMO. Neste contexto foram traçados tais DE: 01) Risco para função respiratória alterada relacionada às secreções espessas; 02) Excesso do volume de líquidos relacionado aos efeitos da insuficiência renal; 03) Integridade da pele prejudicada relacionado à diminuição de nutrientes para os tecidos e efeitos da imobilidade e pressão e 04) Risco para infecção relacionado aos locais de invasão do organismo e/ou imunossupressão. E, tais IE: Realizar banho no leito e manter cuidados com higiene oral; aferir e registrar sinais vitais e balanço hídrico de 2/2 H; realizar limpeza em ostio de acesso vascular central com clorexidina alcoólica; realizar mudança de decúbito 2/2 H; controlar rigorosamente infusões venosas; aspirar tubo orotraqueal e vias aéreas superiores quando necessário. **Conclusão:** Nota-se que para além da terapêutica primária que o MM exige, as suas complicações devem igualmente serem tratadas e, na agudização dos sinais e sintomas pode se fazer necessária a admissão na UTI⁴. Neste âmbito, a SAE torna-se imprescindível na assistência multidisciplinar, conforme observado durante o acompanhamento deste caso clínico, pois tratam-se de pacientes graves que demandam olhar integral que a enfermagem confere por permanecer 24 horas a beira leito³ acompanhando a evolução e identificando as alterações decorrentes do tratamento crítico ao paciente com MM.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Mieloma Múltiplo; Câncer.

Referências:

1. Paula e Silva RO et al. Mieloma múltiplo: características clínicas e laboratoriais ao diagnóstico e estudo prognóstico. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2015, jun-jul; 31(2):63-68.
2. Sucro LV et al. Mieloma múltiplo: diagnóstico e tratamento. Rev Med Minas Gerais 2015; set-out; 19(1): 58-62
3. Truppel TC et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm, Brasília 2014 mar-abril; 62(2): 221-7.
4. Cheregatti AL. Enfermagem em unidade de terapia intensiva. São Paulo: Martinari, 2014.

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE SUBMETIDO À PRIMEIRA CRANIOTOMIA ACORDADA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ PARA RESSECÇÃO DE NEOPLASIA ENCEFÁLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Rosana Moreira da Silva¹; Luana da Silva Freitas²; Daniela Feitosa Duarte³; Carmen Larissa Soares Araújo⁴; Alzinei Simor⁵; Ediane dos Anjos Leão Franco⁶

¹Enfermeira, Mestranda em Saúde na Amazônia, Universidade Federal do Pará (UFPA);

² Enfermeira, Mestranda em Saúde na Amazônia, Universidade Federal do Pará (UFPA);

³ Enfermeira, Pós-graduanda em Unidade de Terapia Intensiva, Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ);

⁴ Enfermeira, Pós-graduanda em Unidade de Terapia Intensiva, Universidade do Estado do Pará (UEPA);

⁵ Enfermeiro, Mestre em Terapia Intensiva, Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI);

⁶ Enfermeira, Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ).

rosana_enfa@hotmail.com

Introdução: A craniotomia acordada ou awake craniotomy é uma técnica neurocirúrgica, na qual permite que o cirurgião remova o tumor cerebral enquanto o paciente está acordado, garantindo uma remoção maior sem comprometer uma determinada função cerebral eloqüente¹. A taxa de complicação (fala ou motora) na cirurgia convencional gira em torno de 18 a 20 %, todavia, fala-se em 1,7 a 2 % nessa nova técnica¹. Esse procedimento proporciona menor déficit no pós-operatório, melhor qualidade de vida do paciente e controle do tumor, bem como, o retorno precoce das atividades cotidianas, ou seja, menor tempo de internação, possibilitando maior rotatividade de leitos². Durante a cirurgia, a tecnologia de monitorização neurofisiológica intraoperatória (MIO) é utilizada para detectar e monitorar alterações neurofisiológicas provocadas no decorrer do procedimento³. **Objetivo:** descrever a assistência ao paciente submetida à primeira craniotomia acordada em um hospital público do Estado do Pará para ressecção de neoplasia encefálica. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, vivenciado no período de 24 de abril à 22 de maio de 2017 na clínica neurocirúrgica de um hospital público referência em oncologia na região Norte, com a paciente L.C., 47 anos, sexo feminino, católica, procedência de Tomé-açu, escolaridade ensino médio completo, do lar, na qual apresentou crises convulsivas em abril de 2017, procurou atendimento na urgência do hospital do estudo, onde foi avaliada pela neurocirurgia, e internada no dia 24/04. Permaneceu 25 dias na clínica aguardando o procedimento, mantendo-se estável nesse período. A cirurgia aconteceu dia 19/05, considerada um sucesso pela equipe médica, onde às 15: 20 a paciente foi encaminhado à unidade de terapia intensiva (UTI) para observação. No dia seguinte recebeu alta UTI para enfermaria, e alta hospitalar no dia 22/05. **Resultados:** Durante a internação, a paciente recebeu acompanhamento multidisciplinar, bem como, passou por avaliação psicológica e recebeu orientações referentes à cirurgia. Inicialmente, a paciente foi intubada, submetida à anestesia geral e conectada através de eletrodos distribuídos por todo o corpo, para realizar a monitorização de dados que devem ser transmitidos de forma contínua, como ferramenta de localização para reduzir os riscos de lesões ao sistema nervoso e/ou prover a orientação funcional ao neurocirurgião e ao anestesiológico. Após a craniotomia (abertura do osso do crânio), a paciente foi acordada por meio da diminuição do nível de sedação. A partir disso, foi realizado um mapeamento das áreas eloquentes e da localização do tumor pelo neurofisiologista. Durante a incisão, foi utilizado um aparelho denominado neuronavegador, que aponta as coordenadas, permitindo a captação das funções sensitivas e motoras, por meio do diálogo com o paciente. Então, a paciente foi estimulada a responder perguntas que havia combinado previamente com a equipe, Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

principalmente, as relacionadas com seu filho. Após todas as perguntas terem sido respondidas corretamente, retornaram a sedação e intubação orotraqueal para finalizar a cirurgia. Logo, o procedimento foi considerado um sucesso pela equipe, pois conseguiu preservar as funções motoras e sensoriais, além de garantir mais qualidade de vida à paciente. **Conclusão:** A neoplasia encefálica é uma doença completamente invasiva e ocasiona mudanças físicas, sociais e psicológicas, deixando, muitas vezes, o paciente debilitado, impossibilitado ou limitado para realizar suas atividades³. Contudo, essa técnica pode modificar este cenário, diminuindo as seqüelas pós-cirurgia e trazendo esperança para os pacientes. Para o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua clientela do Pará nota-se inúmeros benefícios, apesar de ser em caráter experimental, essa primeira cirurgia abre portas para implantação definitiva da técnica de monitorização na rotina dos procedimentos de alta complexidade, garantindo cirurgias mais seguras e efetivas.

Descritores: Craniotomia; Neoplasia encefálica; Assistência ao Paciente.

Referências:

1. Celt LD. Cirurgia com paciente acordado - “awake crantomy” - é realizada por especialistas brasileiros, com bom prognóstico. *Jornal Odonto* 2014 ago; Ano XVI n° 201. Disponível em: <http://www.drluizceti.com.br/sites/default/files/releases/Dr%20%20Luiz%20Daniel%20-%20Release%20Case%20Paciente%20-%20Julho%202014.pdf>
2. Palese A, Skrap M, Fachin M, Visioli S, Zannini L. The Experience of Patients Undergoing Awake Craniotomy: In the Patients' Own Words. A Qualitative Study. *Cancer Nurs* 2008 Mar-Apr; 31(2):166-172. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/572232>
3. Attari M, Salimi S. Awake craniotomy for tumor resection. *Adv Biomed Res* 2013 jul; 2: 63. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3814812/>.

ATUAÇÃO DOS RESIDENTES DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CRÍTICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Rosana Moreira da Silva¹; Luana da Silva Freitas¹; Daniela Feitosa Duarte²; Jéssica Hegedus Camargo³; Camila Cristina Girard Santos¹; Márcio Alves Ribeiro⁴

¹Enfermeira, Mestranda em Saúde na Amazônia, Universidade Federal do Pará (UFPA);

² Enfermeira, Pós-graduanda em Unidade de Terapia Intensiva, Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ);

³ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA);

⁴Enfermeiro. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Ophir Loyola (HOL).

rosana_enfa@hotmail.com

Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) oferece aos pacientes monitorização contínua e cuidados complexos visando prestar suporte de forma segura e eficaz¹. Nesse setor é indispensável ter enfermeiros intensivistas qualificados, os quais atuam na provisão de recursos materiais, organização e supervisão do cuidado, gerenciamento da equipe de enfermagem, e principalmente, na sistematização da assistência de enfermagem (SAE)¹. Neste contexto, a residência em enfermagem torna-se fundamental, pois permite ao profissional em formação conhecer a realidade dos processos de trabalho em saúde, ter segurança no desenvolvimento de suas atividades, adquirir competências técnico-científicas, ética e relacionais, qualificando-se para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS)². Os principais atores no processo de ensino e aprendizagem na residência, são o preceptor/tutor e o residente, que compartilham o ensinar e aprender, através da troca de experiências, reflexões sobre a prática cotidiana e a (re) construção do conhecimento sobre a realidade da atenção à saúde³.

Objetivo: descrever a atuação dos residentes em enfermagem na assistência ao paciente crítico em um hospital público no Estado do Pará. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, desenvolvido ao longo de aproximadamente dois anos em um hospital público oncológico referência na região Norte. O programa de residência em enfermagem possui dois anos de duração onde os residentes atuam 60 horas semanais, divididas entre assistência direta e módulos teóricos, possibilitando correlacionar a prática com os conhecimentos arraigados desde a graduação e os adquiridos na residência. No primeiro ano, o residente atua, principalmente, na assistência direta ao paciente; já no segundo ano as práticas são direcionadas para o gerenciamento da unidade, mas ambos sob a supervisão do enfermeiro preceptor, o responsável pelo setor. **Resultados:** O enfermeiro residente participa ativamente do processo de trabalho na UTI, no qual o preceptor concede autonomia nas condutas, estimulando uma parceria proveitosa, pois ambos são beneficiados, principalmente, o paciente. A assistência ao paciente crítico é complexa e minuciosa, requerendo conhecimento científico e habilidades técnicas dos profissionais, sendo exigente a trajetória dos residentes intensivistas, pois realizam e supervisionam atividades como: banho no leito, curativos, medicações, sondagens, além de procedimentos mais complexos como participação de intubação endotraqueal, reanimação cardiopulmonar, atuação na gerência do serviço, organizando a equipe de enfermagem, produzindo escalas de atividades diárias e providenciando insumos e materiais técnicos para a unidade. Com isso, percebe-se que essa vivência clínica é essencial para a formação do enfermeiro, pois possibilita o desenvolvimento da competência/julgamento clínico, atributos necessários para atuar em diversas situações frente a equipe multiprofissional, articulando-se de forma pertinente, eficiente e humanizada³. **Conclusão:** A residência em enfermagem é de suma importância no contexto ensino-aprendizagem, para formar profissionais de saúde qualificados e com competências para o trabalho no âmbito do SUS. Os preceptores são primordiais nesse processo, auxiliando e supervisionando o trabalho desenvolvido pelo residente na UTI, beneficiando o cuidado ao paciente, à continuidade do serviço e a equipe do setor.

