



ABENTI
Associação Brasileira de
Enfermagem em Terapia Intensiva



2º CIETI
CONGRESSO
INTERNACIONAL DE
ENFERMAGEM EM
TERAPIA INTENSIVA

ANAIS

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM TERAPIA
INTENSIVA ADULTO, PEDIÁTRICA E NEONATAL – ABENTI**

**ANAIS DO 2º CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM
EM TERAPIA INTENSIVA- CIETI**

**26 A 28 DE SETEMBRO DE 2023
EXPOMINAS
BELO HORIZONTE/MG**

1ª EDIÇÃO

Belo Horizonte

ABENTI

2024

DIRETORIA ABENTI
Gestão 2023 - 2024

Sabrina dos Santos Pinheiro
Presidente

Rennan Martins Ribeiro
Vice-presidente

Viviane Cristina de Lima Gusmão
1ª Secretária

Allan Peixoto de Assis
2º Secretário

Giane Leandro de Araújo
1ª Tesoureira

Waleska de Almeida Pereira
2ª Tesoureira

CONSELHO FISCAL
Gestão 2023 - 2024

Flávia Lopes Gabani

Anna Gabriela Cavalcanti Arais

Tássia Nery Faustino

Luciano Batista Barreto (Suplente)

ORGANIZAÇÃO DOS ANAIS

Sabrina dos Santos Pinheiro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Congresso Internacional de Enfermagem em Terapia Intensiva (2. : 2023 : Belo Horizonte, MG)
Anais 2º CIETI [livro eletrônico] /
organização Sabrina dos Santos Pinheiro. --
1. ed. -- Porto Alegre, RS : Associação
Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva -
ABENTI, 2024.
PDF

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-85-906670-2-5

1. Enfermagem em terapia intensiva I. Pinheiro,
Sabrina dos Santos. II. Título.

24-200729

CDD-610.7361

Índices para catálogo sistemático:

1. Enfermagem em terapia intensiva : Ciências
médicas 610.7361

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

COMISSÃO ORGANIZADORA

Sabrina dos Santos Pinheiro
Waleska de Almeida Pereira
Alessandra Vaccari
Carmen Maria Lazzari
Rennan Martins Ribeiro
Tássia Nery Faustino
Kellen Eloisa Gonçalves Rocha

COMISSÃO DE TEMAS LIVRES

Tássia Nery Faustino (Coordenadora)
Alessandra Vaccari
Flávia Lopes Gabani
Viviane Cristina de Lima Gusmão

COMISSÃO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA

Carmem Maria Lazzari (Coordenadora)
Débora Soares
Filipe Utuari de Andrade Coelho
Waleska de Almeida Pereira
Flávia Lopes Galbani
Alessandra Vaccari
Deise Cristianetti

MONITORES

Ana Beatriz de Oliveira Viara Matos

Ana Cristina Rodrigues Soares

Andressa Santana da Silva

Beatriz Bacco Rubino

Bruna Luiza Ferreira Arcanjo

Carla Cristina Lima dos Santos Borges

Eduarda Leticia Lenzi

Frankllin Ramon da Silva

Greice Heck Godoz

José Lucas Grigoletto Gama

Leila Keury Costa Lima

Lívia Araújo Monteiro

Pablo Klayver Alves da Silva

Vitória Lopes de Castro Silva

CURSOS PRÉ-EVENTO

Curso 1 - Por dentro da Simulação: dos conceitos básicos à sua aplicabilidade no ensino

Carga horária: 8 horas (2 manhãs)

Local necessário: Sala de aula com cadeiras e mesas móveis

Materiais: projetor de áudio e vídeo, som

Vagas: máximo 25 pessoas

Súmula: O curso aborda aspectos importantes para a implementação da simulação em saúde em diferentes realidades educacionais.

Objetivos do curso: Ao final do curso os participantes deverão conhecer e compreender os principais aspectos da simulação em saúde e como aplicá-la em suas realidades educacionais.

Metodologia do curso: Será realizado exposição dialogada dos conceitos e teorias, cenários de simulação clínica e prática de maquiagem cenográfica de baixo custo.

Conteúdos Programáticos:

- Andragogia
- Teorias de ensino e de aprendizagem
- Ensino Baseado em Simulação e tipos de simulação
- Etapas da Simulação Clínica
- Planejamento de cenários
- Tipos de debriefing
- Maquiagem cenográfica
- Realização de cenários de Simulação Clínica

Instrutor:

Profa Dra Alessandra Vaccari

Enfermeira especialista em Neonatologia, Ciências Radiológicas e Auditoria Médica, Mestre e Doutora em Saúde da Criança. Professora do Programa de Pós-Graduação e da Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tesoureira da Federação Latino-Americana de Simulação Clínica e Segurança do Paciente (FLASIC) e Membro Honorário da Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva (ABENTI). Coordenadora da área de Neonatologia da Prova Nacional de Titulação para Enfermeiros em Terapia Intensiva (prova teórica e prova prática com OSCE) pela Associação Brasileira de Enfermagem e Terapia Intensiva (ABENTI) período 2019-2023. É pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Educação e Tecnologia (Gepeotec) da UFRGS. Autora e organizadora do livro *Intensivismo Neonatal: o que todo enfermeiro deve saber*, publicado em 2021 pela Editora Atheneu. Formou-se como instrutora em Simulação Clínica e foi coordenadora do Laboratório de Práticas de Enfermagem (LAPENF) da UFRGS.

Curso 2 - Ventilação mecânica para enfermeiros

27/09/2023

08:00-09:00 Indicação clínica do suporte ventilatório mecânico invasivo e não-invasivo

09:00-10:00 Modos e modalidades básicos de ventilação

10:00-10:30 Intervalo

10:30-11:00 Ajustes Iniciais do ventilador

11:00-12:00 Atividade prática - Ajustes iniciais do ventilador e manejo clínico

28/09/2023

08:00-09:00 Monitorização da mecânica ventilatória e da troca de gases

09:00-10:00 Atividade prática - Loops, curvas e medidas estáticas da ventilação

10:00-10:30 Intervalo

10:30-11:00 Atividade prática - Procedimentos básicos: Fixação, aspiração, higiene bucal, inaloterapia

11:00-12:00 - Simulação com casos clínicos

Quantidade máxima: 20 alunos (podendo aumentar de acordo com disponibilidade de recursos e instrutores ou monitores)

Instrutor:

Prof. Dr Allan Peixoto de Assis

Doutor em Ciências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Intensivista titulado pela ABENTI. Professor Adjunto 20h de Enfermagem Médico-Cirúrgica da UFRJ. Tenente Coronel Enfermeiro do Corpo de bombeiros militar do estado do Rio de Janeiro onde atua como Coordenador de Enfermagem do centro de terapia intensiva. Membro da diretoria da ABENTI 2023-2025. Membro da Câmara Técnica de Terapia Intensiva do COREN RJ.

Curso 3 - Ultrassom de bexiga na prática clínica do enfermeiro

Instrutora:

Enf. MS Ana Paula Souza Lima

Mestre em Enfermagem pela UFMG, Especialista em emergência, trauma e terapia intensiva, titulada em terapia intensiva do adulto pela ABENTI/AMIB, docente da pós graduação lato sensu da PUC Minas e enfermeira da UTI do Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais.

PROGRAMAÇÃO 26/9

08:00h – 12:00	PROVA TEÓRICA DA TITULAÇÃO PARA ENFERMEIROS INTENSIVISTAS
12:00h – 14:00	INTERVALO PARA ALMOÇO
14h00 - 14h15	ABERTURA DO II CIETI
14h15 - 14h45	Conferência ABENTI/FLECI: Celebrando o valor e o impacto do enfermeiro intensivista <i>Moderador: Rennan Martins Ribeiro (RS)</i> Palestrante: Oscar Cabrera Avendaño (MEX)
14h45 - 15h30	SESSÃO TEMÁTICA: O paciente crítico-crônico: o que há de novo? <i>Moderadora: Tássia Nery Faustino (BA)</i>
14h45 - 15h00	Bundle ABCDEF: entendendo essa sopa de letrinhas Palestrante: Erika Azevedo Portes (MG)
15h00 - 15h15	Alta da UTI, e agora? Precisamos falar da Síndrome pós- cuidados intensivos Palestrante: Débora Soares Santos Araujo (MG)
15h00 - 15h30	Ambulatório pós-UTI uma nova possibilidade para o enfermeiro intensivista Palestrante: Lázaro França Nonato (MG)
15h30 - 16h00	Coffee Break & Visita a feira
16h00 - 16h45	SESSÃO TEMÁTICA: Innovation Lab: Laboratório de inovações em UTI <i>Moderador: Filipe Utuari (SP)</i>
16h00 - 16h15	TeleUTI: Existe espaço para TeleUTI nurses ? Palestrante: Rennan Martins Ribeiro (SP)
16h15 - 16h30	Dados, números e mais dados: BigData em cuidados intensivos na perspectiva da enfermagem Palestrante: Tássia Nery Faustino (BA)
16h30 - 16h45	Alerta vermelho!! Alerta vermelho!! Central de Operações em UTI Palestrante: João Paulo Victorino (SP)
16h45 - 17h30	COMO EU FAÇO: Autonomia do enfermeiro na UTI <i>Moderadora: Laércia Martins (CE)</i>
16h45 - 17h00	Titulação de drogas vasoativas Palestrante: Andrezza Franco (RJ)
17h00 - 17h15	Sedação guiada pelo enfermeiro Palestrante: Ariane Teixeira (RS)
17h15 - 17h30	Terapia nutricional na UTI Palestrante: Jaime de Oliveira Campos Junior (MG)
17h30 - 18h00	Coffee Break & Visita a feira
18h00 - 18h45	PRÓ & CONTRA: A presença familiar na UTI - um elefante branco na UTI
18h00 - 18h20	Sim, sempre Palestrante: Flavia Lopes Gabani (PR)
18h20 - 18h40	Não, nem pensar Palestrante: Alessandra Ferreira de Souza (MG)
18h40 - 18h45	E aí? Qual o veredito??? (DISCUSSÃO)
18h45 - 19h30	SESSÃO TEMÁTICA: KEEP & CALM e foca no básico <i>Moderadora: Alessandra Vaccari (RS)</i>
18h45 - 19h00	Controle glicêmico no paciente crítico Palestrante: Tássia Nery Faustino (BA)
19h00 - 19h15	Loops e curvas - Compreendendo as curvas do ventilador Palestrante: Allan Peixoto (RJ)
19h15 - 19h30	Escalas de avaliação que todo o enfermeiro intensivista necessita saber Palestrante: Alessandra Ferreira de Souza (MG)

PROGRAMAÇÃO 27/09

08h30 – 12:00	CURSOS
12:00h – 14:00	INTERVALO PARA ALMOÇO
14h00 - 14h15	PAINEL: Autocuidado para enfermeiros intensivistas: pequenas dicas para o bem-estar <i>Moderadora: Andrezza Serpa Franco (RJ)</i> Palestrante: Laércia Martins (CE)
14h15 - 14h45	Conferência ABENTI/FLECI: A UTI Resiliente <i>Moderador: Rennan Martins Ribeiro (SP)</i> Oscar Cabrera Avendaño (MEX)
14h45 - 15h30	SESSÃO TEMÁTICA: A valorização do enfermeiro intensivista <i>Moderadora: Waleska de Almeida Pereira (MG)</i>
14h45 - 15h00	A identidade do profissional intensivista sob a óptica da sua formação acadêmica: quais são as oportunidades no Brasil Palestrante: Alessandra Vaccari (RS)
15h00 - 15h15	Práticas baseadas em evidências como pilar na formação de enfermeiros intensivistas: por onde começar? Palestrante: Flávia Lopes Gabani (PR)
15h15 - 15h30	Nossa história: aonde chegamos... Palestrante: Carmen Lazzari (RS)
15h30 - 16h00	Coffee Break & Visita a feira
16h00 - 16h45	SESSÃO INTERATIVA: Guidelines ! O que há de novo ? <i>Moderador: Lázaro França Nonato (MG)</i>
16h00 - 16h15	AHA: Parada cardiorrespiratória Palestrante: Júlio Eduvirgem (PR)
16h15 - 16h30	AHA/ASA: Acidente Vascular Cerebral Palestrante: Diego Franklin Francisco Nasser Fernandes (MG)
16h30 - 16h45	SSC: Sepsis Palestrante: Ana Paula Souza Lima (MG)
16h45 - 17h30	SESSÃO TEMÁTICA: Prevenção de infecção na UTI: uma janela de oportunidades <i>Moderadora: Débora Soares Santos Araujo (MG)</i>
16h45 - 17h00	O papel do enfermeiro na prevenção de IRAS Palestrante: Laércia Martins (CE)
17h00 - 17h15	Stewardship de antimicrobianos: a atuação do enfermeiro muito além do aprazamento Palestrante: Ana Paula Souza Lima (MG)
17h15 - 17h30	Discussão
17h30 - 18h00	Coffee Break & Visita a feira
18h00 - 18h45	SESSÃO TEMÁTICA: Gizmos & Gadgets: Incorporando tecnologias no cuidado de enfermagem <i>Moderador: Clayton Lima Melo (MG)</i>
18h00 - 18h15	PUPILOMETRIA DIGITAL: além do que os olhos podem ver Palestrante: Rennan Martins Ribeiro (SP)
18h15 - 18h30	HOCUS POCUS: o ultrassom como um passe de mágica Palestrante: Ana Paula Souza Lima (MG)
18h30 - 18h45	O que mais temos de inovação tecnológica para o cuidado de enfermagem? Palestrante: Vanessa Pareja Coelho (MG)
18h45 - 19h30	TEMAS LIVRES <i>Moderadora: Alessandra Vaccari (RS)</i>
18h45 - 19h00	Apresentação de trabalho 1
19h00 - 19h15	Apresentação de trabalho 2
19h15 - 19h30	Apresentação de trabalho 3

PROGRAMAÇÃO 28/09

08h30 - 12h00	CURSOS
12:00h – 14:00	INTERVALO PARA ALMOÇO
14h00 - 14h30	PAINEL: Humanização na UTI: como realmente colocar em prática? <i>Moderadora: Ariane Teixeira (RS)</i> Palestrante: Renata Ricoy Ventura (MG)
14h30 - 15h00	CONFERÊNCIA: Competências do enfermeiro intensivista - o estado da arte <i>Moderadora: Débora Soares Santos Araújo (MG)</i> Palestrante: Thais Oliveira Gomes (MG)
15h00 - 15h30	PRÓ & CONTRA: Deambulação precoce na UTI <i>Moderador: Jaime de Oliveira Campos Jr (MG)</i>
15h00 - 15h15	Agora não posso, tenho outras ações Palestrante: Allan Peixoto (RJ)
15h15 - 15h30	Só se for agora!!!! Palestrante: Larah Generoso de Castro (MG)
15h30 - 16h00	Coffee Break & Visita a feira
16h00 - 16h45	COMO EU FAÇO: O enfermeiro como protagonista do cuidado seguro e qualificado <i>Moderadora: Flavia Camerini (RJ)</i>
16h00 - 16h15	Round multiprofissional Palestrante: Andrezza Serpa Franco (RJ)
16h15 - 16h30	Safety huddle Palestrante: Júlio Eduvirgem (PR)
16h30 - 16h45	Handoff & Handover Palestrante: Clayton de Lima Melo (MG)
16h45 - 17h30	SESSÃO TEMÁTICA: Dimensionamento de enfermagem na UTI <i>Moderadora: Débora Feijó (RS)</i>
16h45 - 17h00	Leis, portarias e resoluções Palestrante: Natasha Preis Ferreira (MG)
17h00 - 17h15	O papel do Nursing Activity Score - NAS Palestrante: Deise Cristianetti (RS)
17h15 - 17h30	Quais desafios enfrentamos e o que ainda queremos? Palestrante: Juliana Carla Ferreira de Souza (MG)
17h30 - 18h00	Coffee Break & Visita a feira
18h00 - 18h45	CASO CLÍNICO/SIMULAÇÃO <i>Moderador: Allan Peixoto (RJ)</i>
18h00 - 18h15	Transporte do paciente crítico Palestrante: Selma Pinto (MG)
18h15 - 18h30	Abordagem do paciente em ECMO Palestrante: Felipe Utuari (SP)
18h30 - 18h45	Intercorrências dialíticas Palestrante: Jaime de Oliveira Campos Junior (MG)
18h45 - 19h15	CONFERÊNCIA: Year in Review: Os estudos em Terapia Intensiva que o Enfermeiro precisa saber <i>Moderadora: Sabrina Pinheiro (RS)</i> Palestrante: Rennan Martins Ribeiro (SP)
19h15 - 19h30	ABENTI AWARDS & Encerramento Sabrina Pinheiro (RS) /Rennan Martins Ribeiro (SP)

PALESTRANTE INTERNACIONAL



Oscar Cabrera Avendaño - México

Presidente da Federação Latinoamericana de Enfermagem em Cuidado Intensivo.