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Internato e Residência; Assistência ao Paciente.

Referências:

1. Melo EM, Teixeira CS, Oliveira RT, Almeida DT, Veras JEGLF, Frota NM, Studart RMB. Cuidados de enfermagem ao utente de ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. Rev. de Enfermagem 2014; vol. 4. nº1: p.55-63.
2. Zanoni CS, Haddad MCL, Rossaneis MA, Vannuchi MTO, Gvozd R. Contribuições da residência em enfermagem na atuação profissional de egressos. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde 2015 ago; v. 36, n. 1, p. 215-224.
3. Landim SA, Silva GTR, Batista NA. Residência multiprofissional em saúde da família: vivência hospitalar dos enfermeiros. Revista Baiana de Enfermagem 2012 jan./abr; v. 26: n. 1, p. 375-386.

PARÂMETRO ASSISTÊNCIAL REALIZADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM VOLTADO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Dalila Lira Ferreira Campelo¹; Dayse Castro da Silva Monteiro¹; Marta Cleonice Cordeiro de Assunção¹; Ingrid Nascimento dos Santos²; Gilka Alves Barreiro³.

¹Enfermeira, Faculdade Paraense de Ensino (FAPEN);

²Enfermeira, Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ);

³Enfermeira, Universidade Estadual do Pará (UEPA)

dalilalira.dl@gmail.com¹

Introdução: A Segurança do Paciente é uma abordagem que vem sendo discutida ao longo dos anos, sendo de grande importância para o profissional de saúde buscar o aperfeiçoamento na prática do cuidado, desta forma minimizando os erros e danos decorrentes aos pacientes que necessitam de uma assistência eficaz, igualmente para a família que participa diariamente como cuidador, oferecendo uma assistência segura e de qualidade¹. O protocolo de segurança do paciente foi desenvolvido através dos inmensuráveis erros assistenciais praticado pelos profissionais de saúde, desta forma, destacaram-se as principais condutas de assistências que mais induziam ao erro, enumerando os dez passos para a segurança do paciente e assistência de enfermagem conceituando: 1. Identificação do paciente, 2. Lavagem das mãos, 3. Conexões corretas de cateteres e sondas, 4. Cirurgia segura, 5. Administração segura de sangue e hemocomponentes, 6. Comunicação ativa, 7. Paciente envolvido com sua própria segurança, 8. Prevenção de queda, 9. Prevenção de lesão por pressão, 10. Segurança na utilização de tecnologia. Contudo, transmitindo para equipe multiprofissional uma qualidade na assistência e rápida recuperação do paciente. **Objetivos:** Relatar sobre a experiência no campo prático baseado na assistência de enfermagem como foco principal a segurança do paciente e a utilização das ferramentas no seu cuidado². **Descrição da Experiência:** Este estudo fundamenta-se no relato de experiência praticado por uma enfermeira participante de um curso de aperfeiçoamento profissional responsável pela assistência da clínica de pneumologia sendo referência em uma instituição pública no município de Belém-Pará, o estudo permaneceu entre os meses de setembro a outubro de 2017 no turno matutino. A Clínica era distribuída por oito enfermarias, quatro femininas e quatro masculinas, integrando quatro leitos em cada enfermaria, totalizando 32 leitos. O tipo de estudo é descritivo exploratório tendo por técnica a observação ativa. Os sujeitos envolvidos foram três enfermeiras, sete técnicos de enfermagem, uma assistente social, uma nutricionista, um fisioterapeuta, dois médicos plantonistas e um itinerante o qual é responsável pelo transporte dos pacientes na realização de procedimentos especializados fora do leito. Na prática diária assistencial da enfermagem observou-se a preocupação em minimizar as quedas, flebite, lesão por pressão, entre outros riscos que podem causar danos aos pacientes. Ademais, para alcançar a diminuição dessas intercorrências as enfermeiras precisavam da contribuição da equipe multiprofissional, tal qual do acompanhante que permanece acerdado com o paciente, instruindo principalmente no cuidado com quedas. Na instituição as enfermeiras têm uma rotina basicamente padrão assistencial, já que fazem a visita aos pacientes no leito para avaliar a evolução de cada um deles, com auxílio da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), as quais observavam cada detalhe minuciosamente que poderiam intervir na qualidade da assistência e através desta, o preenchimento de uma ficha de avaliação elaborada para complexidade assistencial e a escala de Braden. Essas anotações eram fixadas nos prontuários dos pacientes, por conseguinte avaliada pela equipe multiprofissional para esclarecer o estado geral e os riscos que apresentavam. E por fim, a equipe de enfermagem em praxe, realizava quando possível uma pequena palestra onde reunia todos os profissionais de saúde e os acompanhantes dos pacientes hospitalizados para interagir e evidenciar informações pertinentes aos riscos, cuidados e recuperação dos mesmos. E através desta técnica de abordagem, a equipe de enfermagem e outros profissionais envolvidos conseguiam elaborar Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

cuidados efetivos e assegurar uma assistência de qualidade. **Resultados:** No ponto de vista profissional, está vivência colaborou no imenso aprendizado e fez refletir sobre a segurança do paciente de maneira pertinente. Em vista disso, a prática clínica era notória pela equipe multiprofissional em assistir os pacientes de maneira holística e identificar os riscos de lesões por pressão (LPP). Estas são portas de entrada para microrganismo que ameaçam o conforto e a vida dos pacientes. A escala de Braden é uma grande aliada do enfermeiro na prevenção e tratamento das LPP que auxiliam na diminuição dos custos, o tempo de permanência e redução da mortalidade em âmbito hospitalar. **Conclusão:** As metodologias para a avaliação da segurança do paciente são essenciais no bloqueio dos riscos do mesmo. A implantação de escalas e sua aplicação em ambiente hospitalar deve ser valorizada pela equipe multiprofissional, pois estes parâmetros se caracterizam como uma linguagem padronizada e segura, visto que garantem a diminuição dos perigos que permeiam a proteção da integridade dos pacientes². Compete a enfermagem como prestadora de cuidados, conhecer, planejar e aplicar corretamente estes métodos inclusos no protocolo de segurança do paciente.

Descritores: Segurança do paciente; Cuidados de enfermagem; Equipe multiprofissional.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do paciente DAHU. Copyright © 2017 Portal da Saúde.
2. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/dahu/seguranca-do-paciente>. Acesso em 20/10/2017.
- 3.
4. Brasil. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS) Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES), 2016. <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Pacien+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f->

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PORTADOR DE MENINGITE TUBERCULOSA: UM RELATO DE CASO

Raissa Moreira Camarão¹

¹ Enfermeira, Residente em Saúde da Mulher e da Criança (UEPA)

raissamoreira18@hotmail.com

Introdução: As meningites de origem infecciosa são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, pela magnitude de sua ocorrência e potencial de produzir surtos¹. No caso da meningite tuberculosa, há a possibilidade de resultar em graves sequelas neurológicas e óbito, principalmente, na faixa etária pediátrica. A patologia destaca-se por ter evolução mais arrastada, o índice de mortalidade ser mais alto, as alterações do LCR serem menos marcantes e pelo fato do tratamento ser menos eficaz em evitar seqüelas². Diante deste quadro, torna-se importante o conhecimento da patologia e todos os aspectos relacionados, para que se possa atuar de forma preventiva e corretiva com eficácia. Portanto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem é um método de trabalho utilizado para viabilizar o trabalho do enfermeiro durante o atendimento, facilitando a identificação dos problemas e as decisões a serem tomadas para a melhora do cliente, deixando o processo mais dinâmico, individualizado e humanizado na prestação de cuidados de enfermagem³. **Objetivo:** Desenvolver uma Sistematização da Assistência de Enfermagem a um adolescente portador de meningite tuberculosa. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso clínico do tipo relato de experiência, descritivo, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada através de análise do prontuário e exame físico. Com o objetivo de identificar as principais necessidades humanas básicas afetadas do paciente e aplicar um plano de cuidado individualizado e sistemático. Foi utilizada como parâmetro para definições do diagnóstico de enfermagem a taxonomia II do NANDA. **Resultados:** F. S. R., masculino, pardo, 15 anos, estudante do 6º ano do fundamental, natural e residente em Capitão Poço. Mora com o pai (mãe falecida há 14 anos). O pai possui o 1º grau incompleto, exerce a profissão de pedreiro e detém a renda familiar de um salário mínimo. AP: situação vacinal não sabe informar, nega alergia medicamentosa, etilismo, tabagismo, nunca realizou cirurgias. Condição clínica atual: há dois meses começou a apresentar um quadro de cefaleia, mialgia difusa, febre, vômitos, evoluindo com rigidez de nuca e confusão mental. Veio acompanhado de sua irmã, na ambulância. Internado no dia 14/10/2015 e submetido à punção lombar em um hospital referência em doenças infecto-contagiosas em Belém do Pará, com nível de consciência rebaixado, não respondeu a estímulos dolorosos, com cervicalgia intensa, porém calmo e sem agitação psicomotora. Resultado do exame do líquido sugestivo de meningo TB (CID médico). Teste rápido para HIV não reagente. Ao exame: consciente, desorientado, calmo, responsivo as solicitações verbais, respirando em ar ambiente, normotenso, febril, normocorado (T/P/R/PA: 38,7°C, 112 bpm, 28 rpm, 90/60 mmHg), monitorizado por multiparâmetros. AC: BCNF/2T sem sopros. AP: murmúrios ventriculares presentes bilateralmente e sem ruídos adventícios. Apresenta dificuldade para falar e deglutir. ABD: plano, normotenso, com dor a palpação profunda. Instalado SNG aberta com débito gástrico zero, diurese em fralda e espontânea. Apresenta dificuldade na elevação dos MMII, com deambulação prejudicada. Foram traçados os diagnósticos de enfermagem para a Sistematização da Assistência, assim também como suas intervenções, sendo destacados quatro diagnósticos principais: Comunicação verbal prejudicada por verbalização com dificuldade relacionada à alteração do sistema nervoso central; Risco de confusão mental relacionado à infecção; Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado ao vômito; Hipertermia caracterizada pelo aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros. Após os diagnósticos traçados, as principais intervenções foram: Falar de maneira clara e objetiva com o paciente, mantendo contato visual; criar um vínculo de confiança; orientar a família. Manter controle rigoroso do balanço hídrico; monitorar sinais vitais e intervir se necessário. **Conclusão:** A Sistematização da Assistência de Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

Enfermagem (SAE), na prática profissional, mostra-se como um guia que deve ser implementado, pelos profissionais enfermeiros para o melhor direcionamento de tomadas de decisões que envolva a elaboração de diagnóstico e a intervenções de enfermagem, no que diz respeito a população infanto-juvenil. Portanto, conclui-se, que a enfermagem atua de maneira científica e sistemática ao utilizar os métodos metodológicos no processo de enfermagem, ao traçar diagnósticos, intervenções e resultados esperados, sempre focalizando na melhor assistência e na promoção a saúde.

Descritores: Tuberculose meníngea; Processo de Enfermagem; Infectologia.

Referências:

1. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Brasil: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2005.
2. Franco M.C, Sanjad MR, Pinto PH. Prevalência de Meningite em crianças no Hospital Universitário João de Barros Barreto, período de 1995 a 2004, Rev Paraense de Medicina, 2006, 20(1) jan, p. 33.
3. Carvalho S. Reflexo da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na consulta de Enfermagem. Rev Rede de Cuidados em Saúde, 2010.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE NEOPLASIA MALIGNA DO DUODENO SUBMETIDA À CIRURGIA DE WHIPPLE

Franciellen Coelho Santos¹

¹Pós-Graduanda em Enfermagem em Urgência e Emergência, Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ)

franciellen_coelho@hotmail.com

Introdução: A Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro e veio para organizar e consolidar o plano de cuidados individualizado, para assim, melhorar a qualidade de vida do paciente. Os sintomas e sinais mais comuns são os relacionados à obstrução intestinal, emagrecimento e anemia provocada por hemorragia digestiva crônica. A cirurgia de Whipple é um procedimento complexo, porém é a única opção terapêutica com possibilidade de cura para os pacientes com tumores periampulares¹.

Objetivos: Elaborar uma Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a uma paciente internada na Unidade de Terapia Intensiva diagnosticada com Neoplasia Maligna de Duodeno.

Descrição da Experiência: O estudo trata-se de um relato de experiência de uma aluna do 6º semestre, durante a prática clínica na atividade curricular Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva. Ocorreu no período de Março a Abril de 2016, em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário no Estado do Pará. A coleta de dados foi realizada por meio de exame físico e análise dos registros do prontuário para identificar as principais necessidades afetadas do paciente. Tratava-se de R.B.L, sexo feminino, 61 anos, admitida no dia 06/02/2016 na Clínica Médica do HUIBB com diagnóstico inicial de Neoplasia de Pâncreas. União estável, ensino fundamental incompleto, evangélica, do lar, residente no bairro da Sacramenta, cidade Belém-PA. Casa de madeira e própria, cedida com energia elétrica. Residem 05 pessoas (usuária + companheiro + 3 enteados). Possui 8 filhos. Renda familiar de 2,5 salários mínimos, mantido pelo companheiro. Paciente relatou que há 06 meses iniciou quadro de perda ponderal, astenia, icterícia, hiperpirexia (40°C), vômitos pós-prandiais com episódios de hematêmese. Procurou o Pronto Socorro do Guamá onde passou 6 dias internada sendo transferida para a FSCMPa onde permaneceu por 21 dias e realizou USG de Vias biliares que evidenciou dilatação de vias biliares, com diagnóstico provável de Neoplasia de Pâncreas. Recebeu alta hospitalar dia 23/12/2015, aguardando leito em casa para o Serviço de Oncologia. Evoluiu com piora clínica há alguns dias quando procurou PS do Guamá, permanecendo internada até ser transferida para o HUIBB. AP: Nega HAS, DM2, alergias. Relata tabagismo iniciado aos 12 anos com uso de meio maço por dia e cessado há 2 anos. Etilismo desde a adolescência e cessado também há 2 anos. Cirurgia de cesárea há 25 anos. Ao Exame Físico: Regular estado geral, consciente e orientada no tempo e espaço, eupneica, ictérica 4+/4+, desidratada. AC: BCNF rítmico em 2T sem sopros. AP: MV +, crepitações em ápice direito. AB: Plano, flácido, doloroso à palpação profunda em epigastro, sem massas palpáveis. Membros sem edemas. Em 08/03/2016 foi realizada cirurgia com HD: Neoplasia de Pâncreas + dilatação de vias biliares. Em 15/03/2016 foi submetida a Gastroduodenopancreatectomia (Cirurgia de Whipple), com colecistectomia e drenagem bilateral da cavidade. Principais diagnósticos de Enfermagem: Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada à capacidade prejudicada de digerir os alimentos, Integridade da pele prejudicada relacionado à deficiência imunológica; mudanças na pigmentação da pele, fator mecânico e imobilização física, Risco de Infecção relacionado à defesa primária (pele rompida- cateteres centrais, drenos, procedimentos invasivos). Dor aguda relacionada à agentes lesivos: biológicos (infecção) e físicos (incisão). Padrão Respiratório Ineficaz relacionado à imobilização secundária a cirurgia, dor e fadiga². **Resultados:** Após os diagnósticos traçados, as principais intervenções foram respectivamente: administração de NPP através da VSCD e sonda enteral; Proteger o local da incisão e lesão com Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

curativo oclusivo, supervisionar aspecto da ferida e secreções; o controle da nutrição conforme prescrição médica; realização do controle hidroeletrólítico e registro na ficha de balanço hídrico para monitorizar a relação administração/eliminação; a administração de analgesia conforme prescrição médica e elevação da cabeceira do leito para o alívio da dor proporcionando conforto; ações de higiene e assepsia como a lavagem das mãos antes e após realização dos procedimentos, o uso de técnicas antissépticas, a realização de curativos nas áreas propícias a infecção como acessos venosos, lesão e FO além de troca de sondas; proporcionar assistência ventilatória através de oxigenoterapia por cateter, promover conforto respiratório através da elevação da cabeceira e monitorização do padrão respiratório³. **Considerações Finais:** O referido trabalho procurou demonstrar a elaboração e implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no Centro de Terapia Intensiva (CTI) para uma paciente diagnosticada com Neoplasia de Duodeno, no pós-operatório de Cirurgia de Whipple. Para elaborar a SAE, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento tanto científico quanto técnico, uma vez que se o profissional tiver ciência disso, com certeza irá elaborar uma sistematização adequada e de qualidade para o paciente, proporcionando maior qualidade e eficácia na prestação do cuidado.

Descritores: Sistematização da assistência de enfermagem, Neoplasia maligna do duodeno, Cirurgia de whipple.

Referências:

1. ROSADO, E., et al. Adenocarcinoma Primario do Duodeno- Revisão Bibliografica. Acta Radiologica Portuguesa, vol. XXIV, nº 94, pág. 21-22, Abr. – Jun. 2012. <http://www.mccorreia.com/cancer/cancerdeestomago.htm>. Acesso em 06/04/2016.
2. NANDA international. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.
3. JOHNSON, Marion; et al. Ligações entre NANDA, NIC e NOC. Tradução Regina Machado Garcez. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ATUAÇÃO FISIOTERAPEUTICA EM PACIENTE PORTADOR DE TUMOR MEDIASTINAL MALIGNO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE CASO

Rafael Saldanha Ceil¹; Soany de Jesus Valente Cruz²; Rodolfo Gomes do Nascimento³

¹Graduando em fisioterapia, Universidade Federal do Pará(UFPA);

²Fisioterapeuta, Universidade Federal do Pará (UFPA);

³Fisioterapeuta, mestrado pelo núcleo de medicina tropical (UFPA);

rafa.scei@hotmail.com

Introdução: As massas mediastínicas podem ser definidas como qualquer tipo de formação anormal, inflamatória, congênita ou neoplásica, que surja no mediastino. A natureza destas massas vem se modificando nas últimas décadas, descrevendo-se um maior número de neoplasias malignas e de massas no mediastino anterior. Elas podem ocorrer em qualquer idade, entretanto são mais frequentes entre os 30 e os 60 anos, e no sexo feminino (3:2). Os tumores de células germinativas (TCG) são neoplasias raras que acometem mais frequentemente as gônadas, embora possam também ocorrer em outras localizações extragonadais, preferencialmente em estruturas da linha média, destacando o caso no mediastino anterior que é a localização mais comum e é o caso do nosso paciente. O diagnóstico é realizado por exames de imagem, tais como radiografia do tórax e a tomografia computadorizada (TC), que permite uma melhor caracterização anatômica e morfológica da massa e sua relação com as estruturas envolventes. Além disso a biópsia constitui-se em um dos principais procedimentos para diagnóstico de tumores mediastinais.