PALESTRANTES NACIONAIS

Alessandra Vaccari - RS



Enfermeira especialista em Neonatologia, Ciências Radiológicas e Auditoria Médica, Mestre e Doutora em Saúde da Criança. Professora do Programa de Pós-Graduação e da Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tesoureira da Federação Latino-Americana de Simulação Clínica e Segurança do Paciente (FLASIC) e Membro Honorário da Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva (ABENTI). Coordenadora da área de Neonatologia da Prova Nacional de Titulação para Enfermeiros em Terapia Intensiva (prova teórica e prova prática com OSCE) pela Associação Brasileira de Enfermagem e Terapia Intensiva (ABENTI) período 2019-2023. É pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Educação e Tecnologia (Gepeotec) da UFRGS. Autora e organizadora do livro *Intensivismo Neonatal: o que todo enfermeiro deve saber*, publicado em 2021 pela Editora Atheneu. Formou-se como instrutora em Simulação Clínica e foi coordenadora do Laboratório de Práticas de Enfermagem (LAPENF) da UFRGS.

Allan Peixoto de Assis - RJ



Doutor em Ciências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Intensivista titulado pela ABENTI. Professor Adjunto 20h de Enfermagem Médico-Cirúrgica da UFRJ. Tenente Coronel Enfermeiro do Corpo de bombeiros militar do estado do Rio de Janeiro onde atua como Coordenador de Enfermagem do centro de terapia intensiva. Membro da diretoria da ABENTI 2023-2025. Membro da Câmara Técnica de Terapia Intensiva do COREN RJ.

Alessandra Ferreira de Souza - MG



Mestre em Ciências da Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte. MBA em Gestão de Negócios pelo IBMEC. Especialista em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte. Graduada em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Coordenadora de Enfermagem da Neonatologia do Hospital Santa Casa. Docente da Pós-graduação Lato-sensu Enfermagem em Terapia Intensiva, Emergência e Trauma Neonatal e Pediátrico da PUC Minas. Docente da Pós-graduação Lato-sensu Enfermagem Obstétrica Faculdade Santa Casa BH. Docente da Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Santa Rita em Conselheiro Lafaiete.

Ana Paula Souza Lima - MG



Mestre em Enfermagem pela UFMG, Especialista em emergência, trauma e terapia intensiva, titulada em terapia intensiva do adulto pela ABENTI/AMIB, docente da pós graduação lato sensu da PUC Minas e enfermeira da UTI do Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais.

Andreza Serpa Franco - RJ



Doutora em Enfermagem e Biociências -PPGENF/UNIRIO
Titulada em Terapia Intensiva ABENTI
Coordenadora do departamento de enfermagem SOTIERJ
Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da UERJ
Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica - DEMC
Professor do programa teórico/Prático da Residência de Enfermagem Cardiovascular - Uerj/HUPE
Professor de Práticas na Emergência e Trauma Intra hospital da Universidade veiga de Almeida

Ariane Teixeira – RS



Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Mestre em Enfermagem pela UFRGS na linha de Tecnologias do Cuidado em Enfermagem e Saúde; Pós graduação em Humanização na Atenção e Gestão do SUS pela UFRGS; Pós graduação em Processos Assistenciais de Enfermagem pela UFSM; enfermeira do time de ECMO do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e ECMO especialista pela ELSO;



Carmen Maria Lazzari - RS

Enfermeira e Odontóloga. Doutora em Ciências Cardiológicas e Cardiovasculares. Mestre em Clínica Médica. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Titulada pela ABENTI. Coordenadora da Prova de Certificação em Enfermagem em Terapia Intensiva.



Clayton Lima Melo - MG

- Doutor em Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem pela UFMG. - Titulado em Enfermagem em Terapia Intensiva pela ABENTI - Coordenador e Professor do Curso de Enfermagem - PUC Minas Coração Eucarístico - Enfermeiro do Hospital Metropolitano Odilon Behrens - Belo Horizonte/MG. - Conselheiro e membro da Câmara Técnica Terapia Intensiva Coren-MG - Membro do Departamento de Enfermagem da SOMITI e Vice-Presidente do Departamento Enfermagem da AMIB



Débora Soares Santos - MG

Enfermeira intensivista titulada pela Associação Brasileira de Enfermagem e Terapia Intensiva ABENTI/AMIB; Enfermeira especialista em Terapia Intensiva pela Residência multiprofissional da Santa Casa de Belo Horizonte (SCBH); Docente nas pós-graduações de terapia intensiva e Urgência e Emergência com Ênfase em Cardiologia – Na faculdade Santa Casa - Belo Horizonte, nas disciplinas de Neurointensivismo e Cardiointensivismo; Docente na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; Instrutora do ACLS/ SOMIT; Enfermeira de Governança Clínica do Hospital Socor; Mestranda na Universidade Federal de Minas Gerais.



Deise Cristianetti - RS

Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva Neonatal pela Abenti,
Especialista em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica,
Especialista Enfermagem em Neonatologia,
Tutora Estadual pelo Ministério da Saúde do Método Canguru Hospital e Unidade Básica de saúde,
Enfermeira Assistencial da Unidade de Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre desde 2013 até os dias atuais
Mestrado Acadêmico em Enfermagem



Diego Franklin Francisco Nasser Fernandes – MG

Enfermeiro intensivista e emergencista Professor da pós graduação universidade FUMEC e Santa Casa Coordenador de enfermagem da UTI PS Hospital das Clínicas UFMG Chefe substituto do CTI Adulto Hospital das Clínicas UFMG Preceptor de Residência cardiovascular do Hospital das Clínicas UFMG



Erika Azevedo Portes - MG

Enfermeira, Doutora e Mestre em Saúde e Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Terapia Intensiva, Perfusionista titulada pela SBCEC. Diretora e Instrutora do curso ACLS da *American Heart Association*. Coordenadora do curso de graduação em Enfermagem e do curso de Especialização em Circulação extracorpórea da Faculdade Santa Casa de Belo Horizonte.



Filipe Utuari de Andrade Coelho - SP

Doutor em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da USP. Titulado em Enfermagem em Terapia Intensiva pela ABENTI/AMIB. Especialista em ECMO pela ELSO. Professor Assistente da Graduação em Enfermagem e Coordenador da Pós-graduação em enfermagem em terapia intensiva da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein.



Flávia Lopes Gabani - PR

Enfermeira pediatra pela Residência em Saúde da Criança da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Titulada em Terapia Intensiva Pediátrica pela ABENTI. Pós-doutoranda em Enfermagem pela UEL. Professora adjunta da na área pediátrica em programas de graduação e pós-graduação. Vice-líder do Grupo de Pesquisa em Terapia Intensiva Pediátrica (GPTIP) da UEL. Atuação como enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica em Londrina, Paraná.



Jaime de Oliveira Campos Jr

Enfermeiro, mestre em enfermagem, especialista em terapia intensiva, urgência e emergência. Coordenador de enfermagem da UTI do pronto socorro HC UFMG. Professor de pós graduação do IEC PUC MINAS em disciplinas de terapia intensiva adulto.

João Paulo Victorino - SP



Enfermeiro licenciado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), com período sanduíche na Universidade de Alberta (Canadá). Possui Residência e Pós-Graduação (lato-sensu) em Terapia Intensiva pelo Hospital Israelita Albert Einstein. Titulado em Terapia Intensiva Adulto pela ABENTI e, atualmente, Doutorando em Ciências da Saúde pela EERP-USP. Enfermeiro Sênior da UTI adulto do Hospital Israelita Albert Einstein e Docente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

Júlio Eduvirgem - PR



Enfermeiro Intensivista (TENTI-AD) ABENTI/AMIB 2022.
Coordenador de Ensino do CEPETI – Centro de Estudos e Pesquisas em Terapia Intensiva
Mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR (GEMSA) 2023-2025
Docente do Ensino Superior em Enfermagem
Presidente do Departamento de Enfermagem da SOTIPA - Sociedade de Terapia Intensiva do Paraná
Titular da Associação Brasileira de Enfermeiros Intensivistas - ABENTI
Titular da Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB
Secretário do Núcleo de Enfermeiros da Educação Permanente do Paraná – NEEP-PR

LAÉRCIA FERREIRA MARTINS – CE



Mestre em Cuidados Clínicos e Saúde – Linha de Pesquisa Gestão – Universidade Estadual do Ceará – UECE
Enfermeira Especialista Intensivista Adulto – Titulada pela Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva – ABENTI
Membro Associado do Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde – CBEXs
Gerente de Enfermagem do Hospital Fernandes Távora – HFT / Instituto Práxis
Coordenadora de Enfermagem do Serviço de Terapia Intensiva do Hospital Fernandes Távora – HFT / Instituto Práxis
Co-Founder L&A Inteligência em Saúde
Coordenadora do Núcleo de Pesquisa Clínica – NUPEC – Grupo de Pesquisa do Hospital Fernandes Távora – HFT / Instituto Práxis
Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Lázaro França Nonato - MG



Gerente de equipe multidisciplinar do Hospital LifeCenter Hapvida NotreDame Intermédica; Gestor de Práticas Assistenciais; Mestre em Enfermagem; Enfermeiro intensivista titulado ABENTI/ AMIB; Especialista em UTI adulto; Docente de Pós Graduação; Membro da Câmara Técnica de UTI Adulto, Pediátrico e Neonatal pelo COREN-MG.

Larah Generoso de Castro - MG



Enfermeira, especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto pela Faculdade Santa Casa BH, *Master of Business Administration* em Gestão de Negócios de Saúde pela Fundação Dom Cabral e coordenadora do CTI Pós Operatório Cardiovascular, CTI Pós Operatório Neurológico e CTI Pós Operatório Geral 1 e 2 do Hospital Santa Casa de BH

Natasha Preis Ferreira - MG



Enfermeira Titulada em Terapia Intensiva Adulto pela Abenti. Conselheira Coren MG 21/23. Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pela UFMG. Membro da Comissão de Gestão Estratégia e da Qualidade do Coren MG. Enfermeira da Qualidade no Complexo Hospitalar de Urgência da Rede Fhemig. MBA Executivo de Saúde pela FGV. Especialista em Terapia Intensiva, Auditoria de Serviços de Saúde e Gestão Hospitalar.

Rennan Martins Ribeiro - SP



Título de Esp. Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto | TENTI-AD pela ABENTI
Especialista em Enfermagem em Neurologia e Neurocirurgia pela UNIFESP
Vice-presidente ABENTI (2023-2024)
Chair of Nursing Leadership Section Neurocritical Care Society

Renata Ventura Ricoy de Souza Castro - MG



Coordenadora de enfermagem CTI Adulto do Hospital Mater Dei, unidade Contorno. Enfermeira, especialista em Terapia Intensiva, Urgência, Emergência e Trauma, especialista em Nefrologia. Cursando gestão em negócios pela Fundação Dom Cabral.

Selma de Almeida Pinto - MG



Enfermeira especialista em Terapia Intensiva (PUC Minas) e titulada em enfermagem aeroespacial pela Abraero.
Mestre em Enfermagem
Enfermeira de voo da Unimed Aeromédica
Docente do Curso de Pós Graduação em Enfermagem do Instituto Continuoado da PUC Minas.
Associada a ABENTI

Tássia Nery Faustino - BA



Residência em Enfermagem Intensivista. Titulada como Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva Adulto pela ABENTI. Mestre em Enfermagem e Doutora em Medicina e Saúde. Professora Assistente do curso de graduação em Enfermagem, professora da Residência Multiprofissional em Saúde (Núcleo Terapia Intensiva) e Supervisora geral da Liga Acadêmica de Enfermagem em Terapia Intensiva da Universidade do Estado da Bahia. Membro do Conselho Fiscal da ABENTI Gestão 2023-2024. Professora de cursos de pós-graduação Lato Sensu de Enfermagem em Alta Complexidade e Terapia Intensiva e Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Thais Oliveira Gomes - MG



Enfermeira intensivista titulada pela Abenti
Mestre e doutorando em Saúde do Adulto pela Faculdade de Medicina da UFMG
Enfermeira do Hospital das Clínicas da UFMG
Instrutora e diretora do ACLS pela Somiti

Vanessa Pareja Coelho - MG



Engenheira. Gerente do setor de Engenharia Clínica da Santa Casa de Belo Horizonte

SUMÁRIO

PRÊMIO DÉBORA FEIJÓ VIEIRA

1º Lugar- Construção e testagem de tecnologia para promoção da segurança medicamentosa em terapia intensiva **23**

2º Lugar- Ficha de admissão de enfermagem em unidade de terapia intensiva oncológica: produção e validação **25**

3º Lugar- Confiabilidade e Validade de Constructo do *Patient Generated Index* (PGI) em pacientes pós-Hemorragia Subaracnoidea **28**

4º Lugar- Sobreutilização de cateteres venosos centrais em terapia intensiva à luz da iniciativa *choosing wisely* **30**

5º Lugar- Correlação entre o *Nursing Activities Score* e o *Simplified Acute Physiology Score 3*: uma coorte comparativa entre UTI pública e privada **33**

PÔSTERES- DESTAQUE

1º Lugar- Avaliação da atividade antimicrobiana, citotóxica, antibiofilme e de cicatrização do polihexametileno biguanida em feridas complexas **37**

2º Lugar- Transporte aeromédico de recém-nascidos cardiopatas **38**

3º Lugar- A experiência de ser profissional-paciente que vivenciou a hospitalização por covid-19: “um grande susto” **39**

4º Lugar- Educação em saúde na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde: uma prática institucional inovadora **40**

5º Lugar- Hipotermia na admissão e associação com óbito em unidade de terapia intensiva pediátrica **41**

RESUMOS APRESENTADOS NA MODALIDADE E-PÔSTERES

- Ultrassonografia para confirmação do posicionamento do tubo enteral: descrição da técnica e confiabilidade do método **43**
- Checklist de avaliação dos riscos relacionados ao banho no leito do paciente crítico **43**
- Correlação entre o dimensionamento do pessoal de enfermagem e taxa de incidentes de uma UTI **44**
- Uso do *train-of-care* (TOF) pelo enfermeiro na unidade de terapia intensiva: relato de experiência **45**
- Diagnósticos e cuidados de enfermagem ao paciente submetido ao coma barbitúrico induzido: relato de experiência **47**
- Diagrama de Ishikawa como direcionador dos cuidados com o cateter EKOS®: um relato de experiência **48**
- Os impactos dos ruídos excessivos na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrativa **49**
- O enfermeiro na percepção de dor no RN na UTI: uma revisão integrativa de literatura **50**
- A contribuição da musicoterapia no ambiente de unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrativa **51**
- A utilização do ultrassom *point of care* por enfermeiros na identificação de retenção urinária em pacientes críticos: um relato de experiência **52**
- A tomada das decisões éticas e morais por enfermeiros intensivistas durante a pandemia de COVID-19 **53**
- Desvelando a experiência do familiar do paciente com COVID-19 internado na unidade de terapia intensiva **54**
- Compreensão da enfermagem sobre sua relação com infecções relacionadas à saúde na unidade de terapia intensiva **55**
- Taxa de infecção do trato urinário em pacientes internos na unidade de terapia intensiva **56**