Objetivo: Relatar o manejo fisioterapêutico do paciente portador de um tumor mediastinal maligno na UTI do HUIBB. **Relato de caso:** O estudo foi realizado no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), por meio da Universidade Federal do Pará (UFPA). O paciente C.A.T.N. é do sexo masculino, 26 anos de idade, procedente de Belém/Pará. Com diagnóstico de CA de mediastino, chegou à Unidade de terapia intensiva (UTI) após Mediastinotomia de Chamberlain à esquerda com evolução para sepse. Em seu primeiro dia na UTI foi acoplado ao ventilador mecânico Dixtal 3012 PCV (Pi=15cmH₂O; PEEP=6cmH₂O; Fr= 14/19irpm; Ti=1s; I:E= 1:3; FIO₂= 0,4; Vc=0,477L; sens= 2), Após 30 minutos foi colhida a gasometria arterial (PH= 7,27; Pco₂= 47,50; Pao₂= 69,1; Hco₃= 21,5; BE=-4,7; SATO₂= 90,0%). Em 2P.O. evoluiu com derrame pleural e foi submetido a um novo procedimento, Toracostomia fechada com drenagem em selo d'água. Após colocação do dreno paciente evoluiu com transparência em exame de imagem e melhora em desconforto respiratório, a biópsia apontou neoplasia maligna indiferenciada infiltrando tecido desmoplásico e necrótico com diagnóstico de tumor germinativo extra gonadal de alto risco (3 fragmentos irregulares e avermelhados medindo 1,4cm; 0,5cm e 0,4cm). Ainda no 2PO foi submetido a uma avaliação fisioterapêutica onde apresentou os seguintes achados: Grave, sedado, fotoreativo, pouco reativo ao manuseio. Afebril, anictérico, acianótico, perfusão capilar periférica normal, normocardico (112bpm), normotenso (148/72mmhg). Respirando com auxílio de ventilação mecânica Invasiva oro traqueal, modalidade PCV (Pi=15cmH₂O; Ti=1s; I:E=1:3; Fr=14/irpm; Peep=6cmH₂O; FIO₂=0,4; Sens=1,0). AP= Murmúrio vesicular presente com roncos e estertores creptantes difusos bilateralmente. Expansibilidade torácica simétrica, padrão respiratório costodiafragmático, hiper secretivo. Em exame motor observa-se, sem bloqueios

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

articulares e panturrilhas livres. Sua gasometria apontou (PH=7,347; PCO₂=38,6; PO₂=106; HCO₃=20,6; Be=-4,1; SATO₂=97,7%), uma acidose metabólica. Em seu 14 PO teve início a quimioterapia (3 sessões), evoluiu bem, entretanto veio a óbito em seu 22 PO. Os atendimentos fisioterapêuticos eram diários, pelo turno da manhã e pela tarde, as condutas variaram de acordo com a necessidade do paciente, logo utilizamos, propriocepção diafragmática, Manobras de higiene brônquica (Vibrocompressão e aspiração), técnicas de reexpansão pulmonar (compressão e descompressão torácica, direcionamento de fluxo e técnicas de recrutamento alveolar), cinesioterapia ativa, ativa-assistida e passiva de MMSS e MMII e drenagem linfática de MMSS. **Discussão:** A fisioterapia voltada ao paciente crítico é recente (década de 40) e o fisioterapeuta se faz presente em vários seguimentos do tratamento intensivo, assistência pós-cirurgia, com o objetivo de evitar complicações respiratórias e motoras. No suporte ventilatório tem um papel fundamental, auxiliando na condução da ventilação mecânica, desde o preparo e ajuste do ventilador à intubação, evolução do paciente durante a ventilação, e terminando com o desmame do suporte ventilatório e extubação. A fisioterapia atua na prevenção e tratamento de doenças respiratórias, com o objetivo de melhorar a função pulmonar através da desobstrução brônquica, da expansão de áreas pulmonares colapsadas e no equilíbrio da relação ventilação/perfusão. Pacientes em ventilação mecânica invasiva, normalmente evoluem com retenção de secreção pulmonar devido um déficit do transporte muco ciliar e a tosse. O acúmulo dessa secreção pode provocar aumento da resistência das vias aéreas, com obstrução total ou parcial das mesmas, com conseqüente hipoventilação alveolar e desenvolvimento de atelectasias, hipoxemia e aumento do trabalho respiratório. **Conclusão:** O presente estudo se torna relevante por relatar um tipo de tumor raro que não apresenta casos descritos na literatura, na unidade de terapia intensiva. A fisioterapia trás benefícios físicos, psicológicos e evita os riscos de hospitalização prolongada, reduzindo a incidência de complicações pulmonares, acelerando a recuperação e diminuindo o tempo de ventilação mecânica.

Descritores: Massas mediastínicas, Tumor germinativo;

Referências:

1. Alves, A.N. A importância da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar. Ensaios e ciência: Ciências biológicas, agrárias e da saúde. 2012;
2. Bastos, P. et al. Cistos e tumores primários do mediastino. Revista portuguesa de Pneumologia 2007
3. Couto, W.J; et al. Tumores de células germinativas primários do mediastino. Revista associação medica brasileira 2006;
4. Rita Monteiro et al, Massas mediastínicas , Acta Med Port. 2011;
5. Silva, L.L.C; et al. Tumor de saco vitelínico primário do mediastino: raro caso em um adulto jovem; 2017;

O RELATO DE EXPERIENCIA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA NA ASSISTENCIA AO USUÁRIO EM UM CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO- CTA.

Brenda Bernardes Ribeiro¹; Celyce Agrassar da Silva¹; Joyce Wylla Andrade Almeida¹; Mariana Zuleica Corrêa Massoud¹, Alessandra Nazaré Barros Moura ²

¹Psicóloga Residente do Programa Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico da Universidade Federal do Pará (UFPA/UJBB);

³Psicóloga da Clínica de Doenças Infecto-Parasitárias da Unidade João de Barros Barreto (UFPA/UJBB).

brenda_bnardes@hotmail.com

Introdução: A residência multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico da Universidade Federal do Pará (UFPA) é composta por profissionais da área da saúde: psicologia, enfermagem, nutrição, fisioterapia, odontologia e farmácia. Tem como objetivo abranger o ensino em serviço nos cenários de práticas, envolvendo os três níveis de atenção à saúde, atendendo pacientes em estado crítico com enfoque na atenção clínica das doenças infecto-parasitárias, norteado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O CTA localizado na Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais é um serviço de saúde público ofertado a população com o intuito de detectar por meio de testes rápidos, infecções sexualmente transmissíveis, sendo elas: o HIV (sigla em inglês do Vírus da Imunodeficiência Humana), Sífilis e Hepatite B e C, além de diagnosticar, aconselhar e prevenir situações de risco. **Objetivos:** Descrever o serviço de testagem e aconselhamento e relatar as experiências vivenciadas pelas residentes de psicologia durante atuação neste cenário, bem como as contribuições da Psicologia neste espaço. **Descrição da Experiência:** O CTA é um serviço de porta-aberta e referência no estado do Pará, atendendo aos usuários por demanda espontânea ou referenciados por outras instituições. Os atendimentos são realizados em dois momentos: o aconselhamento pré-teste e aconselhamento pós-teste pelos profissionais da Psicologia, Assistência Social e Enfermagem. O aconselhamento pré-teste visa o estabelecimento do vínculo, o mapeamento de situações de vulnerabilidade para infecção por HIV, Sífilis e Hepatites B e C (formulário como instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde), os esclarecimentos sobre os testes e orientações preventivas. O segundo momento é o aconselhamento pós-teste que visa manejar adequadamente as reações dos usuários frente ao diagnóstico, bem como de reiterar as orientações preventivas, entregar resultados dos exames e realizar encaminhamentos para outros serviços, quando necessário. A experiência no CTA teve o período de um mês e inicialmente foi necessário a participação das residentes nos atendimentos da psicóloga preceptora, para compreender a dinâmica e observar o comportamento e reações emocionais dos usuários durante o aconselhamento. O público é constituído por usuários de diferentes faixas etárias, de ambos os sexos, gêneros e orientações sexuais. O atendimento ambulatorial nesse espaço provoca no profissional residente de psicologia o constante aprendizado em saúde, pois surgem diversas dúvidas dos usuários relacionadas não somente as infecções, mas também a informações sobre serviços de apoio a saúde e social. Ao final dos atendimentos eram realizadas supervisões e orientações junto com a psicóloga preceptora, como sendo um espaço para retirar dúvidas e aprimorar a prática. **Resultados:** Foram identificados durante a experiência por riscos de exposição mais

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

frequentes: o acidente ocupacional, a violência sexual, a relação sexual sem o uso do preservativo, o rompimento do preservativo, a negociação com parceiro(a) fixo ou eventual quanto ao não uso do preservativo, a confiança no parceiro(a) e encaminhamentos de consultórios odontológicos para dar continuidade ao tratamento dentário. Além de se ter usuários que realizam os exames periodicamente como forma de prevenção, para ter conhecimento de seu status sorológico e para confirmação do diagnóstico. Diante a todas essas situações, foram percebidos nos usuários diversas manifestações psíquicas e sentimentos antes da testagem, como ansiedade, medo, desespero, vergonha, descaso entre outros e após testagem quando os resultados eram negativos, alívio, medo, onipotência e quando positivos incredibilidade, negação, desespero, passividade, ansiedade. E mesmo que o serviço ofereça os testes rápidos para Sífilis e Hepatites B e C, esses são desconsiderados psiquicamente pelos usuários, pois o interesse e receio de se infectar pelo HIV é mais recorrente, além do desconhecimento dessas outras infecções. Essas manifestações psíquicas são percebidas e compreendidas pela Psicóloga, durante o aconselhamento, de maneira empática, deixando os usuários acolhidos e a vontade para que possam retirar suas dúvidas e contar sua história. A oferta da escuta e disponibilização de um espaço para fala, propicia ao usuário confiabilidade e alívio de suas angústias. É atribuição do profissional assegurar que o usuário saia do aconselhamento compreendendo o serviço ofertado pelo CTA, o diagnóstico, os encaminhamentos e as orientações preventivas. **Conclusão:** A passagem das residentes de psicologia por esse cenário de prática é relevante para aprendizagem e compreensão do HIV no imaginário social, como a motivação dos usuários em realizarem os testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis, os comportamentos e atitudes diante a possibilidade do diagnóstico e principalmente o recebimento do mesmo. E do quanto ainda precisamos caminhar em relação a promoção e prevenção de saúde.

Descritores: infecção sexualmente transmissível, Centro de Testagem e Aconselhamento, psicologia.

Referências:

1. Ministério da saúde (BRASIL). Centros de testagem e aconselhamento do Brasil: desafios para a equidade e o acesso. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. Série estudos pesquisas e avaliação nº 11, Brasília, 2008.
2. FERREIRA, L. V. CLÁUDIO. AIDS e exclusão social: um estudo clínico com pacientes com o HIV. Editora: Lemos editorial, Uberlândia/MG, 2003.

ESTÁGIO VOLUNTÁRIO EM UMA UNIDADE DE PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL: PRIMEIRO CONTATO DE UMA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR.

Rafaela da Silva Mesquita¹; Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira²

¹Enfermeira, Especialização em Terapia Intensiva, UNAMA;

²Enfermeira, Doutorado em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários, UFPA
rafaelasm_@hotmail.com

Introdução: Pronto-socorro é um estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos de saúde necessitam de atendimento imediato, sendo que seu funcionamento deve permanecer ininterrupto durante as 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação. Desta forma, os profissionais de enfermagem que trabalham no ambiente de pronto-socorro devem estar atentos e preparados para atuarem em situações de urgência e emergência, pois a capacitação profissional, a dedicação e o conhecimento teórico e prático, irão fazer a diferença no momento crucial do atendimento ao paciente. Dito isto, o estagio extra-curricular apresenta-se como uma oportunidade para que o aluno possa aplicar seus conhecimentos acadêmicos aprimorando-os e qualificando-os para o futuro exercício profissional. **Objetivos:** Descrever as práticas de urgência e emergência desenvolvidas por uma acadêmica de enfermagem em um hospital de pronto socorro municipal de Belém. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência que visa descrever a vivência de uma acadêmica de enfermagem na atuação de um estagio voluntario em uma unidade de pronto-socorro. O relato de experiência possibilita explorar aprendizados vivenciados por outrem, comparando com a própria realidade vivenciada. O que faz com que a experiência saia do papel de simples descrição, para propiciar novos debates e reflexões sobre a temática³. As atividades foram desenvolvidas no período de 08/10/2013 a 04/04/2014, com carga horária: 252 h. Envolveu os setores de Clínica Médica Internados, Injetáveis e Pediatria. **Descrição da Experiência:** As atividades práticas na maioria das instituições de ensino superior se tornam escassas, o que dificulta o feedback teórico-prático. Tendo em vista esta problemática, o estagio voluntário extracurricular durante um semestre no ambiente da urgência emergência se tornou muito enriquecedora visto que, através desta, pôde-se trabalhar desde os princípios básicos de biossegurança como a lavagem das mãos, uso correto de equipamento de proteção individual, organização prévia dos materiais necessários para realizar procedimentos, aperfeiçoamento sobre o preparo e aplicação de medicamentos e injetáveis, manuseio e cuidados com sondas drenos e cateteres, Pois devido o grande volume de atendimentos em um plantão pode-se realizar até quatro procedimentos de sondagem vesical de demora, em um plantão, sendo este, um procedimento de alta complexidade que exige destreza manual e ainda quando graduado será corriqueira sua realização em ambientes hospitalares de média-alta complexidade. Além disso, ainda foi possível desenvolver a sistematização da assistência de enfermagem e a familiarização com as normas e rotinas da instituição que encontra-se integrado no sistema de rede de atenção em saúde inserido no sistema único de saúde –SUS. É importante salientar, que ao se praticar as técnicas foi necessário revisar o conteúdo teórico visto previamente para desenvolver tais habilidades de forma correta. Este ambiente também proporcionou o desenvolvimento de algumas características específicas como: **pensar** rápido, ter agilidade e capacidade de resolver problemas emergentes. Por outro lado, pode-se afirmar que esta experiência foi a fomentadora para o desenvolvimentos de afinidade profissional com o ambiente hospitalar e a urgência e emergência culminando com a realização de uma especialização em terapia intensiva.

Descritores: Urgência e Emergência, Enfermagem, Estagio Voluntário.

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

Referências:

1. Brasil.Ministério da saude. Secretaria Geral.Grupo de Trabalho- Unidade de Sistema de Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Terminologia básica em saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria- Geral, Grupo de trabalho- Unidade de Sistema de Desenvolvimento de Serviços de Saúde- Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde ,1985. 49p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0111terminologia0.pdf>. Acesso em :31/10/2017
2. Silva, Alisson Daniel Fernandes. Assistência de Enfermagem na Urgência e Emergência, 2010. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/direito/assistencia-de-enfermagem-na-urgencia-e-emergencia/9762> Acesso em :31/10/2017
3. HAAG, Guadalupe Scarparo; KOLLING, Vanessa; SILVA, Elisete; MELO, Silvana Cláudia Bastos; PINHEIRO, Monalisa. Contribuições da monitoria no processo ensino-aprendizagem em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**

HUMANIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: USO DA ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS COMO MÉTODO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PÓS-GRADUANDOS EM ENFERMAGEM NEONATAL.

Nyvia Cristina dos Santos Lima¹; Aline Cafezakis dos Santos¹; Herlani Cristina Oliveira Barreto¹; Ingrid dos Santos Chitlal¹; Vanessa Brito da Silva¹; Andressa Tavares Parente²

¹Pós-graduanda em Enfermagem Neonatal, Universidade Federal do Pará (UFPA)

²Enfermeira, Doutora em Ciências Ambientais, UFPA

nyviacristina@gmail.com

Introdução: Humanização é quando o ser humano percebe que o respeito à pessoa é condição para sua sobrevivência, reconhecendo sua posição, sobretudo das instituições que se destina como é o caso do hospital, que tem no enfermo sua razão de existir. Portanto, humanização não se trata de imposição de valores morais e de princípios, mas sim de respeito à dignidade própria da pessoa e a garantia de seu direito fundamental à vida e à saúde. O período neonatal é definido como a fase de vida do ser humano que vai desde o nascimento até o 28º dia de vida, que é considerada como uma adaptação da vida intrauterina à vida extrauterina, na qual ocorre um processo contínuo de transformações anatômicas e fisiológicas. Alguns recém-nascidos precisam de assistência especializada em razão das condições clínicas, como prematuridade, malformações, asfixia perinatal, infecções congênicas entre outras. Assim sendo, necessitam de um ambiente apropriado, com recursos tecnológicos e humanos adequados, para se garantir o tratamento e restabelecimento adequados. Durante o período de hospitalização na unidade de terapia intensiva neonatal o recém-nascido fica exposto continuamente à dor e a estímulos incômodos como procedimentos invasivos e luz constante, o que pode causar uma série de fatores estressantes aos bebês. Nesse sentido, devemos ter o cuidado com a vida, lembrando que deve ser resguardada a singularidade do cliente, implicando a importância desde o ambiente físico até os recursos humanos que estão inseridos nesse cuidado. **Objetivo:** Identificar as concepções que os pós-graduandos em enfermagem neonatal têm sobre a humanização de profissionais em unidades de terapia intensiva neonatal a partir da técnica de associação livre de palavras. Que foi desenvolvida por Jung em 1905. Consistiu na emissão de uma pergunta como estímulo para o grupo e a análise das respostas a partir deste estímulo. **Descrição de experiência:** Neste estudo foi utilizado o método descritivo, abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. O mesmo foi realizado através da associação livre de palavras e sendo aplicado em um grupo de 40 pós-graduandos de enfermagem neonatal de uma instituição de nível superior (Belém-PA), durante atividade da disciplina: Estrutura física e funcional das unidades de internação neonatais. Após o levantamento de dados, no intuito de impelir a pesquisa foi levantada a seguinte questão: O que você faria para melhorar a humanização em uma unidade de terapia intensiva neonatal? **Resultados:** O grupo 1 relatou as seguintes palavras: Valorização do familiar, empatia, redução de ruídos e iluminação, banho humanizado, acolhimento, cuidado conjunto, disposição, motivação e equipe profissional presente. O grupo 2 enfatizou as palavras: Vínculo, valorização, melhorar estrutura física, qualificação e envolvimento profissional. O grupo 3 citou: acolhimento, cuidado com ruídos e iluminação, educação permanente, gestão e profissional valorizado, ambiência e investimento em tecnologia. Podemos observar que o termo humanização demonstra no contexto hospitalar diversos entendimentos, fazendo assim que seu significado contemple vários pontos cruciais do atendimento ao paciente em UTI neonatal. Os alunos de pós-graduação evidenciaram que o processo de humanização é construído com o auxílio de todos os envolvidos e os profissionais constituem como um dos pilares dessa busca permanente na assistência. **Considerações finais:** Os alunos expressaram suas percepções sobre humanização de profissionais e estrutura geral da UTIN de maneira adequada com seus conhecimentos empíricos e científicos adquiridos, Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

podendo relacionar as principais palavras atribuídas a este processo através da utilização da associação livre de palavras. A técnica utilizada contribuiu assim para disseminação do conhecimento entre a turma aprimorando as práticas profissionais na unidade de terapia intensiva neonatal, realizada por enfermeiros que buscam conhecimento a respeito do processo de humanização.

Descritores: Humanização, Neonatal, Uti.

Referências:

1. OLIVEIRA, L. L.; SANINO, G. E. C. A humanização da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal: concepção, aplicabilidade e interferência na assistência humanizada. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.(São Paulo) [online]. 2011, v.11, n.2, p 75-83.
2. PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola, 2004.
3. ROSEIRO, C. P.; PAULA, K. M. P. Concepções de Humanização de Profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Ver. Estud. psicol. (Campinas) [online]. 2015, vol.32, n.1, pp.109-119. ISSN 1982-0 275.