- Pacientes com câncer e carga de trabalho de enfermagem: subsídios para prática na COVID-19 **58**
- Ação educativa para o uso da monitorização não invasiva em unidades críticas: relato de experiência **58**
- Relato de experiência: instrumento para gerenciamento da mudança de decúbito na unidade de terapia intensiva **59**
- Aplicação de coberturas multicamadas como estratégia para prevenção de lesão por pressão na unidade de terapia intensiva **60**
- Cuidados pós aspiração endotraqueal realizados em pacientes críticos pela equipe multidisciplinar na terapia intensiva **61**
- Ultrassom à beira leito na avaliação gástrica de pacientes críticos por enfermeiros: relato de experiência **63**
- Lesões de pele associada à fixação de cateter vesical: predição pelo edema local e anasarca **64**
- Resgate às mulheres com colpocitologia oncológica em atraso: um relato de experiência **65**
- Inserção de dispositivo intrauterino às mulheres residentes em uma zona rural: um relato de experiência **66**
- A ferramenta *safety huddle* para comunicação entre a equipe de enfermagem: um relato de experiência **67**
- Nutrição tardia e desfechos negativos em uma unidade de terapia intensiva brasileira **67**
- Risco de choque no infarto agudo do miocárdio em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa **69**
- Redução de infecção primária de corrente sanguínea em terapia intensiva: um plano de ação **70**
- Segurança do paciente na UTI: produção de vídeos como estratégia educativa em tempos de pandemia **71**
- Residência multiprofissional em unidade de terapia intensiva na Amazônia ocidental: relato de experiência **72**
- Ensino híbrido em ressuscitação cardiopulmonar: relato da experiência em uma unidade de terapia intensiva **73**
- Barreiras na prática da higiene bucal em unidade de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura **74**
- Enfermagem em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva em adultos e idosos: revisão integrativa **75**
- Uso de recurso didático online como ferramenta para as boas práticas de higiene das mãos **76**
- Prevenção de lesão por pressão em pacientes internados: produção de vídeo educativo **77**
- O cuidado dos profissionais no auxílio às famílias em luto **78**
- Impacto na assistência de enfermagem a partir de uma ferramenta de comunicação: relato de experiência **79**
- *Bundle* interdisciplinar para unidade de terapia intensiva adulto COVID-19: uma revisão de literatura **80**
- Cuidados de enfermagem ao paciente em pós-operatório de revascularização do miocárdio **81**
- Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes neurocirúrgicos em centro de terapia intensiva: tecnologia assistencial **82**
- Influência da posição prona sobre a prevenção de lesão pulmonar induzida pelo ventilador **83**
- Percepções da enfermagem intensivista sobre as fragilidades e fortalezas no atendimento a parada cardiorrespiratória **84**
- Kamishibai como ferramenta de gerenciamento da prevenção de infecção na terapia intensiva: relato de experiência **85**
- Perfil epidemiológico das unidades de terapia intensiva do Brasil **87**
- Assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca em unidade de terapia intensiva **88**
- Passagem de plantão da enfermagem em UTI: construção de instrumento baseado na metodologia SBAR **89**
- Assistência de enfermagem ao paciente em oxigenação por membrana extracorpórea na unidade de terapia intensiva **90**

- Abordagem ao paciente renal transplantado em cenário de residência: relato de experiência **91**
- Utilização de ultrassonografia por enfermeiros como ferramenta para o diagnóstico de retenção urinária **92**
- Segurança e eficácia da fita de silicone para fixação de cateter vesical de demora **93**
- Assistência de enfermagem ao paciente com AVEI maligno submetido à craniectomia descompressiva **94**
- Impactos do uso da ultrassonografia pelos enfermeiros para avaliação de volume vesical **95**
- Desafios de acadêmicas de enfermagem durante a prática clínica no intensivismo neonatal **96**
- A metodologia da problematização na prática clínica no intensivismo neonatal: relato de acadêmicas de enfermagem **97**
- Conhecimento da enfermagem intensivista sobre cuidados avançados após parada cardiorrespiratória: mapeamento para educação permanente **98**
- Escala de Cubbin & Jackson na avaliação de risco de lesão por pressão em pacientes neurocríticos **99**

RESUMOS EXPANDIDOS

- Autonomia do enfermeiro intensivista: analgesia guiada pelo enfermeiro - Enf^ª Ariane Teixeira **101**
- Guideline surviving sepsis campaign: o que há de novo? - Enf^ª Ana Paula Souza Lima **102**
- Hocus pocus: o ultrassom como um passe de mágica - Enf^ª Ana Paula Souza Lima **104**
- Humanização na uti: como realmente colocar em prática - Enf^ª Renata Ventura Ricoy de Souza Castro **106**
- Caso clínico: transporte do paciente crítico - trauma pediátrico - Enf^ª Selma de Almeida Pinto **107**
- *Bundle* abcdef: entendendo essa sopa de letrinhas - Enf^ª Erika Azevedo Portes **110**
- A valorização do enfermeiro intensivista - nossa história: aonde chegamos... - Enf^ª Carmen Maria Lazzari **112**
- Loops e curvas: compreendendo as curvas do ventilador - Enf^º Allan Peixoto de Assis **114**
- Os 10 principais riscos relacionados às tecnologias em saúde para 2023 - Eng^ª Vanessa Pareja Coelho **116**

PRÊMIO DÉBORA FEIJÓ VIEIRA

1º LUGAR- CONSTRUÇÃO E TESTAGEM DE TECNOLOGIA PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA MEDICAMENTOSA EM TERAPIA INTENSIVA

Geovane de Kassio Nunes, Rafael Celestino da Silva, Juliana Faria Campos, Flávia Giron Camerini, Letícia Braga Portes Alves Rentz, Bruna Gonçalves Ribeiro Araujo

Introdução: Às dificuldades de identificação dos medicamentos administrados por linhas endovenosas são uma problemática que ganha destaque especial em ambientes de cuidados intensivos. Tais dificuldades estão relacionadas ao desarranjo visual e entrelaçamento de linhas endovenosas que ocorrem quando há o uso concomitante de vários medicamentos, já que uma única via endovenosa pode servir para a administração de múltiplas infusões. Esse desarranjo visual, denominado na literatura como Síndrome do Espaguete, aumenta a complexidade e riscos relacionados ao manuseio da terapia infusional. A ocorrência de erros de identificação dessas linhas endovenosas pode gerar consequências clínicas e hemodinâmicas muito graves ao paciente crítico. Diante disso, o desenvolvimento de práticas adequadas de rotulagem pode diminuir os erros de medicação e proporcionar ao profissional de enfermagem maior segurança na manipulação dos dispositivos de terapia endovenosa, particularmente envolvendo os medicamentos potencialmente perigosos. **Objetivo:** Construir e testar rótulos para identificação das linhas endovenosas dos medicamentos potencialmente perigosos administrados em pacientes críticos. **Método:** Tratou-se de um estudo de inovação tecnológica desenvolvido em duas fases: a primeira, de revisão de escopo, que mapeou na literatura o conhecimento existente sobre a rotulagem de dispositivos para administração de medicamentos endovenosos em pacientes críticos e, em seguida, construiu um protótipo de rótulo para linhas endovenosas de medicamentos potencialmente perigosos; e a segunda, de cunho experimental no formato crossover, que testou a aplicabilidade do uso do rótulo em um cenário crítico simulado de múltiplas infusões endovenosas. A revisão de escopo realizou buscas até dezembro de 2022 em bases de dados e em sites de instituições e órgãos especializados. Os dados foram coletados em 11 artigos e 10 documentos provenientes da literatura cinza. Os dados foram extraídos por meio de um instrumento e, posteriormente, classificados, sumarizados e agregados para o mapeamento do conhecimento. Na fase de testagem, 29 enfermeiros atuantes em terapia intensiva há mais de seis meses foram submetidos a dois cenários clínicos em ambiente simulado em laboratório, um com os rótulos construídos e o outro sem o rótulo. Nesses cenários, os enfermeiros deveriam cumprir duas tarefas, uma de identificação das medicações infundidas nas linhas endovenosas conectadas ao acesso venoso profundo do paciente crítico, e a outra de desconexão de uma linha específica. Os dados foram coletados mediante formulário estruturado no qual o participante registrava o nome dos medicamentos identificados e o pesquisador registrava o tempo gasto e o nome do medicamento presente na linha desconectada. Além disso, o participante respondeu a um questionário estruturado no qual avaliava o rótulo construído com base em uma escala Likert de concordância. Os desfechos analisados foram a assertividade na identificação dos medicamentos nas linhas endovenosas e o tempo gasto nessa identificação. Aplicaram-se a estatística descritiva, para a caracterização das variáveis, e o teste de Wilcoxon para avaliar a associação da intervenção com os desfechos, considerando o nível de significância de 5%. Para a análise da concordância, considerou-se uma escala de pontos organizada com base nas proposições do questionário, que variou de 7 a 28 pontos (máxima concordância). A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com número de parecer: 5.656.699, CAAE: 43137721.9.0000.5238. Resultados: Os resultados da revisão

evidenciaram que a rotulagem padronizada dos dispositivos endovenosos em relação à estrutura e design dos rótulos contribui para a ocorrência de menos erros de identificação dos medicamentos, o desenvolvimento da rotulagem em menor tempo e a administração mais rápida dos medicamentos. Dentre as características levantadas dos rótulos de linhas endovenosas, destacaram-se: formato impresso; codificação por cor da classe medicamentosa; diferenciação do tamanho das letras; material resistente; tamanho: 7 cm de comprimento x 2,5cm de largura; informações: nome do medicamento, dose (em mg/ml e UI/ml) e data da troca da linha endovenosa; fonte Times New Roman tamanho 12. Os medicamentos potencialmente perigosos escolhidos foram Midazolam, Fentanil, Propofol, Noradrenalina, Heparina e Vasopressina. Na testagem do protótipo do rótulo, os participantes desempenharam as tarefas de identificação dos medicamentos com e sem rótulos com a taxa média de acertos semelhante. O Midazolam foi o único medicamento que obteve somente avaliação positiva, o que demonstrou uma tendência de maior benefício do uso do protótipo do rótulo no desempenho do profissional em relação ao cenário sem o rótulo. Além disso, independente do cenário, 30% dos participantes tiveram erros na identificação dos medicamentos potencialmente perigosos. Por outro lado, a testagem comprovou que, com a utilização do rótulo construído ocorreu a redução do tempo na atividade de identificação. Dessa feita, o tempo gasto para a tarefa de identificação e desconexão da linha endovenosa foi significativamente menor no cenário com o rótulo. O escore de concordância dos participantes quanto às informações, design, estrutura e aplicabilidade do rótulo foi de 25 pontos, o que representou elevada concordância. **Discussão:** As investigações anteriores que avaliaram os impactos do uso dos rótulos de linhas endovenosas na segurança do paciente apresentaram resultados semelhantes aos obtidos nesta pesquisa, pois apontaram a redução do índice de erros, a redução do tempo gasto no cumprimento das tarefas de rotulagem e a maior satisfação dos profissionais ao manusearem medicamentos com identificação padronizada^{1,2,3}. Isso evidencia que os rótulos padronizados melhoram a segurança das práticas dos profissionais relacionadas à administração dos medicamentos endovenosos potencialmente perigosos, além de otimizarem o tempo-execução dessa atividade pelos intensivistas. Nesse sentida a utilização dessa estratégia aumenta as chances de se obter os efeitos desejados com o uso desses medicamentos e facilita a tomada de decisão segura à beira do leito quanto ao gerenciamento da terapia infusional, já que os erros com os medicamentos presentes em linhas são passíveis de acontecer com qualquer profissional inserido no cenário de cuidados críticos e, muitas vezes, são imperceptíveis, subnotificados e negligenciados pelo sistema de saúde. **Conclusão:** Os rótulos de linhas endovenosas construídos possibilitaram o desenvolvimento de tarefas de identificação e desconexão de medicamentos em menor tempo, bem como alcançaram uma avaliação positiva pelos participantes. Conclui-se que o rótulo tem potencial de fortalecimento da segurança do sistema de medicação das instituições, podendo ser utilizado como tecnologia para prevenir os erros de identificação dos medicamentos potencialmente perigosos administrados por linhas endovenosas em pacientes críticos. **Contribuições e implicações para a prática:** A tecnologia desenvolvida pode levar a intervenções ao paciente mais rápidas e eficazes na administração, monitoramento e remoção de infusões endovenosas. Ademais, pode contribuir com o trabalho da equipe de enfermagem na identificação correta dessas infusões e, com isso, minimizar os erros de medicação, como os de conexões e desconexões de infusões, flushing em vias erradas, dentre outros. Os benefícios potenciais são tanto para o paciente, ao receber a terapia medicamentosa sem interrupções e erros, quanto para o profissional, ao se sentir mais seguro no manejo de tais dispositivos.

Descritores: Infusões endovenosas; Cuidados críticos; Segurança do paciente;

Referências:

- 1-Porat N, Bitan Y, Shefi D, Donchin Y, Rozenbaum H. Use of colour-coded labels for intravenous high-risk medications and lines to improve patient safety. *Qual Saf Health Care*. 2009; 18(6):505-9. <http://doi.org/10.1136/qshc.2007.025726>.
- 2-Morales-González MF, Galiano Gálvez MA. Predesignedlabelstopreventmedicationerrors in hospitalizedpatients: a quasiexperimental design study. *Medwave*. 2017;17(8):e7038. doi: <https://doi.org/10.5867/medwave.2017.08.7038>
- 3-Pinkney SJ, Fan M, Koczmara C, Trbovich PL. Untangling infusion confusion: a comparative evaluation of interventions in a simulated intensive care setting. *CritCare Med*. 2019; 47(7):e597–e601. doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003790>

2º LUGAR- FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA: PRODUÇÃO E VALIDAÇÃO

Anne Kerollen Pinheiro de Carvalho, Adrienne de Cássia Monteiro da Rocha, Fernando Conceição de Lima, Clarissa Porfirio Mendes, Elizabeth Teixeira, Alzinei Simor