A INSERÇÃO DE METODOLOGIAS ATIVAS NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO DE FISIOTERAPIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thainá Modrick Kalif de Sousa¹; Charles Richardson Moreira da Costa¹; Gabriela Martins de Lima²

¹Graduanda em Fisioterapia, Centro Universitário do Pará (CESUPA);

²Fisioterapeuta, Mestre em Ensino e Saúde na Amazônia, UEPA e docente do Centro Universitário do Pará (CESUPA)

thainakalif@hotmail.com

Introdução: O modelo disciplinar centrado na racionalidade biomédica, e restrito à dimensão biológica, serviu de base para a formação dos profissionais da saúde; contudo a necessidade e a urgência em formar profissionais de saúde capazes de trabalhar em equipe, sob uma perspectiva interdisciplinar e humanista, concebendo a atuação com base na integralidade da atenção, vêm sendo amplamente debatida. Assim, a fisioterapia no âmbito hospitalar é um campo vasto, onde a atuação profissional pode ser diferenciada em determinados setores e instituições, havendo, portanto, real necessidade de rompimento com o modelo de formação tradicional que há décadas vem sendo utilizado para formar profissionais na área da saúde com vistas à construção de um perfil mais adequado para atuar no Sistema Único de Saúde, fato que explica a amplitude que ganharam as discussões relacionadas ao emprego das metodologias ativas de ensino-aprendizagem nesse campo hospitalar. **Objetivo:** Relatar a utilização da Aprendizagem Baseada em Equipes (Team Learning Based – TBL), no processo de ensino-aprendizagem de alunos do estágio supervisionado do curso de Fisioterapia. **Descrição da experiência:** Foi aplicado o método de Aprendizagem Baseada em Equipes (*Team Learning Based – TBL*) a um grupo de 5 alunos do sétimo período do curso de Fisioterapia, alocados na área hospitalar I. Disponibilizou-se previamente, na plataforma online da IES, dois artigos científicos que abordavam a temática em questão, para que os alunos pudessem em um segundo momento resolver o teste a ser aplicado pelos autores. Tal teste era composto de três perguntas relacionadas ao processo de desmame de traqueostomia. Na data determinada, o teste foi aplicado aos discentes de forma individual, seguido da conferência das respostas, discussão em grupo e novamente exposição de uma única alternativa defendida pela equipe, para então debate final com uma das autoras. Após o encerramento da metodologia, foram colhidas informações qualitativas dos alunos quanto à avaliação da proposta de ensino. **Resultados:** O processo vivenciado ratificou que o instrumento pedagógico utilizado, ao apoiar-se em metodologias ativas, proporcionou maior integração entre os mesmos, haja vista que priorizou a discussão de idéias, alcançando a busca de um conhecimento coletivo, estimulando a criticidade e reflexão acerca do tema, comum ao ambiente hospitalar. **Considerações finais:** Evidencia-se que as metodologias ativas vêm se mostrando relevantes, pois estimulam a capacidade crítica e a autonomia dos discentes para relacionar as situações observadas no dia-a-dia da disciplina em conhecimento construído a partir do TBL, possibilitando assim a ampliação das tomadas de decisões e maior afinidade entre a teoria e a prática no campo do estágio. Entretanto, se torna um desafio a ser transposto, a capacitação de todos os discentes do curso de fisioterapia da IES em questão, para que a metodologia possa ser aplicada desde os primeiros períodos da graduação, haja vista que se observou a relevância do trabalho/aprendizado em grupo; habilidade está essencial para a atuação profissional destes discentes, futuramente, em equipes multi/interdisciplinares de saúde.

Descritores: Fisioterapia; Aprendizagem ativa; Métodos.

Referências:

1. Barros FBM. Metodologia da Problematização e Avaliação por Competências: um ano de inovações na formação de fisioterapeutas. *Revista Fisiobrasil, Brasil*, v. VII, n. 68, p. 12-15, 2014.
2. Ballarina MLGS, Munõz Palmb RC, Carvalho FB, et al. Metodologia da problematização no contexto das disciplinas práticas terapêuticas supervisionadas. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 21, n. 3, p. 609-616, 2013 <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.063>.
3. Sebold LF, Martins FE, Rosa R, et al. Metodologias ativas: uma inovação na disciplina de fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2012 Out/Dez; 15(4):753-6
4. Zgheib NK, Simaan JÁ, Sabra R. Using team-based learning to teach clinical pharmacology in medical school: student satisfaction and improved performance. *J Clin Pharmacol*, v. 51, n. 7, p. 1101-11, Jul 2011.
5. Dias RF. Team-based learning: fazendo os alunos pensarem “fora da caixa”, os elementos essenciais para sua implantação. *Revista Brasileira de Educação e Saúde (REBE)*, v. 5, n. 1, p. 75-81, jan.-mar., 2015.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA: ATUAÇÃO DO RESIDENTE DE ENFERMAGEM FRENTE A GESTANTE COM PRÉ-ECLÂMPZIA GRAVE

Camila Cristina Girard Santos¹, Rosana Moreira da Silva¹, Luana da Silva Freitas¹, Tatiana Nunes Guerreiro², Amanda Reis Trajano², Andreza Nascimento da Silva Rodrigues²

¹Enfermeira, Mestranda em Saúde da Amazônia (UEPA)

²Enfermeira, Residente em Obstetrícia (UFPA)

camilagirard@hotmail.com

Introdução: As síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG) estão entre as principais causas de morbimortalidade materna e neonatal¹. No Brasil a pré-eclâmpsia pode acometer até 7,5 % das gestantes; salientando que aproximadamente 24% das gestantes acometidas podem evoluir para óbito no período perinatal ou 40% no período puerperal mesmo com intervenções em momento oportuno, sob cuidados intensivos e com atuação de equipe especializada². **Objetivo:** relatar a experiência vivenciada por residentes em obstetrícia durante o mês de Abril de 2017 em uma maternidade referência em gestação de alto risco no município de Belém no estado do Pará; com uma gestante, admitida com pré-eclâmpsia grave na triagem obstétrica. **Descrição da experiência:** L.J.B, 37 anos, proveniente do interior do estado, G3P2nA0, IG: 35s, foi admitida pela classificação de risco na triagem obstétrica do referido hospital, por residentes de enfermagem, com queixa de cefaleia, turvação visual e epigastria, verificou-se a pressão arterial com resultado de 160x120 mmHg. Imediatamente encaminhou-se a gestante para sala de estabilização, mantendo-a em decúbito lateral esquerdo para início do protocolo de rotina de SHEG e estabilização do quadro; acionado equipe médica para discussão do caso, onde a mesma concordou com a conduta e realizou a prescrição de Hidralazina endovenosa e início da dose de ataque de Sulfato de Magnésio. A equipe de residentes seguiu o protocolo, administrando tais medicações (conduta específica de enfermeiros), com observação rigorosa, por meio de visualização dos sinais vitais e sinais de impregnação do sulfato. Após administração dos medicamentos foi realizado ausculta do Batimento Cardíaco Fetal (BCF) verificando 152 bpm, ou seja, apresentando padrão tranquilizador; verificada pressão arterial materna com resultado de 140x90mmHg; constatou-se a melhora do quadro da gestante, que referiu diminuição e desaparecimento de alguns sintomas, porém seguiu em observação rigorosa para dose de manutenção de sulfato de magnésio, investigação laboratorial da SHEG e realização de USG para identificação da saúde fetal. **Considerações finais:** A identificação de uma síndrome hipertensiva específica da gestação é de essencial importância dentro de uma urgência e emergência obstétrica por profissionais de saúde que saibam identificar e agir em tempo oportuno, uma vez que a elevação dos níveis pressóricos e consequentemente o agravamento do quadro pode ocorrer em frações de segundos, levando a gestante a convulsões colocando em risco a vida da mãe e do feto; portanto esta avaliação, permite a atuação rápida da equipe para início do protocolo para SHEG, evitando desfechos negativos, garantindo uma assistência adequada e eficaz na solução do caso.

Descritores: Hipertensão induzida pela gestação; Emergência; Obstetrícia.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual dos comitês de mortalidade materna. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3ª edição. Brasília, 2009
 2. BEZERRA, P.C.F.M et al. Síndrome HELLP: considerações acerca de diagnóstico e conduta. Rev.FEMINA. v. 35, nº9, p. 585-590 setembro. 2007.
- Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NO PACIENTE COM AIDS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Nátaly Karyme Manos Carvalho¹; Elza Sara Maués Pena¹; João Gabriel Pinto Gursen de Souza¹; Cleidiane da Silva Andrade¹; Renato da Costa Teixeira²

¹ Fisioterapeuta Residente (HUIBB)

⁵ Fisioterapeuta; Doutor em Educação (HUIBB)

natalymanos@gmail.com

Introdução: Considerada atualmente uma pandemia, a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) pode causar sérias complicações e as doenças pulmonares são a principal causa de morbidade e mortalidade nessa população. Nesse sentido, as infecções respiratórias podem levar a hipoxemia e morte.¹ Os pacientes com AIDS e insuficiência respiratória hipoxêmica frequentemente necessitam de ventilação mecânica invasiva (VMI), a qual é independentemente associada com a mortalidade nesse grupo de pacientes. Os pacientes com AIDS que necessitam de Intubação Orotraqueal estarão sujeitos a infecções nosocomiais, tais como a Pneumonia associada à ventilação mecânica, assim como podem evoluir para Sepsis e choque séptico. A resolução das causas que levaram a intubação deve ocorrer o mais breve possível, a fim de reduzir a morbimortalidade, e o desmame da ventilação mecânica e a extubação precisam ser realizados assim que o paciente apresentar clínica favorável². **Objetivo:** Descrever o desmame da VMI de um paciente com AIDS em uma enfermaria de um Hospital de Referência. **Descrição da experiência:** Paciente I.C.G, 61 anos, sexo masculino, deu entrada em um Hospital de Referência do Estado do Pará com diagnóstico de HIV e Pneumonia Comunitária, foi internado na enfermaria de Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias (DIP). No dia 12/04/2017 apresentou quadro de dispneia e rebaixamento do nível de consciência, evoluindo com intubado oro-traqueal, permanecendo em VMI. Paciente permaneceu intubado e sedado na enfermaria devido falta de leito na Unidade de Terapia Intensiva. No dia 17/04/2017 depois de cinco dias de VMI e sedação, foi iniciado stop de sedação e início do processo de desmame em comum acordo com a equipe médica. Foi realizada mudança de parâmetros respiratórios de Pressão controlada para pressão de Suporte (PSV) e posteriormente realizou-se teste de respiração espontânea em PSV por 30 minutos, apresentando sucesso, finalizando com a extubação oro-traqueal. Indivíduo apresentou bom prognóstico pós extubação evoluindo com alta hospitalar no dia 25/04/2017. A sobrevivência dos pacientes criticamente enfermos tem aumentado em consequência da evolução tecnológica, científica e da interação multidisciplinar³. Todos os pacientes que evoluem com a utilização de VMI apresentam um maior nível de gravidade, quando se trata de paciente com AIDS e coinfeções associadas e, portanto, a gravidade é aumentada devido às comorbidades, com isso as intervenções devem ser realizadas o mais breve possível, assim como feita em equipe multiprofissional, trabalhando com a integralidade do caso devido à grande demanda de cuidado que o paciente com AIDS necessita. **Considerações finais:** O relato apontou que quando a intervenção é feita de forma precoce o paciente com AIDS em ventilação mecânica tem condições de ser desmamado e extubado, com isso reduzindo tempo de internação, morbimortalidade e aumentando a sobrevivência.

Descritores: Serviço hospitalar de fisioterapia, SIDA, Desmame do respirador.