Introdução: As Unidades de Terapia Intensivas (UTI) possuem ambientes equipados com recursos tecnológicos avançados destinados ao tratamento de pacientes em estado crítico, que necessitam de cuidados multidisciplinares constantes. Nesse contexto, é comum que as práticas sejam mediadas por tecnologias, o que pode enfraquecer as interações com os pacientes¹. No entanto, é importante ressaltar que é necessário encontrar um equilíbrio entre essas perspectivas, de modo que a assistência de enfermagem, baseada nas Necessidades Humanas Básicas (NHB), possa permitir uma maior proximidade entre enfermeiros e pacientes, inclusive nas UTIs onde estão os pacientes críticos². No que diz respeito à assistência, a coleta de dados dos pacientes em unidades de terapia intensiva oncológica, especialmente no momento da admissão, possibilita uma melhor avaliação do estado do paciente, visando a identificação de suas NHBs e a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) por meio de intervenções individualizadas³. **Objetivo:** criar uma ficha de admissão de enfermagem para pacientes de unidade de terapia intensiva oncológica. **Métodos:** Foi realizado um estudo metodológico no período de março de 2021 a novembro de 2022, com o objetivo de criar e validar uma ficha de admissão de enfermagem específica para pacientes da UTI oncológica. O estudo foi conduzido em quatro etapas: revisão integrativa da literatura (RIL), elaboração da primeira versão da ficha, validação do conteúdo por meio de avaliação de especialistas e revisão e apresentação da versão final da ficha. Durante a elaboração deste artigo, foram seguidos os princípios estabelecidos pelo guia *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* (SQUIRE 2.0), disponível no website da rede Equator. A primeira etapa deste estudo consistiu na realização de uma RIL, com o objetivo de reunir evidências para orientar a composição do conteúdo da ficha de admissão. Inicialmente, foram identificados o tema e elaborada a questão de pesquisa com base na estratégia PICO: "Quais são as evidências disponíveis sobre a admissão de pacientes oncológicos em Unidades de Terapia Intensiva?" Os critérios de inclusão e exclusão foram estabelecidos, e a busca foi conduzida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), abrangendo o período de 2017 a 2022. A estratégia de busca incluiu a combinação dos termos "Unidade de Terapia Intensiva", "admissão" e "oncologia", utilizando o operador booleano "AND". A segunda etapa envolveu a construção da primeira versão da ficha, baseada nas evidências sintetizadas durante a revisão. A terceira etapa do estudo foi a validação de conteúdo, que contou com a participação de especialistas selecionados com base em critérios de expertise. Os especialistas atendiam a pelo menos dois dos seguintes critérios: especialização ou mestrado na área de UTI, pelo menos três anos de experiência assistencial na área de UTI, ou docência em disciplinas de UTI ou atendimento a pacientes críticos. A seleção dos

especialistas foi feita a partir de uma lista de docentes das Universidades Federal e Estadual do Pará, bem como enfermeiros de UTI de três hospitais públicos da região norte do Pará. Todo o processo ocorreu online, por meio da plataforma Google Forms. Os especialistas convidados receberam cartas de convite por e-mail, contendo os objetivos do estudo e a identificação dos pesquisadores. Aqueles que aceitaram participar receberam duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a devolução do TCLE, foi enviada a primeira versão da ficha em formato *Portable Document Format* (PDF), juntamente com um questionário que continha dados sociodemográficos, instruções para preenchimento e quatro blocos de itens relacionados a objetivos, estrutura e apresentação, relevância e motivação. Os itens foram avaliados em uma escala Likert com as seguintes opções: inadequado (I), parcialmente adequado (PA), adequado (A) e totalmente adequado (TA). No bloco de itens sobre pertinência, clareza e aplicabilidade na prática, as opções de avaliação foram: discordo totalmente (-2), discordo (-1), concordo (+1) e concordo totalmente (+2). O teste de razão de verossimilhança do Qui-quadrado foi utilizado para análise estatística, adotando um nível de significância de p-valor $<0,05$. A proporção ou porcentagem de especialistas que concordaram com os itens do instrumento foi calculada por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), considerado adequado quando igual ou superior a 0,78 (referência 20). Itens com IVC inferior a 0,78 foram revisados e ajustados. Foi realizada uma análise estatística descritiva e inferencial. A quarta etapa consistiu na reestruturação da ficha com base nas sugestões dos especialistas, para obter a versão final. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, seguindo as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com parecer número 5.339.264 e CAAE: 56210722.8.0000.5550. **Resultados:** Na primeira etapa de revisão, foram selecionados 13 artigos que permitiram identificar os conteúdos para a elaboração da primeira versão da ficha de admissão. A ficha foi estruturada em 15 itens distribuídos em blocos: Identificação (3 itens), breve histórico (1 item), condições de admissão (8 itens) e exame físico (3 itens). Na terceira etapa, 15 especialistas participaram da validação de conteúdo. Quanto à faixa etária, 7 especialistas (46,7%) tinham entre 36 e 45 anos, 4 (26,7%) entre 26 e 35 anos, 3 (20,0%) entre 46 e 55 anos e 1 (6,7%) entre 56 e 65 anos. Em relação ao sexo, 14 eram mulheres (93,3%) e 1 homem (6,7%). Quanto ao tempo de formação, 8 (53,3%) tinham entre 5 e 14 anos, 6 (40,0%) entre 15 e 24 anos e 1 (6,7%) entre 25 e 34 anos de formação. Quanto ao tempo de atuação na área de UTI, 8 (53,3%) tinham entre 1 e 10 anos, 6 (40,0%) entre 11 e 20 anos e 1 (6,7%) entre 21 e 30 anos. Em relação à titulação, 9 (60%) eram especialistas, 4 (26,7%) doutores e 2 (13,3%) mestres. Dos especialistas, 10 (66,7%) afirmaram ter concluído pelo menos uma pesquisa relacionada à UTI. No que diz respeito às avaliações dos especialistas, o item 2.1 (o instrumento é adequado para ser preenchido pelo enfermeiro durante a admissão do paciente na UTI) obteve a maior pontuação média ($3,800 \pm 0,414$). Em relação à confiabilidade, todos os itens apresentaram índices de Alfa de Cronbach acima de 0,90 (excelente confiabilidade). No entanto, o item 3.2 (o instrumento está adequado para possibilitar ao enfermeiro obter informações relevantes do paciente que será admitido, no aspecto de motivação) obteve um valor de IVC abaixo do estabelecido ($IVC > 0,75$). As sugestões fornecidas pelos especialistas em relação aos blocos e itens da ficha foram consideradas na quarta etapa, permitindo a reestruturação da primeira versão e a elaboração da versão final da ficha (Figura 1).

Figura 1. Versão final da ficha de admissão de enfermagem para pacientes de unidade de terapia intensiva oncológica. Belém, Pará, Brasil, 2023.

IDENTIFICAÇÃO	
Nome:	Registro: _____ Leito: _____
Data de Nascimento:	Idade: _____
Data de admissão na UTI:	Data de admissão no hospital: _____
Procedência:	Hipótese diagnóstica: _____
Motivo de internação na uti: _____	
BREVE HISTÓRICO	
AMP:	
<input type="checkbox"/> Câncer: _____ <input type="checkbox"/> Metástase: _____ <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Alergia: <input type="checkbox"/> Medicamentosa: _____ <input type="checkbox"/> Alimentar: _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Histórico cirúrgico: _____	
CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	
Sinais vitais:	
Temp: _____	FC: _____
Valor da	FR: _____
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100
101	102
103	104
105	106
107	108
109	110
111	112
113	114
115	116
117	118
119	120
121	122
123	124
125	126
127	128
129	130
131	132
133	134
135	136
137	138
139	140
141	142
143	144
145	146
147	148
149	150
151	152
153	154
155	156
157	158
159	160
161	162
163	164
165	166
167	168
169	170
171	172
173	174
175	176
177	178
179	180
181	182
183	184
185	186
187	188
189	190
191	192
193	194
195	196
197	198
199	200
201	202
203	204
205	206
207	208
209	210
211	212
213	214
215	216
217	218
219	220
221	222
223	224
225	226
227	228
229	230
231	232
233	234
235	236
237	238
239	240
241	242
243	244
245	246
247	248
249	250
251	252
253	254
255	256
257	258
259	260
261	262
263	264
265	266
267	268
269	270
271	272
273	274
275	276
277	278
279	280
281	282
283	284
285	286
287	288
289	290
291	292
293	294
295	296
297	298
299	300
301	302
303	304
305	306
307	308
309	310
311	312
313	314
315	316
317	318
319	320
321	322
323	324
325	326
327	328
329	330
331	332
333	334
335	336
337	338
339	340
341	342
343	344
345	346
347	348
349	350
351	352
353	354
355	356
357	358
359	360
361	362
363	364
365	366
367	368
369	370
371	372
373	374
375	376
377	378
379	380
381	382
383	384
385	386
387	388
389	390
391	392
393	394
395	396
397	398
399	400
401	402
403	404
405	406
407	408
409	410
411	412
413	414
415	416
417	418
419	420
421	422
423	424
425	426
427	428
429	430
431	432
433	434
435	436
437	438
439	440
441	442
443	444
445	446
447	448
449	450
451	452
453	454
455	456
457	458
459	460
461	462
463	464
465	466
467	468
469	470
471	472
473	474
475	476
477	478
479	480
481	482
483	484
485	486
487	488
489	490
491	492
493	494
495	496
497	498
499	500
501	502
503	504
505	506
507	508
509	510
511	512
513	514
515	516
517	518
519	520
521	522
523	524
525	526
527	528
529	530
531	532
533	534
535	536
537	538
539	540
541	542
543	544
545	546
547	548
549	550
551	552
553	554
555	556
557	558
559	560
561	562
563	564
565	566
567	568
569	570
571	572
573	574
575	576
577	578
579	580
581	582
583	584
585	586
587	588
589	590
591	592
593	594
595	596
597	598
599	600
601	602
603	604
605	606
607	608
609	610
611	612
613	614
615	616
617	618
619	620
621	622
623	624
625	626
627	628
629	630
631	632
633	634
635	636
637	638
639	640
641	642
643	644
645	646
647	648
649	650
651	652
653	654
655	656
657	658
659	660
661	662
663	664
665	666
667	668
669	670
671	672
673	674
675	676
677	678
679	680
681	682
683	684
685	686
687	688
689	690
691	692
693	694
695	696
697	698
699	700
701	702
703	704
705	706
707	708
709	710
711	712
713	714
715	716
717	718
719	720
721	722
723	724
725	726
727	728
729	730
731	732
733	734
735	736
737	738
739	740
741	742
743	744
745	746
747	748
749	750
751	752
753	754
755	756
757	758
759	760
761	762
763	764
765	766
767	768
769	770
771	772
773	774
775	776
777	778
779	780
781	782
783	784
785	786
787	788
789	790
791	792
793	794
795	796
797	798
799	800
801	802
803	804
805	806
807	808
809	810
811	812
813	814
815	816
817	818
819	820
821	822
823	824
825	826
827	828
829	830
831	832
833	834
835	836
837	838
839	840
841	842
843	844
845	846
847	848
849	850
851	852
853	854
855	856
857	858
859	860
861	862
863	864
865	866
867	868
869	870
871	872
873	874
875	876
877	878
879	880
881	882
883	884
885	886
887	888
889	890
891	892
893	894
895	896
897	898
899	900
901	902
903	904
905	906
907	908
909	910
911	912
913	914
915	916
917	918
919	920
921	922
923	924
925	926
927	928
929	930
931	932
933	934
935	936
937	938
939	940
941	942
943	944
945	946
947	948
949	

3- Bordinhão RC, Almeida MA. Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado no modelo das necessidades humanas básicas de horta. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012Jun;33(2):125–31. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200018>.

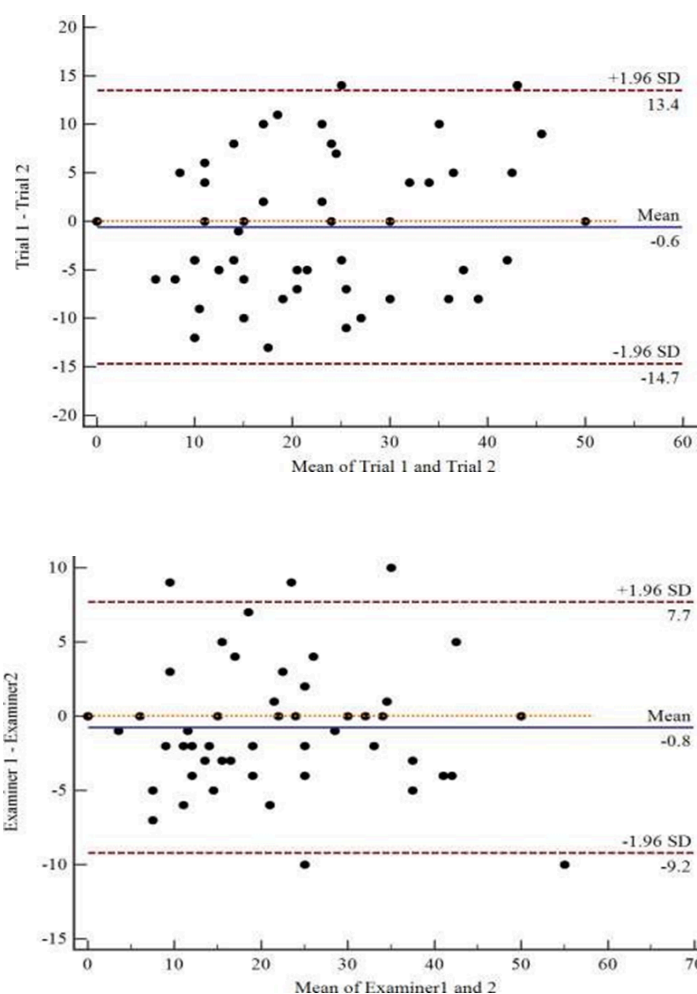
3º LUGAR- CONFIABILIDADE E VALIDADE DE CONSTRUCTO DO PATIENT GENERATED INDEX (PGI) EM PACIENTES PÓS-HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Ludmila Santos Coelho, Amanda Lorena da Silva, Vanessa Pereira Lima, Marcus Alessandro de Alcantara, Alessandra de Carvalho Bastone, Pedro Henrique Scheidt Figueiredo

Introdução: A Hemorragia Subaracnóidea (HSA) é uma emergência médica causada pelo sangramento cerebral no espaço subaracnoideo. Apesar da baixa incidência em relação à totalidade de Acidente Vascular Encefálico (AVE), é uma doença com alta morbimortalidade e prognóstico ruim para a funcionalidade e qualidade de vida entre os sobreviventes¹. Estudos têm mostrado que fatores como déficit cognitivo, limitação à participação social e dificuldade de retorno ao trabalho estão significativamente associados à incapacidade a longo prazo e redução da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). QVRS refere-se ao valor que se pode atribuir à vida, decorrente de modificações que podem ocorrer por danos no estado funcional, percepções e fatores sociais, quando influenciados por doenças ou agravos, tratamentos e políticas de saúde. A qualidade de vida é uma medida intrínseca à saúde, portanto, a sua percepção é interpretada de maneira distinta e individual. A mensuração da QVRS em pacientes pós-HSA é realizada por meio do *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* (SF-36) ou pelo *Stroke Specific Quality of Life Scale* (SSQOL). Embora usadas internacionalmente, as propriedades psicométricas desses questionários não foram avaliadas na população de HSA. Além disso, eles apresentam estruturas padronizadas pré-determinadas que, muitas vezes, não consideram a percepção subjetiva do indivíduo sobre a vida e sua multidimensionalidade². Considerando a evolução da HSA e o ônus que essa condição impõe aos seus sobreviventes, é de suma importância melhorar a avaliação da QVRS nessa população. O questionário *Patient Generated Index* (PGI) é um instrumento não estruturado, na qual se avalia a QVRS na perspectiva do paciente e traz um conceito contemporâneo de avaliação de qualidade de vida³. Entretanto, a confiabilidade e validade em pacientes pós-HSA não foi estudada. A validação do PGI para pacientes pós-HSA e alta da Terapia Intensiva, permitirá o seu uso nos serviços de reabilitação, contribuindo para um planejamento da assistência direcionado de acordo com necessidades específicas do indivíduo. **Objetivo:** avaliar a confiabilidade e validade de constructo da versão brasileira do PGI em pacientes em reabilitação pós-HSA e alta da Terapia Intensiva. **Método:** Trata-se de um estudo de análise de propriedade de medida que incluiu 51 pacientes em tratamento no setor de reabilitação da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte após diagnóstico de HSA. Foram incluídos os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, com um mínimo de 30 dias após o evento da HSA e capazes de oferecer autorização por escrito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para fins de validação de constructo, os participantes responderam aos instrumentos *Patient Generated Index* e *Stroke Specific Quality of Life Scale*. Para avaliar a confiabilidade os participantes responderam ao questionário duas vezes, com um intervalo de 7 a 14 dias entre eles. Os resultados foram analisados pelo software estatístico IBM SPSS *Statistics Software*[®]. **Resultados:** Quanto à validade do constructo, encontrou-se uma correlação moderada ($r = -0,53$; $p < 0,05$) entre os escores totais do PGI e SSQOL. Quanto à confiabilidade, foi encontrado um CCI de 0,91 ($p < 0,05$) indicando uma boa estabilidade entre as medidas. A análise do diagrama de Bland-Altman mostrou uma excelente concordância entre as medidas do PGI. A confiabilidade interobservador ($r = -0,94$;

$p < 0,05$). **Discussão:** Os resultados mostraram que o PGI é um instrumento válido e confiável para mensurar o constructo qualidade de vida no contexto estudado. A sua validação permitirá o seu uso nos serviços de reabilitação e em pesquisas com amostras maiores. A característica da amostra é congruente com estudos anteriores. Houve uma maior prevalência de indivíduos mulheres, mais jovens, hipertensas e com resultados funcionais relacionados a deficiências cognitivas, vida social e limitações ao trabalho. A hipótese genérica para avaliação de instrumentos de medida que avaliam constructos similares como o PGI e o SSQOL deve apresentar correlações $>$ ou igual a 0,50, e os resultados atendem a esta premissa, demonstrando que o instrumento em estudo mede aquilo que se propõe medir, sendo suficiente para validar o teste de hipótese. A correlação moderada entre os escores totais do PGI e SSQOL era esperada. As diferenças estruturais de cada instrumento podem explicar esse resultado. Enquanto o PGI permite ao participante definir as áreas da vida afetadas pelas consequências da condição de saúde de acordo com a experiência vivenciada por ele e o seu contexto de vida, o SSQOL possui uma estrutura definida *a priori* com base em pressupostos teóricos. Ambos os instrumentos são métodos válidos e confiáveis, mas defendemos que o PGI é um questionário adequado aos conceitos contemporâneos de saúde. É oportuno destacar a ausência de correlação significativa entre as áreas citadas no PGI e os respectivos domínios do SSQOL, particularmente para os âmbitos vida social e memória do PGI. Possivelmente, a variabilidade individual explique esse resultado, ou seja, a estrutura das perguntas dos referidos domínios não permite capturar, na totalidade, o constructo avaliado. Os resultados do PGI obtidos neste estudo apresentaram alta confiabilidade teste reteste; igualmente, o CCI encontrado foi acima do nível recomendado pelos valores de referência. O gráfico de BlandAltman confirma a concordância entre as medidas do PGI, assegurando a sua utilização na população investigada. A forte confiabilidade do PGI encontrada é coerente com outros estudos de validação do instrumento em diferentes condições de saúde. Isso sugere que o PGI é uma medida de resultado confiável nesta população de pacientes e garante que apenas uma aplicação do instrumento necessária. A confiabilidade interexaminador mostrou uma forte correlação, potencializando a equivalência do PGI. A ausência de associação entre o PGI e a classificação de Fisher não era esperada. Segundo o COSMIN 2018, esperava-se uma correlação de 0,3 a 0,5, uma vez que se refere a constructos que se relacionam e são dissimilares. Contudo, o resultado obtido de 0,16, correlação fraca, pode ser explicado pela característica de uma amostra homogênea, visto que em sua maior parte os indivíduos avaliados apresentaram classificação Fisher 3 ou 4. Indivíduos de classificação Fisher 1 e 2, em sua maioria, têm possibilidade de realizarem o tratamento da HSA em seu hospital de origem, já os pacientes com sangramentos de maior gravidade são encaminhados a hospitais de referência, como a SCBH. Estudos anteriores confirmam a premissa da existência de correlação entre constructos complexos como QVRS e de gravidade como a Escala Fisher. A análise qualitativa mostrou que os participantes identificaram 145 categorias da CIF através do PGI. Esse resultado mostra que a HSA é uma condição de saúde que interfere negativamente em múltiplos componentes da funcionalidade humana. Os componentes mais afetados na experiência dos participantes foram as funções do corpo e a participação social. As repercussões da HSA sobre as funções executivas e cognitivas, como memória, já foram demonstradas e merecem maior atenção dos profissionais de saúde durante a reabilitação. **Conclusão:** Em suma, o PGI se mostrou um instrumento válido e confiável para avaliar a QVRS em pacientes em reabilitação funcional pós-HSA. Os resultados mostram que o PGI permite ao paciente considerar as repercussões da condição de saúde investigada individualmente e em seus múltiplos aspectos. Portanto, o instrumento pode ser usado de forma complementar às avaliações objetivas e tradicionais utilizadas na reabilitação.

Palavras-chave: Hemorragia Subaracnoidea; Qualidade de Vida; Estudos de Validação; Resultado relatado pelo paciente; Psicometria; Stroke



Referências:

- 1- Løchting I, Grotle M, Storheim K, Werner EL, Garratt AM. Individualized quality of life in patients with low back pain: reliability and validity of the Patient Generated Index. *J Rehabil Med.* 2014 Sep;46(8):781-7. doi: 10.2340/16501977-1826.
- 2- WENNEBERG, S.B. *et al.* Long-term outcomes after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a prospective observational cohort study. *Acta Neurol Scand*, v.146, p.525- 536, 2022.
- 3- MAYO, N. E. *et al.* In support of an individualized approach to assessing the quality of life: comparison between the patient generated index and standardized measures in four health conditions. *Which life*, 2016.

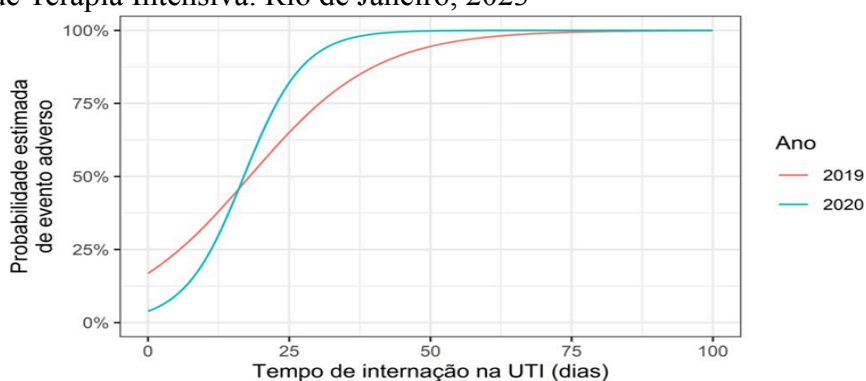
4º LUGAR- SOBREUTILIZAÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS EM TERAPIA INTENSIVA À LUZ DA INICIATIVA CHOOSING WISELY

Juliana Gerhardt Soares Fortunato, Flavia Giron Camerini, Cintia Silva Fassarella, Vivian Schutz, Danielle de Mendonça Henrique

Introdução: Esta pesquisa tem como tema a sobreutilização de tecnologias em saúde à luz da iniciativa *Choosing Wisely*, com foco na utilização de cateter venoso central (CVC) em pacientes críticos. A sobreutilização de dispositivos assistenciais vem crescendo com o aumento das tecnologias disponíveis. Frente a essa problemática, faz-se necessária uma avaliação criteriosa, da indicação e da manutenção das tecnologias disponíveis, visando

otimizar seu uso de forma direcionada e embasada em evidência, de modo que não haja sobreutilização. Estudos apontam que pacientes que receberam menos intervenções em saúde tiveram melhores resultados em comparação àqueles que receberam mais. Espera-se que a eliminação de serviços desnecessários melhore a qualidade e reduza custos¹. Neste sentido, foi lançada em 2012, nos Estados Unidos, uma campanha que visa a desimplementação de procedimentos que não sejam necessários². Entende-se como sobreutilização de um dispositivo, quando os riscos ultrapassam o benefício com relação a ao tempo de permanência e ausência de indicação bem-definida, com base em evidências científicas. Além disso, evidenciaram-se como sobreutilizados aqueles cateteres que precisaram ser trocados em decorrência de eventos adversos (EAs)³. **Objetivo:** Analisar a ocorrência de sobreutilização de cateteres venosos centrais em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital geral do Rio de Janeiro. **Método:** Estudo é do tipo quantitativo, documental, transversal, retrospectivo, de acordo com as recomendações do *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology*⁴. O cenário do estudo foram duas unidades intensivas de um hospital geral situado no estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados se deu após a aprovação no comitê de ética da instituição (CAEE: 53800021.0.0000.5256). As unidades de análise foram cateteres puncionados nas unidades que tenham permanecido por pelo menos 48 horas no paciente. **Resultados:** Foram selecionados 158 participantes para o estudo, que geraram 248 CVCs para análise. 48,39% (n= 120) dos CVCs estava instalado em veia jugular, com média de permanência de 11,95 dias. Destaca-se que 89,52% (n =222) dos cateteres não tinham plano terapêutico registrado que guiasse sua inserção e a avaliação de permanência. A indicação prevalente foi a de antibioticoterapia prolongada (87,10% - n 216), seguido por uso de amina vasoativa (50,81% - 126). O principal evento adverso identificado foi infecção de corrente sanguínea (25,46% - n 41), tendo como principal agente a *Klebsiella pneumoniae carbapenase* (7,43% - n 11). Relacionando a ocorrência de sobreutilização a associação mais forte ocorreu entre o tempo de internação na UTI e a ocorrência de evento adverso (p valor < 0,001). Em 2019 e 2020, cada dia de internação aumentou a chance de evento adverso em 9,6% e 22,2%, respectivamente. A seguir o gráfico que exemplifica o exposto.

Gráfico 1 – Probabilidade estimada de evento adverso pelo modelo de tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro, 2023



Fonte: A autora, 2023.

Discussão: No que diz respeito à caracterização dos CVCs, observa-se que o sítio de punção predominante foi a veia jugular, seguida pela subclávia e pela femoral. Mesmo sendo consolidado o conhecimento de que se deve evitar punção em veia femoral pelo elevado risco de infecção^{5,6}, ainda foi encontrado um quantitativo substancial de punções nesse sítio (18,9% – 49 punções). Recomenda-se que, preferencialmente, seja puncionada veia subclávia para inserção de CVC; e que a veia femoral seja a última escolha⁷. Em relação a

indicação de uso do CVC, recomenda-se que, se a terapia de infusão tiver programação de durar mais de 14 dias, funda-se em acesso venoso central, a fim de reduzir os danos endoteliais e os riscos de extravasamento desse conteúdo na pele⁶. CVC é um dispositivo de extrema importância e utilidade para os pacientes internados em terapia intensiva, porém está ligado à ocorrência de eventos adversos. Os EAs são incidentes que resultam em danos para o paciente e estão associados à qualidade do cuidado e/ou à falta do cuidado prestado. Entende-se que o menor número e qualificação de enfermeiros por paciente está diretamente relacionado com a ocorrência de EA. No entanto, a taxa de infecção de corrente sanguínea é significativamente maior em pacientes que o utilizam^{8,9}. Alguns fatores podem ser elencados como primordiais para redução da infecção associada a cateter: educação e treinamento da equipe, seleção do cateter e do sítio de punção, higiene e assepsia das mãos, uso de precaução máxima de barreira estéril, preparo adequado da pele, curativo ideal do local de inserção do cateter, limpeza do paciente, dispositivo de fixação do cateter, uso de cateter impregnado com antibiótico, evitação da substituição rotineira do CVC e substituição de conjuntos de administração (por exemplo, equipos)⁷. O agente patogênico mais encontrado foi a *Klebsiella pneumoniae carbapenase* (30,5%). Levantamento feito nas UTIs do estado do Rio de Janeiro entre os anos 2019 e 2021 apontou que esse agente aumentou sua resistência de 40 para 70% ao longo dos anos¹⁰. Como maior exemplo de medidas de prevenção e de boas práticas, tem-se o uso de *bundles*. Um estudo constatou que 65 a 70% dos casos de infecção relacionada com cateter poderiam ser evitados se fossem adotadas medidas preventivas adequadas, como *bundles* de boas práticas que abrangessem desde inserção, avaliação diária, manuseio, uso e remoção do dispositivo⁹. O presente estudo identificou que há associação positiva entre o tempo de cateter e a ocorrência de EAs, bem como entre tempo de UTI e ocorrência de EA. No ano de 2019, com maior tempo de internação, maior era a probabilidade de ocorrência de EAs. No entanto, em 2020, com menor tempo internado, já havia essa probabilidade. O mesmo ocorreu em relação ao tempo de cateter na UTI. Embora não haja na literatura uma recomendação específica de dias-limite para que cada cateter permaneça, observou-se que, quanto mais tempo o cateter permanece no paciente, maiores os riscos de dano. Essa ocorrência está de acordo com a literatura. Há um estudo que aponta que quanto maior o tempo de internação, maior o risco de EAs. Dessa forma, internações com oito dias ou mais têm 20% mais chances de provocarem EAs. Ou seja, um evento que aumenta o tempo de hospitalização do paciente pode desencadear um novo incidente¹¹. Outro evento destacado é que o aumento da permanência do paciente na UTI pode desencadear um maior índice de mortalidade aos pacientes que sofreram algum EA por dano voltado para assistência prestada. A média de dias de internação do presente estudo foi de 22,41 dias de internação. Outro estudo faz forte associação com a ocorrência de EAs quando esse tempo alcança 19 dias. Isso se deve ao estado clínico do paciente, mas também à maior exposição a infecções ou erros assistenciais¹². Estudos apontam que um quantitativo inadequado de enfermeiros favorece a ocorrência de eventos adversos⁷. Logo, adequar o quantitativo de profissionais de enfermagem à gravidade das unidades é um fator contribuinte para melhores desfechos. **Conclusão:** Os resultados mostram que a iniciativa *Choosing Wisely* pode contribuir para a prática diária de avaliar o que é essencial e o que é desnecessário. Os principais motivos de sobreutilização e de ocorrência de evento adverso relacionados com a manutenção foram associados ao tempo de internação e de permanência do CVC. O evento adverso predominante foi a infecção de corrente sanguínea, associada ao CVC, evento este relacionado com a manutenção do cateter.

Descritores: Cuidados Críticos; Dispositivos de Acesso Vascular; Segurança do Paciente

Referências:

- 1- ALSAGHEIR, Aeshah et al. Reducing unnecessary overuse of medical services in King Khalid General Hospital in Hafr Albatin province: the effect of Choosing Wisely campaign 2020. *Saudi J Health Syst Res*, out. 2022.
- 2- BORN, Karen; KOOL, Tijn; LEVINSON, Wendy. Reducing overuse in healthcare: advancing Choosing Wisely. *BMJ*, n. 367, p. l6317, 5 nov. 2019. DOI 10.1136/bmj.l6317.
- 3- SIQUEIRA et al., 2019
- 4- EQUATOR NETWORK. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE). Disponível em: <https://www.equator-network.org/>. Acesso em: 15 out. 2021.
- 5- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Série segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Caderno 4. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=pCiWUy84%2BR0%3D>. Acesso em: 10 set. 2021.
- 6- INFUSION NURSE SOCIETY. INS. Infusion therapy standards of practice. 2021. Disponível em: <https://www.ins1.org/publications/infusion-therapy-standards-of-practice/>. Acesso em: 6 set. 2021.
- 7- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. 2011. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/recommendations.html>. Acesso em: 15 jun. 2023..
- 8- INTEGRATED HEALTH SERVICES. Global patient safety action plan 2021-2030. Who.int. World Health Organization, 2021. Disponível em: www.who.int/publications/i/item/9789240032705. Acesso em: 17 ago. 2021.
- 9- VIANA NETO, Lucinaldo; DIAS, Marília Gabriela Gonçalves; RIBEIRO, Michele Costa Marques; LIMA, Ronaldo Nunes. Prevenção e controle de infecções: cateter venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. *ReBIS*, [online], v. 2, n. 4, p. 75-81, 2020.
- 10- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. Relatório: infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência microbiana (RM) em serviços de saúde. Rio de Janeiro, jan. 2012/dez. 2022.
- 11- ZANETTI, Ariane Cristina Barboza et al. Incidence and preventability of adverse events in adult patients admitted to a Brazilian teaching hospital. *Plos One*, 15 abr. 2021. DOI <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249531>.
- 12- BARBOSA, Italo Everton Bezerra et al. Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade Terapia Intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 2, p. 1- 9, fev. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6454/4174>. Acesso em: 29 jun. 2023.