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

Referências:

1. Anjos, CFD. Ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva em vias aéreas em pacientes HIV/AIDS com lesão pulmonar aguda e insuficiência respiratória: estudo da avaliação do melhor valor de peep (tese). São Paulo. Faculdade de medicina, Universidade de São Paulo, 2011.
2. Goldwasser, R. Farias, A. Freitas, EE. Saddy, F. Amado, V. Okamoto, V. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica: Desmame e interrupção da ventilação mecânica. J Bras Pneumol. 2007;33(Supl 2):S 128-S 136.
3. Sachetti, A. Efeitos da estimulação elétrica neuromuscular sobre a mobilidade diafragmática de pacientes críticos em ventilação mecânica invasiva: ensaio clínico randomizado. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de medicina. Porto Alegre, 2015.

A PRÁTICA DO ENFERMEIRO JUNTO A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Letícia Almeida de Assunção¹ Jamilly Nunes Moura¹ Tatiana Panzetti Noronha²

¹Graduanda de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA);

³Enfermeira Docente, Universidade do Estado do Pará (UEPA);

leticiaalmeidaenf96@gmail.com

Introdução: Unidade de Terapia Intensiva é o local para prestar cuidados críticos, especializado e ininterruptos com o objetivo de recuperar o paciente em estado crítico em tempo hábil. O indivíduo como ser biopsicossocial deve ser contemplado de forma holística e as atitudes particulares de cada membro da equipe deve ser direcionada ao aproveitamento das facilidades técnicas e dos conhecimentos existentes; o conceito de equipe com seus valores implica na existência de uma visão ampla e coletiva, em que é necessária a coerência de propósito, a sincronização e a continuidade de ação¹; neste contexto o enfermeiro tem um papel relevante na dinâmica do trabalho em grupo na UTI; além de todo suporte ao paciente crítico, o enfermeiro toma o papel de intermediador entre os outros profissionais, e como membro da equipe que coordena os planejamentos com os cuidados ao paciente crítico.

Objetivos: Discutir as ações do enfermeiro como membro da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Descrição da experiência:** Trata-se de um Relato de Experiência, ocorreu em um estágio durante o ano de 2016, em uma unidade de terapia intensiva em um hospital referência no centro de Belém, durante o período foi observado a dinâmica e planejamento do trabalho de equipe na unidade de terapia intensiva, que era composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, odontólogo, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, técnicos de enfermagem. **Resultados:** No tocante ao estudo, foi notório o papel do enfermeiro como ponto de intermediação, entre os profissionais da equipe, como elemento de adaptação, colaboração, reintegração; conjugando as diversas prescrições no plano integral e assistencial.

Discussão: A enfermagem tem como objetivo o cuidado e o enfermeiro é um dos elementos que compõem a equipe multiprofissional no sistema de saúde; colabora no planejamento e execução dos programas a serem desenvolvidos e pela intimidade com os problemas, e o elemento credenciado para identificar as necessidades do paciente, sendo o contingente humano de maior sensibilidade na promoção de saúde do indivíduo e da coletividade², portanto a assistência prestada ao paciente em UTI deve ser voltada a melhora do seu estado físico e psicológico, de modo que o enfermeiro consiga integrar todas as prescrições dos outros profissionais ao planejamento de cuidados do paciente, da mesma forma que sendo ator de comunicação com os outros profissionais, e também fazendo-se presente na tomada de decisões, pois o contato do enfermeiro com o paciente permeia todo o processo de internação.

Conclusão: Diante de tudo que foi explanado, é evidente as práticas do enfermeiro, sendo ponto importante dentro da equipe, contribuindo com seu conhecimento e habilidades com todas as outras especialidades, afim de que o paciente seja assistido de forma completa; ressalta-se que a equipe multidisciplinar e de extrema importância, e que cada membro deve trabalhar conjuntamente com o mesmo propósito, neste contexto e imprescindível que o enfermeiro exerça com competência sua prática para contribuir com todos os outros profissionais,

Descritores: Equipe de assistência o paciente; Resultados de cuidados crítico.

Referências:

1. Silva CF, Souza DM, Pedreira LC, Santos, MR, Faustino, TN. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Rev Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18(9): 2597-2604. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63028227014.pdf>>. Acesso em: 31.10.17.
2. Santos JLG, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2013; 66(2): 257-63. Disponível em: <www.redalyc.org/pdf/2670/267028666016.pdf>. Acesso em: 31.10.17.

ACOMPANHAMENTO DIETÉTICO DE UM RECÉM NASCIDO COM GASTROSKUISE INTERNADO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Clarissy Palheta de Sena¹; Maria Edina Cunha da Silva²; Maria da Consolação Monteiro²; Vanda Heloiza Marvão Soares³; Lilian Pereira da Silva Costa⁴

¹Nutricionista, Residente em Atenção ao Paciente Crítico, UFPA;

² Nutricionista, Especialista, FSCM;

³Nutricionista, Mestre em Gestão e Serviço de Saúde, FSCM

⁴Nutricionista, Mestre em Oncologia e Ciências Médicas, UFPA

clarissy_15@hotmail.com

Introdução: A gastrosquise é uma malformação congênita que apresenta um defeito de fechamento de toda a espessura da parede abdominal, com exteriorização do intestino e exposição direta das alças intestinais, sem a proteção de uma membrana envolvente. Na maioria das vezes o diagnóstico dessa patologia é feito no pré-natal por meio da ultra-sonografia. Ao nascimento, o Recém Nascido (RN) encontra-se com o intestino exteriorizado, de aspecto edemaciado, endurecido e deformado devido à exposição intra uterina ao líquido amniótico, que é irritante e causa uma serosite, que provoca um retardo importante no desenvolvimento dos movimentos peristálticos e na absorção intestinal efetiva. Assim sendo, a Nutrição Parenteral (NP) deve ser iniciada mais precocemente possível, após a estabilização do RN, visando oferecer suporte nutricional adequado. Nessa má formação ocorre um período de íleo paralítico bastante prolongado, fazendo com que o RN permaneça em jejum por um longo tempo¹. O início da alimentação enteral passa por uma criteriosa avaliação. Sempre se deve preferir o leite materno ou leite humano do banco de leite como primeira opção e, na sua falta, a fórmula semi-elementar. O volume deverá ser aumentado gradualmente respeitando a tolerabilidade do RN, devendo a NP ser reduzida de forma concomitante até alcançar a dieta plena². **Objetivos:** acompanhar a evolução dietoterápica de um RN nascido com gastrosquise, de acordo com sua tolerância e prescrição médica. **Descrição da Experiência:** Durante o período de um mês de estágio na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal da Fundação Santa Casa de Misericórdia, acompanhou-se um RN nascido com gastrosquise. Quando iniciou o acompanhamento o RN já estava internado na UTI, o mesmo nasceu em um hospital do interior do Estado do Pará e foi transferido

no mesmo dia para a Fundação Santa Casa de Misericórdia, a operação para correção de gastrosquise foi realizado um dia depois da sua admissão neste hospital. Foi realizado acompanhamento dietético durante esse período, através de progressão da dieta de acordo com a tolerância do RN e prescrição médica. **Resultados:** O RN nasceu com 35 semanas, classificado como Pré-Termo (PT), com peso de nascimento de 1995g, classificado com Baixo Peso (BP) e Pequeno para Idade Gestacional (PIG). Com um dia de Pós Operatório (PO) iniciou-se a NP, o RN permaneceu apenas com esta e Aporte Calórico (AC) durante 25 dias, no 26º dia além da NP e do AC iniciou-se a Nutrição Enteral (NE) com Leite Humano Pasteurizado (LHP) e teor de creme (gordura) menor que 5, no volume de 1ml, de 3 em 3 horas e por Sonda Orogástrica (SOG). O RN tolerou a dieta oferecida e no 3º dia de NE alcançou a dieta plena, e a NP foi suspensa. No 6º dia de NE, iniciou-se uma fórmula hipoalergênica, devido ao estoque baixo de LHP no Banco de Leite Humano (BLH), o RN não teve uma boa tolerância, apresentando regurgitamento, distensão abdominal e débito bilioso em SOG, devido a isto, a NE foi suspensa. Foi reiniciada a NP, e o RN permaneceu com esta e mais o AC por mais 7 dias, no 41º dia de internação hospitalar reiniciou-se a NE com Leite Humano Ordenhado (LHO) e teor de creme menor que 5, no volume de 2ml, de 3 em 3 horas e por sonda SOG, o RN apresentou boa tolerância. O acompanhamento foi realizado até esse dia, devido ao fim do tempo de estágio nesse local, porém o RN permaneceu internado. **Considerações finais:** Foi demonstrado que a NP ainda é a principal nutrição para os RNs nascidos com gastrosquise, Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

devido ao tempo prolongado de íleo paralítico. A NE deve ser começada após uma cuidadosa avaliação, sempre dando preferência ao LMO ou LHP, apenas na falta destes que se deve colocar uma fórmula, porém em pequenos volumes e com uma cautelosa progressão, para se evitar desconfortos e intolerâncias ao RN que podem levar a suspensão da dieta enteral.

Descritores: Acompanhamento dietético; Recém nascido; Gástrico.

Referências Bibliográficas

1. Kopelman BI; Santos AMNS; Goulart AL; Almeida MFB; Miyoshi MH. Diagnóstico e tratamento em neonatologia. São Paulo: Atheneu; 2004.
2. Greve H. Gástrico: revisão da literatura e condutas no pós-operatório. 2014.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE ALEITAMENTO MATERNO EM UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Priscyla Souza de lima¹; Maria de Nazareth Lima Carneiro¹ ; Clarissy Palheta de Sena¹; Lilian Pereira da silva Costa².