5º LUGAR- CORRELAÇÃO ENTRE O NURSING ACTIVITIES SCORE E O SIMPLIFIED ACUTE PHYSIOLOGY SCORE 3: UMA COORTE COMPARATIVA ENTRE UTI PÚBLICA E PRIVADA

Joathan Borges Ribeiro, Diego Ferreira da Silva, Francine Jomara Lopes, Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini

Introdução: A necessidade de leitos de UTI é crescente no Brasil devido ao aumento da expectativa de vida da população, a predominância de doenças crônicas e o aumento de internações nessas unidades motivadas por causas externas¹. Diante da alta demanda e do constante desenvolvimento técnico/científico, uma das ferramentas utilizadas na gestão de vagas e no monitoramento de indicadores em unidades intensivas são os índices de prognósticos de gravidade². Dentre os vários índices disponíveis para a prática clínica, com diferentes critérios avaliados, mas com importantes contribuições para a avaliação de pacientes críticos, pode-se mencionar o *Simplified Acute Physiology Score 3* (SAPS 3)². Na atualidade, a utilização de indicadores que avaliam a condição clínica do paciente é constantemente associada a outros dados de modo a aumentar a eficiência e diminuir gastos em UTIs. Nessa perspectiva, a identificação da demanda de cuidados por parte da equipe de enfermagem tornou-se tema de interesse³. Nesse sentido, o *Nursing Activities Score* (NAS) destaca-se por mensurar a carga de trabalho de enfermagem, contribuindo para dimensionar

um número adequado de funcionários para suprir a demanda de cuidados intensivos dos pacientes em UTI³. Assim, questiona-se: há uma maior gravidade de pacientes admitidos em UTIs públicas e, conseqüentemente, uma maior carga de trabalho de enfermagem e desdobramentos desfavoráveis aos pacientes nessas unidades motivados pela realidade de desigualdade no sistema de saúde brasileiro? **Objetivo:** Comparar a gravidade na admissão e sua correlação com a carga de trabalho de enfermagem de pacientes admitidos em Unidades de Terapia Intensiva pública e privada da cidade de São Paulo. **Método:** Trata-se de uma coorte retrospectiva multicêntrica cuja população foi composta pelos pacientes internados na UTI geral de dois hospitais da cidade de São Paulo sendo eles o Hospital Geral do Grajaú (HGG) e o Hospital Sírio Libanês (HSL). Para a realização do cálculo amostral, através da calculadora no site da UNESP Bauru, foram utilizados os dados de admissões, mortalidade na UTI e hospitalar referentes ao ano de 2019 extraídos do *Epimed Solutions*[®], adotando um alfa de 5% e um beta de 10% gerando um N de 39 pacientes para cada hospital. Foram incluídos os pacientes admitidos nas UTIs gerais do HGG e do HSL durante o ano de 2019; que possuíam idade maior ou igual a 18 anos e que tivessem permanecido internados na unidade por um período mínimo de 24 horas. Foram excluídos aqueles com ausência de informações necessárias das variáveis relacionadas ao desfecho no prontuário eletrônico e os episódios de reinternação durante o período referente à coleta. A pesquisa deu-se pela coleta de dados informatizada através do prontuário eletrônico entre os meses de junho a setembro de 2020 de forma retrospectiva, iniciando tal processo pelos registros de janeiro de 2019 até que se obtivesse a amostra estipulada. Dessa forma, os valores do SAPS 3 e do NAS foram coletados nas primeiras vinte e quatro horas de internação na UTI e apenas o NAS no último dia de acompanhamento do paciente, ambos pelo pesquisador responsável. Este acompanhamento deu-se até o vigésimo primeiro dia de internação, seja na UTI ou em ambiente hospitalar, quando o paciente se torna então um doente crítico crônico. Assim, tais dados foram controlados por meio de tabela no programa Microsoft Excel 2016 versão 1807. Para a realização do tratamento estatístico foi definido um nível de significância de 0,05 (5%) e todos os intervalos de confiança construídos ao longo do trabalho, foram construídos com 95% de confiança estatística. Os dados contínuos e semicontínuos das variáveis foram comparados com a curva de Gauss e determinados como paramétricos ou não-paramétricos através do teste de Distância K-S (Kolmogorov-Smirnov), sendo representados por média e desvio padrão (dados paramétricos) da amostra ou por mediana e percentis 25 e 75 (dados não paramétricos). Os dados categóricos foram representados por frequência absoluta (n) e relativa (%). Para avaliar a correlação entre as variáveis SAPS3 e NAS foi utilizado a Correlação de Spearman e a realização das análises estatísticas mencionadas foram utilizados os softwares: SPSS V20, Minitab 16 e Excel Office 2010. O presente estudo obedeceu aos princípios éticos que regem as pesquisas que envolvem seres-humanos de acordo com a Resolução nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Além disso, também foi utilizada a Resolução nº 580/18 e a Lei nº 13.709 de 2018, sendo esta a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HSL mediante parecer substanciado nº 4.084.423 e Parecer CAEE nº 32325020.6.0000.5461. **Resultados:** Foram analisados um total de 465 prontuários eletrônicos no HGG e 330 no HSL e com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão simultaneamente, obtiveram-se 260 pacientes incluídos na amostra referente ao HGG e 235 ao HSL. A média de idade apresentada no HGG foi de 55,2 anos com uma mediana de 58 e no HSL valores mais elevados com uma média de 65,5 anos e uma mediana de 70. No que se refere ao sexo, nas duas instituições houve o predomínio do sexo masculino com um total de 156 (60%) indivíduos no HGG e 124 (52,8%) no HSL. Quanto à raça, a maioria expressiva na instituição de caráter público foi de pardos (63,5%) e de brancos (85,1%) na instituição de

caráter privado. No que diz respeito ao estado civil, o HGG apresentou em sua grande maioria indivíduos solteiros (58,8%) e o HSL indivíduos casados (63,4%). Diferente do observado no tópico de escolaridade na instituição pública em que Ensino Superior incompleto (21,2%), Ensino Fundamental completo (22,7%) e Ensino Médio completo (21,2%) apresentaram percentuais semelhantes com um índice de analfabetismo de 5%, o HSL obteve um percentual significativo de pessoas com o Ensino Superior completo (69,8%) e um índice de analfabetismo de 2,1%. Para a caracterização clínica da amostra, houve a estratificação quanto ao diagnóstico, utilizando como parâmetro a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (Classificação Internacional de Doenças – CID 10). No que concerne ao diagnóstico de admissão o HGG apresentou os maiores percentuais no sistema cardiovascular (26,9%) e digestório (20%) e o menor no hematológico (0,8%) com ausência de casos de neoplasia, já o HSL apresentou seus maiores índices nos quadros digestório (17,4%), cardiovascular (17%) e neurológico (15,3%) e o menor nos casos de neoplasia (0,4%). Quanto ao setor de procedência, a instituição pública registrou a grande maioria de pacientes provenientes do pronto-socorro (68,5%), seguido do centro cirúrgico (21,9%) e ausência de casos da semi-intensiva, já a instituição privada registrou seus maiores índices de pacientes oriundos do centro-cirúrgico (39,1%) e pronto-socorro (37%) e em sua minoria aqueles provenientes de outras UTIs (6%). No que se refere aos tempos de internação, o HGG apresentou uma média de 3,6 para os dias de internação prévios à UTI, 6,9 para os dias em cuidados intensivos e 21,5 para os dias de internação hospitalar enquanto o HSL registrou 3,9; 4,0 e 23,6 para os mesmos tópicos respectivamente. Quanto à mensuração da gravidade de pacientes e carga de trabalho em enfermagem, o HGG obteve um média de 54,3 pontos no SAPS3, 68,6 no NAS de admissão referente às primeiras 24 horas do paciente na UTI e 54,2 no NAS desfecho, ou seja, nas últimas 24 horas do indivíduo no ambiente de cuidados intensivos e o HSL registrou as médias de 44,3; 71,2 e 54 nas mesmas variáveis respectivamente. A seguir, é apresentada a correlação entre o índice SAPS3 com o NAS em cada um dos hospitais através da utilização da Correlação de Spearman.

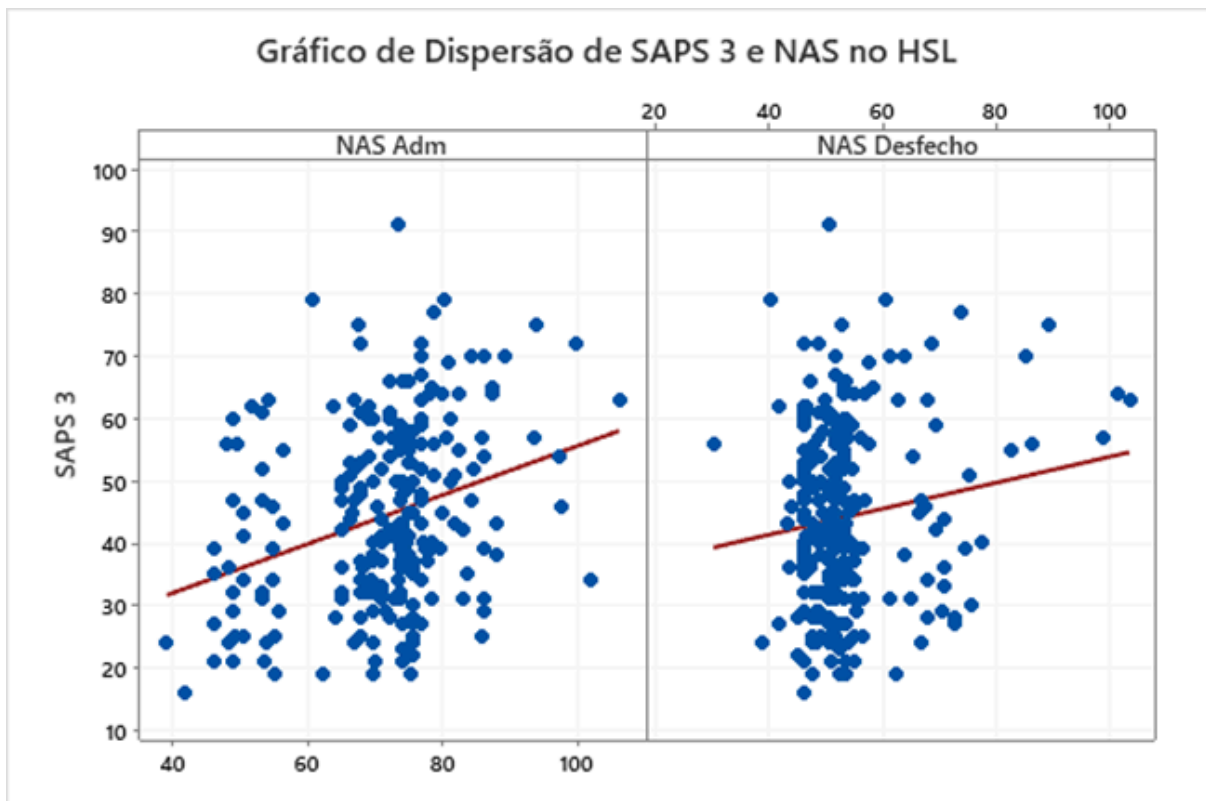
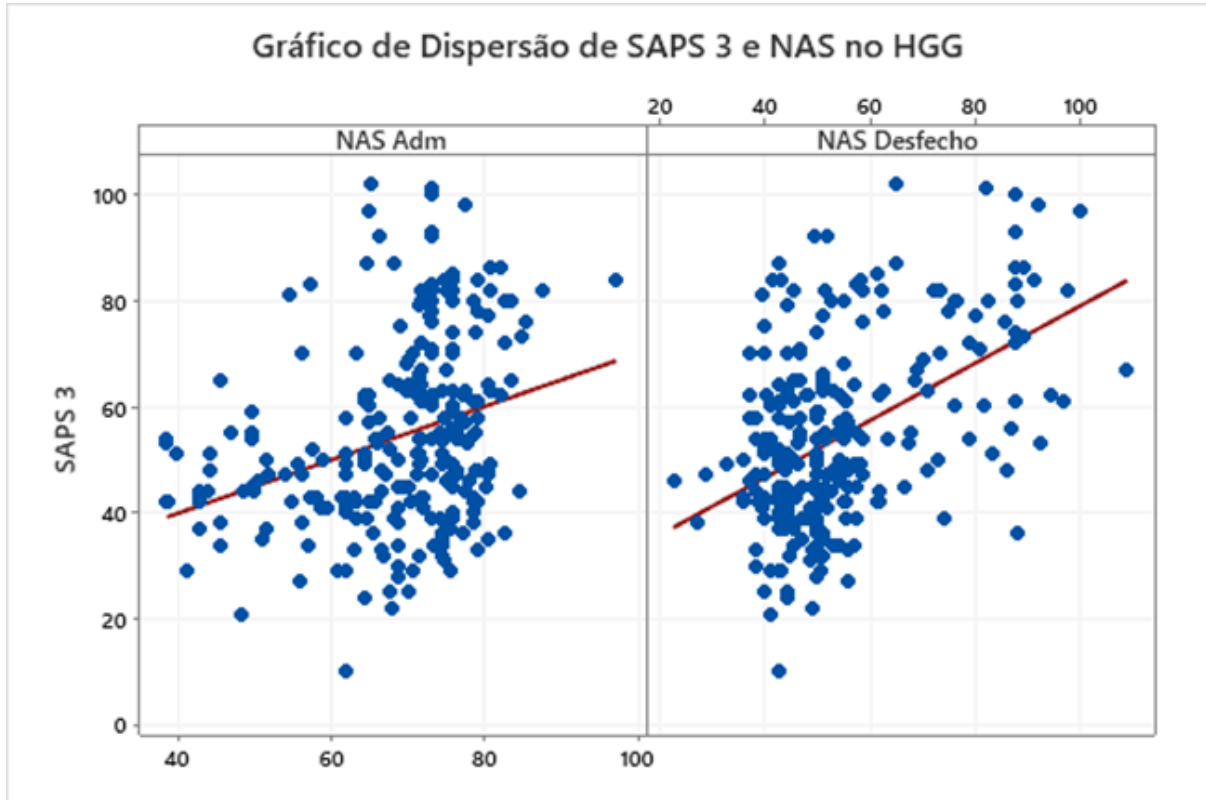
Tabela 1- Correlação do SAPS3 com o NAS, segundo instituição estudada, São Paulo, SP, 2019

SAPS3	HGG		HSL	
	Corr (r)	P-valor	Corr (r)	P-valor
NAS ADM	0,317	<0,001	0,281	<0,001
NAS Desfecho	0,389	<0,001	0,078	0,232

Fonte: elaboração própria

Assim, foram elaborados gráficos de dispersão com linha de regressão linear para análise da associação entre o SAPS3 e o NAS (admissão e desfecho) das instituições estudadas.

Gráfico 1- Correlação do SAPS3 com o NAS no HGG e HSL, São Paulo, SP, 2019



Conclusão: Conclui-se que existe correlação entre o SAPS3 e o NAS de Admissão e Desfecho no HGG e em NAS Admissão no HSL, porém os valores são baixos e podem ser classificados como ruins. Os resultados apresentados abrem possibilidades para a realização de outros estudos que mensurem os domínios do NAS a fim de identificar qual deles tem

maior interferência na carga de trabalho em população geral e/ou populações específicas. Por fim, o presente estudo apresenta como limitação seu caráter retrospectivo para preenchimento do NAS e o envolvimento de uma população mista de doenças, podendo causar viés de seleção. Entretanto, buscou-se amenizar tal fato através da realização de uma pesquisa multicêntrica e da uniformização da coleta de dados por um único pesquisador.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Simplified Acute Physiology Score; Carga de trabalho.

Referências:

- 1- Conselho federal de Medicina [homepage na internet]. Menos de 10% dos municípios brasileiros possuem leitos de UTI [acesso em 10 jan 2020]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27828:2018-09-04-19-31-41&catid=3.
- 2- Junior JMS, Malbouisson LMS, Nuevo HL, Barbosa LGT, Marubayashi LY, Teixeira IC et al. Aplicabilidade do Escore Fisiológico Agudo Simplificado (SAPS 3) em Hospitais Brasileiros. Rev Bras Anesthesiol. 2010; 60(1): 20-31. DOI: 10.1590/S0034-70942010000100003.
- 3- Siqueira LMP, Ribeiro MD, Souza RCS, Machado FS, Diccín S. Correlação entre carga de trabalho de enfermagem e gravidade dos pacientes críticos gerais, neurológicos e cardiológicos. Esc Anna Nery. 2015;19(2):233-238. DOI: 10.5935/1414-8145.20150030.

PÔSTERES- DESTAQUE

1º Lugar- AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE ANTIMICROBIANA, CITOTÓXICA, ANTIBIOFILME E DE CICATRIZAÇÃO DO POLIHEXAMETILENO BIGUANIDA EM FERIDAS COMPLEXAS

Maria Gabriella Silva Araújo, Davi Porfirio Da Silva, Marcela Cristina Dos Santos Barros, Gian Carlos Rodrigues Do Nascimento, Cristiane Dos Santos Ferreira, Guilherme Oliveira De Albuquerque Malta, Kayan Kelvyn Da Silva Xavier, Marília Perrelli Valença

Introdução: Feridas complexas são lesões agudas ou crônicas que se encontram com extensa perda do tecido cutâneo, presença de infecções, isquemias, necroses ou doenças sistêmicas¹. Nesse contexto, torna-se necessária a busca urgente por melhores tratamentos na assistência ao paciente com feridas. O polihexametileno biguanida (PHMB) é uma substância comumente utilizada no tratamento de lesões cutâneas e têm demonstrado ação promissora no controle de bactérias, eliminação de biofilmes, na cicatrização, no controle da dor e odor².

Objetivo: Identificar as evidências científicas publicadas sobre atividade antimicrobiana, citotóxica, antibiofilme e de cicatrização do PHMB em feridas complexas. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, desenvolvida em seis etapas³, nos meses de setembro e outubro de 2020 em busca de responder a questão norteadora: Existem evidências disponíveis na literatura sobre ação antimicrobiana, citotóxica, antibiofilme e de cicatrização do PHMB no tratamento de feridas complexas? Foram utilizadas oito bases de dados BDNF, CINAHL, LILACS, MEDLINE, Embase, Scifinder, Scopus, Web of Science e duas bibliotecas eletrônicas SciELO e Science Direct. Na busca utilizaram os descritores em Ciências da Saúde, Medical Subject Headings e Embase Subject Headings: “Cicatrização”, “Infecção de feridas”, “Biofilmes” e “Polihexametileno Biguanida”, associados aos operadores booleanos “AND” e “OR”. Foram incluídos artigos na íntegra sobre o PHMB no tratamento de feridas complexas; artigos em inglês, espanhol e português; artigos publicados de 2013 a 2020; estudos de abordagem quantitativa e de modalidade aplicada, de campo e experimental. Quanto aos critérios de exclusão foram artigos publicados sobre o uso do PHMB associada a

outras substâncias químicas e artigos duplicados. Durante a coleta de dados adaptou-se o instrumento validado de Ursi para extração dos dados dos estudos selecionados. **Resultados:** Amostra foi composta por 26 artigos primários, dividindo-se em 17 (65,4%) de estudos experimentais, quatro (15,4%) ensaios clínicos randomizados, três (11,5%) estudos de coorte e dois (7,7%) estudos de casos, publicados em 19 periódicos internacionais, entre os anos de 2013 e 2020. A síntese da evidência revelou variadas formas farmacêuticas, concentrações e efeitos antimicrobianos, citotóxicos, antibiofilmes e de cicatrização do PHMB. 18 (69,2%) dos artigos relataram atividade antimicrobiana do PHMB, em 12 diferentes concentrações, todas com efeito antimicrobiano em pelo menos um estudo. Quatro (15,4%) dos estudos referiam ações citotóxicas em geis, membranas e soluções de variadas concentrações. Nove (34,6%) identificaram ação antibiofilme nas soluções de 0,1 e 0,5%. Oito (30,8%) expressavam efeito cicatrizante, desses 6 (23%) atuavam nos fatores de cicatrização de feridas. **Conclusão:** Dessa forma, essa revisão identificou uma vasta produção científica internacional, envolvendo ação antimicrobiana, enquanto poucos estudos referem atividade citotóxica, antibiofilme e cicatrizante do PHMB. Além disso, a maioria dos estudos são experimentais, de baixa evidência e com limitações. **Contribuições e implicações para prática:** Ainda não existe um consenso universal da composição e concentração mais adequada do PHMB. Sendo necessários novos estudos clínicos bem delineados, para que se possa ser estabelecida a eficácia dessa substância no tratamento de feridas.

Descritores: Feridas; Infecção dos ferimentos; Cicatrização de feridas.

Referências:

1. Milcheski DA, Portocarreno ML, Alvarez DM, Mazuca LGMP, Monteiro AAJ, Gemperli R. Experiência inicial com terapia por pressão negativa por instilação em feridas complexas. Rev Col Bras Cir [internet]. 2017 [cited 2023 jun 10]; 44(4): 348- 353. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v44n4/0100-6991-rcbc-44-04-0348.pdf>.
2. Rembe JD, Dornieden CF, Bohm J, Stuemmer EK. Influence of human acute wound fluid on the antibacterial efficacy of different antiseptic polyurethane foam dressings: an in vitro analysis. Wound Rep Reg [internet]. 2018 [cited 2023 jun 10]; 26 (1): 27- 35. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/wrr.12612>.
3. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. Texto e Contexto Enfermagem [internet]. 2018 [cited 2023 jun 11]; 28: e20170204. Available from: https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20170204.pdf.

2º Lugar- TRANSPORTE AEROMÉDICO DE RECÉM-NASCIDOS CARDIOPATAS

Selma De Almeida Pinto, Ângela Lúcia Lopes

Introdução: Recém-nascidos (RN) cardiopatas frequentemente precisam de atendimento especializado para estabilização até o tratamento cirúrgico. O transporte aeromédico até centros terciários pode ser necessário e demanda de uma equipe treinada e capacitada no manejo de vias aéreas, suporte ventilatório e circulatórios adequados, associada a um amplo conhecimento da fisiologia de voo¹. **Objetivo:** reunir e sintetizar as evidências disponíveis em artigos produzidos acerca do atendimento aeromédico aos RN com cardiopatias congênitas. **Método:** revisão sistemática da literatura com busca dos artigos no Portal Capes e a Biblioteca Virtual em Saúde; bases eletrônicas de dados U.S. National Library of Medicine (PubMed), Science Direct, Cochrane e SCOPUS. Critérios de inclusão: artigos publicados em português e inglês entre 2018 até julho de 2023. Dados os inúmeros desafios do transporte aeromédico, questionou-se: quais as evidências atuais acerca de transporte aeromédico de RN cardiopatas? Esse estudo justificou-se pela alta prevalência de cardiopatias e relevância na mortalidade neonatal. Foram selecionados seis artigos em inglês sendo usado “AND” nas buscas com os descritores. **Resultados:** a única cardiopatia

especificamente abordada foi a Tetralogia de Fallot. A indicação de transporte aéreo deveu-se pela distância dos centros especializados para cardiopatas. Equipes de transporte aeromédico devem ter expertise para detectar cardiopatias, canal dependente pela condição e a história clínica, devido a cianose súbita e choque. A manutenção do canal arterial ocorreu administrando baixas concentrações de oxigênio, corrigindo anormalidades metabólicas devido à baixa saturação de oxigênio, manutenção de ambiente calmo para RN, uso adicional de fenilefrina durante crises de cianose. Bolus de solução salina de 10 a 20 ml/kg otimizam a pré-carga e betabloqueadores ou morfina podem melhorar o fluxo de saída do ventrículo direito, relaxando a musculatura pulmonar e aliviando a hipóxia. RN com falência cardíaca deve receber diuréticos de alça e digoxina como tratamento¹. A hipotermia está associada ao aumento da morbimortalidade em RN, sendo prevenida através de medidas termoprotetoras cuidadosas para prevenção de hipotermia não intencional, como uso de colchão térmico, mantas térmicas, gorros e incubadoras. Um estudo mediu o efeito da altitude na saturação esplâncnica e cerebral com o uso do monitor *Functional near infrared spectroscopy* (NIRS). Foram avaliados RN cianogênicos e acianogênicos, e constataram queda de saturação esplâncnica e cerebral acima ou igual a 5000 pés, porém a saturação cerebral foi mais preservada que esplâncnica. 3 Conclusão: evidências encontradas na literatura apontam para indicação do transporte aeromédico de urgência no atendimento do RN cardiopata, pelas condições geográficas e distância dos centros de tratamento. É imperativo que equipes de transporte aeromédico tenham habilidade técnica e expertise para detectar e tratar quadros não definidos de piora clínica nos RN cardiopatas, administrando drogas, fluidos e oxigênio de acordo com a necessidade e corrigindo distúrbios causados pela hipóxia. Hipotermia não intencional deve ser combatida com uso de incubadora e mantas térmicas pela influência no desfecho desfavorável do tratamento. Diante da escassez de publicações encontradas na literatura, novos estudos deverão ser realizados acerca da temática abordada.

Descritores: Resgate aéreo; Cardiopatias congênitas; Recém-nascido

Referências:

- 1- Layell RL, Lane KA. Managing Tetralogy of Fallot during interhospital transfers. *Air Med J.* 2023; 000: 1–3. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1067991X23001165>.
- 2- Warren L; Kaser D.; Nocera E; Cholette, j.m. Pediatric Critical Care Transport: Prevention of Unintended Hypothermia in Neonates when an Isolette Is Available. *Air Me J.* 2023; 42(4):308 Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1067991X2300127X>.
- 3- Hamrin TH, Eksborg S, Berner J, Flåring U, Radell PJ. *PLoS One.* 2020; Sep 25;15(9):e023927. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0239272>

3º Lugar- A EXPERIÊNCIA DE SER PROFISSIONAL-PACIENTE QUE VIVENCIOU A HOSPITALIZAÇÃO POR COVID-19: “UM GRANDE SUSTO”

Viviane Peixoto Santos, Vanessa Da Silva Carvalho Vila

Introdução: A pandemia da COVID-19 colocou os profissionais de saúde diante de situações complexas, sendo necessário tomar decisões e exercer suas atividades em condições extremas, equilibrar suas necessidades de saúde física e mental, além de prestar assistência mediante a falta de recursos ou com recursos inadequados, elevando as possibilidades de contágio pela doença^{1,2}. Muitos desses trabalhadores vivenciaram a experiência de se contaminarem e precisarem da assistência de saúde, que antes era prestada por eles.

Objetivo: descrever a experiência vivenciada por profissionais de saúde acerca da hospitalização por COVID-19. **Método:** Estudo descritivo interpretativo realizado na Região Centro-Oeste do Brasil, com 15 profissionais de saúde, no período de janeiro a dezembro de 2022. Os critérios de inclusão adotados foram: 1) profissionais de saúde que atuaram na linha

de frente da pandemia de COVID-19; 2) idade igual ou superior a 18 anos; 3) internação por COVID-19 na fase aguda da doença; e 4) residir na região metropolitana de Goiânia. A coleta de dados ocorreu após a análise de prontuários clínicos em duas instituições que prestaram assistência à pacientes internados pela COVID-19 e por indicação de gestores dessas instituições sobre profissionais internados pela doença. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas por meio do aplicativo Zoom Meeting. As informações obtidas foram transcritas e submetidas a análise temática interpretativa em seis etapas³. Este estudo compõe um projeto temático de uma instituição de ensino superior e obteve aprovação no comitê de ética de todas as instituições participantes (CAEE: 39079420.7.0000.0037). **Resultados:** Os participantes descreveram aspectos relacionados à evolução clínica da doença, aspectos negativos e positivos da hospitalização. Essa trajetória foi descrita como algo desafiador e iniciou-se com a vivência da complicação dos sintomas. Ver a doença evoluindo gerou grande preocupação. As limitações e o conhecimento prévio do prognóstico ruim da doença desencadearam sentimentos de medo, ansiedade, desespero e insegurança. Esse momento foi definido como a “pior fase da vida”. Alguns aspectos fizeram com que a experiência de hospitalização se tornasse negativa. O distanciamento familiar causado pela necessidade de isolamento, as limitações causadas pela doença, o medo de sequelas e da morte e a inexperiência dos profissionais em lidar com uma doença pouca conhecida foram descritos como momentos de grande impacto físico e emocional na vida dos participantes. No entanto, alguns pontos positivos foram descritos nesse processo de hospitalização. Ter o apoio de pessoas conhecidas na unidade de internação permitiu maior segurança ao profissional-paciente. A oportunidade de refletir sobre o cuidado com o próximo, valorizar as necessidades individuais e colocar-se no lugar do outro contribuíram para a formação de um processo de cuidar mais humanizado. **Conclusão:** A experiência de hospitalização trouxe aos profissionais de saúde a oportunidade de avaliar a assistência prestada e traçar sugestões de melhorias de atendimento. É notória a necessidade de investimento em estruturas melhores, profissionais capacitados e, acima de tudo, a implementação de uma assistência voltada ao cuidado centrado na pessoa.

Descritores: COVID-19; Hospitalização; Pesquisa Qualitativa

Referências:

1 Neves VNS, Sabino R do N, Assis VD de, Santos STA dos. The impact of the COVID-19 pandemic on health worker's emotions and professional learning. RSD [Internet]. 2020Dec.22 [cited 2021Jul.09];9(12):e32391211367. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11367>

2 Ribeiro AP, Oliveira GL, Silva LS, Souza ER de. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. Rev bras saúde ocup [Internet]. 2020;45:e25. Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000013920>

3 Braun, V.; Clarke, V. Y. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology. v. 3, p. 77-101, 2006.

4º Lugar- EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: UMA PRÁTICA INSTITUCIONAL INOVADORA

Ana Paula De Freitas Mota, Raiane Aparecida Martins Jacinto, Gabriella Pires Tarcia, Kethlin Maia Mariano, Alsinay Alves De Souza, Giselle Machado Correa Da Costa, Larah Generoso Castro, Stefany Jackeline Moreira Lima, Salma Elisa Attoni, Elaine Pereira Teodora, Thais Alexandre De Azevedo, Sonale Roberta Oliveira, Patricia Da Silva Eufrazio, Ludmila Santos Coelho

Introdução: As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), também chamadas de infecções hospitalares, representam um desafio significativo para as instituições de saúde¹. Elas têm um impacto direto no cuidado, na segurança dos pacientes e nos custos de

internação, podendo afetar o tempo de internação, a gravidade das doenças e até mesmo levar ao óbito¹. Para prevenir e controlar efetivamente essas infecções, é necessário o comprometimento de todos os envolvidos em uma unidade de saúde, com especial ênfase nos profissionais². Essa abordagem visa minimizar os riscos aos pacientes e, conseqüentemente, diminuir os custos associados³. **Objetivo:** Relatar uma prática institucional inovadora da Coordenação de Enfermagem frente a taxa de IRAS após aplicação do método de gamificação como plano de ação para diminuição de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, relato de uma prática institucional inovadora, vivenciado pela Coordenação de Enfermagem de uma UTI coronariana em um Hospital de grande porte, 100% SUS de Minas Gerais, nos meses de março a junho de 2023. **Resultados:** Devido ao aumento de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) no Centro de Terapia Intensiva Coronariano surgiu a ideia de dividir a equipe multiprofissional em quatro times e o período de avaliação ocorreria entre março/2023 e junho/2023. A avaliação ocorreria pelos resultados dos seguintes indicadores setoriais: Infecção na corrente sanguínea relacionada ao cateter; Infecção do trato urinário relacionado à cateter vesical de demora (CVD) e Pneumonia relacionada à Ventilação Mecânica (VM). Os resultados foram divulgados mensalmente, no painel do projeto elaborado pelas autoras. O objetivo seria alcançar a meta zero em todos os indicadores. O time vencedor, seria premiado ao final do período estipulado. Diante disso, no período em questão, houve uma diminuição dos indicadores setoriais, com alcance da meta, de zero infecções relacionadas à assistência à saúde. Na avaliação da quantidade de antibióticos, em frascos, liberados para o setor, observou-se a redução de 983 frascos (17%) comparado ao quadrimestre anterior (novembro/2022 a fevereiro/2023). Durante o período de avaliação, houve o envolvimento da equipe multidisciplinar nas reuniões gerenciais, pela qual eram apresentados e discutidos os resultados setoriais. **Considerações finais:** A metodologia de gamificação para o aprendizado na área da Saúde vem se mostrando como um aliado para a educação em saúde. É perceptível que a partir da introdução desta metodologia, houve um envolvimento de toda a equipe multidisciplinar, impactos positivos nos indicadores setoriais, além da sensibilização da equipe. **Contribuições e implicações para prática:** A educação em saúde é um grande aliado para a segurança do paciente hospitalizado, porém, é um grande desafio no século atual. Com isto, evidencia-se, a partir da experiência relatada, que a introdução de metodologias com gamificação possui uma adesão maior, e conseqüentemente, melhores resultados, envolvimento e incentivo da equipe quanto ao alcance da meta. É importante salientar a necessidade de acompanhamento pelas coordenações, a fim de evitar que a competição seja conflituosa.