¹ Nutricionista, Residente em Atenção ao Paciente Crítico, Universidade Federal do Pará (UFPA);

² Nutricionista, Mestre em Oncologia, UFPA.

priscylalimanutri@gmail.com

Introdução: O leite materno é ideal para a nutrição do recém-nascido, porque possui todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento da criança, proporcionando benefícios imunológicos, psicológicos e cognitivos.^{1,2} Além das vantagens para o bebê, o aleitamento materno exclusivo (AME) também contribui para a saúde da mãe, pois ajuda no retorno mais rápido do útero para o tamanho normal, diminuindo assim a possibilidade de sangramento pós-parto e, conseqüentemente, reduzindo a anemia na fase puerperal. Em alguns hospitais que são referência no atendimento materno-infantil, existem as unidades de cuidados intermediários (UCI), locais onde os recém-nascidos ficam quando requerem maiores cuidados médicos. Nessas unidades, as mães podem ficar mais tempo com os seus filhos e facilitam o aleitamento materno, pois as mães na UCI podem permanecer 24 horas ao lado do recém-nascido. Nesse cenário, o profissional nutricionista pode auxiliar à mulher no resgate de sua autonomia em busca de condições necessárias ao desenvolvimento do cuidado materno, possibilitando a absorção de novos entendimentos sobre o momento vivenciado. A responsabilidade exclusiva atribuída à nutriz perante o aleitamento materno pode gerar expectativas e sentimentos que a deixam frustrada frente às dificuldades comuns no processo de aleitar.³ É nessa ocasião que o nutricionista atuante na UCI pode intervir de forma efetiva, a fim de transmitir segurança à mulher ao ressaltar a sua capacidade de alimentar o recém-nascido, esclarecendo os anseios e as dúvidas. **Objetivo:** Relatar a experiência do profissional nutricionista na promoção do aleitamento materno em uma Unidade de Cuidados Intermediários (UCI). **Descrição da experiência:** O presente trabalho trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciado por uma nutricionista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico da Universidade Federal do Pará (UFPA), em uma UCI de um Hospital Referência Materno Infantil no município de Belém-Pa. As atividades desenvolvidas no intercâmbio da residência ocorreram no mês de junho de 2017 e incluíram: análise dos prontuários do binômio mãe-filho, orientações sobre cuidados com o recém-nascido, cuidados puerperais e aleitamento materno. O registro de tais atividades era descrito no prontuário eletrônico. Realizou-se uma abordagem direta e de linguagem informal em cada leito da UCI, inicialmente a residente apresentava-se às puérperas e iniciava uma conversa sobre como estava o processo de amamentação. Reconhecendo a importância de se desenvolver o diálogo a partir do conhecimento prévio do sujeito com o qual se vai trabalhar. As puérperas eram questionadas acerca do que sabiam sobre amamentação. Posteriormente, abordava-se os principais aspectos do aleitamento materno, como vantagens do AME, as técnicas da amamentação, incluindo a pega do bebê e o posicionamento deste e da mãe, prevenção dos problemas mais comuns na amamentação. Além disso, também foram ensinados alguns cuidados a respeito das técnicas de amamentação, como: massagem para estimular os seios e facilitar a ejeção do leite e a ordenha. Toda a atividade foi supervisionada e auxiliada pela preceptora nutricionista do intercâmbio na UCI e os cuidados somente foram realizados após o consentimento das puérperas. **Resultados:** Durante o cuidado nutricional oferecido pela residente, as mulheres demonstraram preocupação questionando a interferência do tipo de mamilo (plano ou invertido) na amamentação. Na avaliação da mamada, identificaram-se falhas na técnica da amamentação, principalmente no que se refere ao

Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

posicionamento e à pega do recém-nascido ao seio. A correção de tais falhas parece ser fundamental para a prevenção das fissuras e dor mamilar. Durante a visita aos leitos da UCI, foi explicado à mãe quanto à necessidade da criança mamar sempre que tiver fome e durante o tempo que quiser, conhecido como livre demanda. Outro aspecto abordado foi sobre o esvaziamento das mamas, já que favorece uma maior produção do leite e faz com que a criança receba uma quantidade adequada de gorduras em todas as mamadas. **Conclusão:** A UCI é um local de possibilidades para a educação em saúde, sendo o aleitamento materno um dos assuntos a serem trabalhados nesse ambiente. A educação em saúde é uma estratégia eficiente para o desenvolvimento de atividades de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. A partir da experiência vivenciada pôde-se perceber que a assistência nutricional precisa levar em consideração as questões socioculturais e os aspectos emocionais inerentes ao puerpério. Observou-se que a prática educativa foi eficaz para ampliar o conhecimento das puérperas e permitir a retirada de dúvidas, contribuindo assim, para a adesão e prolongamento da prática da amamentação.

Descritores: Aleitamento materno, Unidades de Cuidados Intermediários, Educação em Saúde.

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Unicef. Promovendo o Aleitamento Materno. Disponível em <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/albam.pdf>>. Acesso em: 15 de set. 2017.
2. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.
3. Vargas GSA, Alves VH, Rodrigues DP, Branco MBLR, Souza RMP, Guerra JVV. Atuação dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família: promoção da prática do aleitamento materno. Revista Baiana de Enfermagem. Salvador, 2016 abr./jun.: 1-9.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA ACOMETIDO POR PNEUMONIA: UM RELATO DE CASO.

Luciana Pinto Oliveira¹; Nathalia Gabriela Monteiro de Melo²; Claudia Vanessa Costa das Neves²; Brenda Rodrigues de Lima².

¹Enfermeira, Universidade Federal do Pará (UFPA);

²Graduanda de Enfermagem, Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ).

luci.oliveiraaa@gmail.com

Introdução: A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um instrumento privativo do profissional enfermeiro, sendo uma metodologia direcionada para a organização e sistematização do cuidado com base nos princípios científicos. Essa metodologia é composta pelo processo de enfermagem, histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento e a avaliação, e seu objetivo é identificar o processo de saúde-doença, os cuidados de enfermagem necessários e disponibilizar subsídios para as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade¹. Infecções do trato respiratório inferior compreendem doenças das vias aéreas inferiores, incluída a pneumonias adquiridas na comunidade (PAC). As PAC constituem a principal causa de morte no mundo, sendo a etiologia pneumocócica a de maior incidência². Em julho de 2016, o número total estimado de pacientes em diálise foi de 122.825, sendo que o número absoluto de pacientes e as taxas de incidência e prevalência em diálise continuam a aumentar de forma constante e a taxa de mortalidade ficou estável³. **Objetivos:** Descrever a implementação e aplicação da SAE a um paciente com diagnóstico de pneumonia e portador de insuficiência renal crônica (IRC), para as definições de diagnóstico de enfermagem foi utilizado como parâmetro a taxonomia II do ⁴ e o plano de cuidado baseados nas relações entre ⁴ e ⁵. **Descrição da experiência:** O estudo trata-se de um relato de experiência ao portador de IRC, acometido por pneumonia, realizado pelos alunos do curso de enfermagem da Escola Superior da Amazônia, devidamente matriculados no 6º semestre, durante prática clínica na atividade curricular de enfermagem em Urgência e Emergência, nos meses agosto, setembro e outubro de 2017, sendo orientados pela professora da disciplina, em uma UPA, no município de Belém, no estado do Pará. Os dados foram coletados através da consulta ao prontuário, histórico de enfermagem, além da comunicação com a equipe multiprofissional do hospital. A partir da primeira etapa completa, foram elencados os principais diagnósticos, com os mesmos prontos pode-se planejar a melhor assistência para com esse paciente e implementa-la futuramente. **Resultados:** C.S.M há 4 dias em uma unidade de pronto atendimento (UPA) da cidade de Belém do Para, na sala vermelha. Admitida com fortes dores abdominais e dificuldades para respirar. Solteira, sexo feminino, ensino fundamental completo, doméstica, portadora de IRC, realiza diálise. Impressão diagnóstica: Pneumonia e IRC. Ao exame físico paciente encontrava-se desnutrida, agitada, contida, Glasgow 11, respirando com auxílio de macronebulização. Normoesfigma, taquipneica, hipertensa, hipotérmica. Mucosas hipocoradas, cavidade nasal com presença de sonda nasogastrica, presença de acessos venosos central nas veias subclávias direita e esquerda. À ausculta cardíaca batimentos normofonéticos em 2 tempos, ausculta pulmonar com presença de ronos bilateralmente, abdome flácido com presença de ruídos hidroaéreos, com dor a palpação. Membros superiores edemaciados e membros inferiores atrofiados. Sonda de Foley Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

com débito urinário de 25 ml. Fazendo uso de sedativos, insulina, anti-hipertensivos, antibióticos, anti-inflamatórios, inibidores da bomba de prótons, anticoagulantes e analgésicos, de acordo com prescrição médica. De tal forma encontrou-se o primeiro diagnóstico de enfermagem de troca de gases prejudicada definida pelo padrão respiratório anormal, inquietação, irritabilidade. Seguido pelo diagnóstico risco de infecção, relacionado a procedimento invasivo, enfermidades crônicas e desnutrição. Além de integridade da pele prejudicada, relacionado a fatores mecânicos, extremo de idade e alteração dos volumes de líquidos, e por fim temos dor aguda, relacionado à agente lesivo, caracterizado por expressão facial e posição para aliviar a dor. Para tais diagnósticos têm-se as seguintes intervenções de enfermagem: fornecer oxigênio, avaliar nível de consciência, monitorar sinais vitais e estados respiratórios, lavagem das mãos, realização de curativo nos cateteres venosos centrais, proteção contra infecção, prevenção de ulcera de pressão, identificação de risco, supervisão da pele, cuidados com sonda: urinária e gastrointestinal, cuidados com repouso no leito, controle hídrico, posicionamento, administração de analgésicos, apoio emocional. **Considerações Finais:** Conclui-se que a SAE é de extrema importância, pois oferece o melhor cuidado ao paciente de maneira científica e organizada, facilitando o processo de cura e controle da doença, e a melhor qualidade de vida a esse paciente, ressalta-se que esta idosa deve ser encaminhada para uma unidade de referência renal ou transportada para realização da diálise.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica; Pneumonia; Cuidados de Enfermagem.

Referências

1. TRUPPEL, T.C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Curitiba, v. 62, n. 2, p. 221-227, mar-abri. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a08v62n2.pdf>>. Acesso em: 21 out 2017.
2. CORREA, R. A. et al . Carga de doença por infecções do trato respiratório inferior no Brasil, 1990 a 2015: estimativas do estudo Global Burden of Disease 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo , v. 20, supl. 1, p. 171-181, mai 2017 . Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000200171&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 out 2017.
3. SESSO, R.C., et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. v. 39, n.3, p 261-266. 2017. Disponível em: <<http://www.jbn.org.br/details/1962/pt-BR/inquerito-brasileiro-de-diali>>. Acesso em: 21 out 2017.
4. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017*. Porto Alegre: Artmed, 2015. 721p. JOHNSON, M. et al. *Ligações entre: NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2012. 432 p.