Descritores: Educação em Saúde; Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde; Enfermagem;

Referências:

1. Muniz Braga L. Infecções relacionadas com a assistência à saúde e a segurança do paciente: percepção da enfermagem. RevSALUS - Rev Científica da Rede Acadêmica das Ciências da Saúde da Lusofonia. 2019;1(2):31–5.
2. De Oliveira JB, Milhorini CR, Montezeli JH, Gastaldi AB. Educação em saúde em terapia intensiva na perspectiva de enfermeiros / Health education in intensive therapy from the nurses perspective. Brazilian J Dev. 2021;7(4):42292–307.
3. Farias QS dos S, Silva RS da, Araújo JM da S, Gomes Santos MM, Barros FD, Martins M de CV. Gamificação no ensino de enfermagem: avaliação do impacto na aprendizagem. Res Soc Dev. 2021;10(16):e591101623884.

5º Lugar- HIPOTERMIA NA ADMISSÃO E ASSOCIAÇÃO COM ÓBITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Flávia Lopes Gabani, Aline Aparecida Vieira, Hellen Geremias Dos Santos, Arnildo Linck Júnior

Introdução: A hipotermia pode ser definida quando a perda de calor durante exposição prolongada ao frio se sobrepõe à capacidade de produção¹. Crianças em situações críticas podem apresentar hipotermia com maior frequência, tornando o ambiente de terapia intensiva fator de risco adicional². A baixa temperatura corporal tem se associado à morbidade e mortalidade entre pacientes neonatais e pediátricos³. Contudo, a comunidade científica vem concentrando essas informações nos neonatos, deixando uma lacuna sobre o impacto da hipotermia entre lactentes e crianças maiores, principalmente em ambientes de terapia intensiva. **Objetivo:** analisar a associação entre hipotermia na admissão e óbito em até sete dias em crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Método:** coorte retrospectiva composta por crianças de zero a 14 anos, admitidas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica no Sul do Brasil, nos anos de 2012 a 2017. Crianças com temperatura axilar inferior a 36°C foram consideradas expostas. Foram excluídos recém-nascidos, crianças com temperatura axilar >37,7°C e vítimas de queimaduras. Somente crianças internadas por até sete dias foram selecionadas. A coleta de dados foi realizada a partir de formulário, e a relação entre hipotermia na admissão e óbito foi avaliada por regressão de Poisson, ajustada por variáveis demográficas e clínicas. Foram calculados razão de chances (OR) e intervalo de confiança (IC95%), considerando nível de significância de 5%. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 83069418.7.0000.5231. **Resultados:** Entre 2012 e 2017 ocorreram 1.223 admissões na UTIP, com 165 perdas (13,5%) por informações sobre hipotermia ignoradas. Após aplicação dos critérios de exclusão, restaram 759 admissões. Destas, 537 crianças (72,1%) permaneceram internadas por no máximo sete dias na UTIP, sendo a população final analisada. A média de idade foi 3,4 anos e a prevalência de hipotermia foi de 27%. Na análise bruta houve redução progressiva da medida de associação entre hipotermia e óbito da menor para a maior faixa etária: menores de um ano (n =191; RR = 3,06 IC95%:1,29;7,26), entre 1 e 3 anos (n = 146; RR = 1,84 IC95%:0,71;4,78) e mais de 3 anos (n =200; RR= 1,46 IC95%:0,76;2,80). O RR de óbito em até sete dias da admissão para menores de um ano hipotérmicos, após ajuste pelas demais variáveis, foi de 3,51 (IC95%: 1,26;9,77). **Conclusão:** o risco de óbito em até sete dias da admissão foi três vezes maior entre menores de um ano que foram admitidos hipotérmicos, mesmo após controle de variáveis de confusão. **Contribuições e implicações para prática:** o conhecimento sobre a relação entre óbito e hipotermia, contribui para qualificação da assistência na busca detecção e intervenção precoces, prevenindo complicações e aumentando a sobrevida da criança gravemente enferma, sobretudo naquelas com menos de um ano de idade.

Descritores: Hipotermia; Pediatria; Unidade de Terapia Intensiva pediátrica; Admissão do paciente; Mortalidade hospitalar.

Referências:

- 1- Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermagem, 7. ed. Nascimento, MIC, tradutor. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. 912 p.
- 2- Sales NS. Fatores preditores para mortalidade por sepse em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. [dissertation on the Internet]. Sobral: Universidade Federal do Ceará; 2018. 72 p. Available from: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/39017>
- 3- Chang HY, Sung YH, Wang SM, Lung HL, Chang JH, Hsu CH, et al. Short- and LongTerm Outcomes in Very Low Birth Weight Infants with Admission Hypothermia. PLoS One. [Internet]. 2015 [cited 2023 Jul 7];10(7):e0131976. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4507863>; doi: 10.1371/journal.pone.0131976.

RESUMOS APRESENTADOS NA MODALIDADE E-PÔSTERES

ULTRASSONOGRAFIA PARA CONFIRMAÇÃO DO POSICIONAMENTO DO TUBO ENTERAL: DESCRIÇÃO DA TÉCNICA E CONFIABILIDADE DO MÉTODO

ROBERTA PEREIRA SPALA NEVES, ANA PAULA SOUZA LIMA, CLAUDIA SATIKO TAKEMURA MATSUBA

Introdução: A colocação de um tubo enteral é o método mais fácil e comumente usado para fornecer nutrição enteral a curto prazo¹. A verificação do posicionamento correto do tubo antes de iniciar a nutrição enteral é absolutamente necessária para evitar complicações como pneumonia por aspiração². O raio X continua sendo considerado o exame padrão ouro para confirmação do posicionamento do tubo enteral. No entanto, a ultrassonografia (USG) vem ganhando destaque e apresenta vantagens sobre o raio x³. Diante do exposto e a fim de promover uma prática de enfermagem cada vez mais segura, esta revisão integrativa pretende revelar o estado da arte sobre a técnica e a confiabilidade da ultrassonografia como método de verificação do posicionamento do tubo enteral em trato gastrointestinal, de modo a auxiliar e direcionar a prática do enfermeiro baseado em evidência. **Objetivo:** Descrever a técnica ultrassonográfica utilizada para verificar o posicionamento do tubo em trato gastrointestinal e verificar se a ultrassonografia é um método confiável para confirmar o posicionamento do tubo enteral. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. A busca foi realizada no mês de maio de 2022 na Biblioteca Virtual em Saúde. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre os anos de 2017 a 2022, cuja população estudada fosse acima de 18 anos, independente do idioma e país que foi realizado e publicado. **Resultados:** Foram selecionados 17 estudos, todos eles descreveram a técnica utilizada, sendo possível identificar os principais pontos de convergência. Quanto à confiança do método para visualização do tubo enteral, o valor preditivo positivo variou de 91% a 100%, já o valor preditivo negativo teve uma variação grande de 11,1% a 100%. **Conclusão:** Essa revisão aponta para muitas convergências quanto às técnicas de inssonação para avaliação da localização do tubo enteral, sendo assim um ponto de partida para os profissionais que pretendem avançar no uso desta ferramenta. Os estudos também indicam que o ultrassom é uma ferramenta promissora para a confirmação do posicionamento do tubo enteral. No entanto, a taxa de sucesso de visualização do tubo enteral no trato gastrointestinal, assim como o valor preditivo positivo ainda são muito variáveis, além das limitações mencionadas para o seu uso. Assim, se faz necessário mais pesquisas, a fim de construir protocolos seguros de uso do ultrassom como tecnologia confiável de confirmação do tubo de alimentação enteral.

Descritores: Ultrassonografia; Intubação Gastrointestinal; Nutrição Enteral.

Referências:

1. Qian A, Xu S, Lu X, Tang L, Zhang M, Chen X. Rapid positioning of nasogastric tube by ultrasound in COVID-19 patients. Crit Care. 2020 Sep 22;24(1):568.
2. Taylor SJ, Allan K, Clemente R. Undetected Cortrak tube misplacements in the United Kingdom 2010-17: An audit of trace interpretation. Intensive Crit Care Nurs. 2019 Dec;55:102766.
3. Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition. Diretriz BRASPEN de Enfermagem em Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral. BRASPEN J. 2021; 36 (Supl 3): 2-62.

CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DOS RISCOS RELACIONADOS AO BANHO NO LEITO DO PACIENTE CRÍTICO

LUCAS EDUARDO MELLO BARBOZA, CAROLINA DE ARAÚJO CHINEMANN, ALLAN PEIXOTO DE ASSIS

Introdução: as unidades de terapia intensiva (UTI) dispõem de um perfil de pacientes que enfrentam a perda da autonomia e a incapacidade de realização do autocuidado pleno, em razão da restrição relacionada ao quadro clínico grave. O banho no paciente crítico apresenta diversos riscos que podem comprometer a estabilidade clínica. O enfermeiro como prescritor e executor dos cuidados diretos de enfermagem aos pacientes gravemente enfermos deve ser capaz de avaliar os riscos relacionados a esse procedimento, corrigir irregularidades e tomar decisões sobre a exequibilidade do mesmo em condições seguras¹. **Objetivo:** propor uma ferramenta do tipo checklist para avaliação dos riscos relacionados ao banho no leito de pacientes críticos adultos. **Método:** trata-se de um estudo metodológico² desenvolvido em três etapas: diagnóstico situacional, revisão da literatura e desenvolvimento do checklist. **Resultados:** em 11 artigos incluídos na amostra foram identificados desfechos clínicos e ambientais/materiais. Todos os estudos incluídos identificaram e compararam de alguma forma eventos clínicos antes e após a aplicação do banho no leito. A partir da análise das evidências, idealizou-se uma ferramenta do tipo checklist para identificação de situações que apresentam risco para o paciente crítico durante o banho a fim de facilitar a avaliação pelo enfermeiro minimizando a chance de erros. O checklist foi estruturado em dezesseis itens de verificação, dispostos em quatro domínios: neurológico, sinais vitais, ventilação e aminas vasoativas. As respostas dos itens de verificação julgadas como “sim” indicam risco relacionado ao banho no leito, assim, sugere-se a intervenções prévias ao banho até que haja a reversão do indicativo de risco e garantia da segurança do procedimento. **Considerações finais:** o banho no leito em pacientes críticos apresenta riscos que devem ser avaliados, de forma individualizada, pelo enfermeiro a fim de promover um cuidado seguro¹. O presente estudo identificou os riscos relacionados ao banho no leito de pacientes críticos, sendo possível construir um checklist de avaliação dos riscos relacionados ao banho no leito do paciente crítico. O uso do checklist pode ser uma ferramenta que minimize os incidentes relacionados ao banho no leito³. Contribuições e implicações para prática: desconhece-se atualmente na literatura algum checklist ou ferramenta específica que auxilie na avaliação de segurança do banho no leito de pacientes críticos. Sua aplicação pode ser uma estratégia de avaliação clínica pré-banho e de identificação de problemas a serem corrigidos antes do procedimento, prevenindo assim intercorrências clínicas, incidentes e eventos adversos.

Descritores: Banho; Cuidados Críticos; Segurança do Paciente.

Referências:

1. Viana RAPP, Neto JMR, organizators. Enfermagem em terapia intensiva: práticas baseadas em evidências. 2.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. ISBN 978-65-5586-354-3
2. Polit DF, Beck CT, Hungler PB. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: 5a edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.
3. Knobel E. Condutas no paciente grave / Elias Knobel: 4 ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2016, 2v. ISBN 978-85-388-0694-3

CORRELAÇÃO ENTRE O DIMENSIONAMENTO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM E TAXA DE INCIDENTES DE UMA UTI

ALLAN PEIXOTO DE ASSIS, ROBERTA PEREIRA SPALA NEVES, RENATA CARNEVALE, MARTHA MAMEDE LOURENÇO, JANDIRA ALVES MAGALHÃES, FERNANDA DE OLIVEIRA BRAZ RODRIGUES, ALINE DA COSTA MARINS, MARCIA ESTEFANIA NUNES MARQUES LEAL

Introdução: O dimensionamento do pessoal de enfermagem em terapia intensiva deve ser realizado quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e a legislação¹. Além disso, é importante que indicadores de qualidade sejam definidos e monitorados, dentre eles os incidentes, os eventos adversos e as horas de assistência de enfermagem, objetivando traçar metas de melhoria assistencial^{1,2}. O *Nursing Activities Score* - NAS é uma ferramenta utilizada para mensurar o tempo gasto na assistência, a carga de trabalho de enfermagem e a avaliação da adequação do dimensionamento à demanda assistencial³ por meio da relação entre o dimensionamento observado (Real) e o estimado (pelo NAS). **Objetivo:** Analisar a correlação entre a adequação do dimensionamento de enfermagem pelo NAS e a taxa de incidentes e eventos adversos. **Método:** Trata-se de uma pesquisa documental, retrospectiva, quantitativa, realizada por meio de uma amostra de dados sobre indicadores de qualidade de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, no período de janeiro de 2021 a janeiro de 2023, em um Hospital Militar do Estado do Rio de Janeiro. Foram incluídos no estudo dados sobre pontuação média do NAS mensal da unidade, média de horas de enfermagem pelo NAS, relação numérica de adequação (Real/NAS) e taxa total de incidentes/eventos adversos mensurados por mês pelo serviço. Os dados foram recortados de uma planilha Excel e transportados para o programa SPSS para análise de correlação por meio de uma regressão linear simples, na qual foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, já que houve aderência dessas variáveis à curva de distribuição normal (Kolmogorov-Smirnov). O estudo não realizou abordagem de indivíduos e sim de dados extraídos de relatórios de gestão, de domínio público, sendo dispensado de aprovação prévia por comitê de ética em pesquisa. **Resultados:** A média do NAS mensurado nos 25 meses de análise foi de 84,2%, perfazendo uma média de tempo exigido de enfermagem por leito de 20,2 horas, demandando média de 5,4 profissionais/ turno. Em 52% dos meses a relação de adequação do dimensionamento pelo NAS (Real/NAS) foi igual ou maior que 1 (1 - 1,1), com uma taxa média de 15,5% de incidentes/eventos adversos. Em 48% dos meses observou-se uma relação Real/NAS abaixo de 1 (0,7 - 0,9) e uma taxa média de 28,2% de incidentes/eventos adversos. Houve uma correlação moderada entre a adequação do dimensionamento de pessoal de enfermagem e a taxa de incidentes/eventos adversos no período analisado ($r=-0,649$, $p<0,001$), aumentando os incidentes e eventos adversos em 42% ($R^2=0,422$) quando a relação Real/NAS foi menor que 1. **Conclusão:** Houve correlação entre subdimensionamento da equipe de enfermagem e aumento de incidentes e eventos adversos na amostra analisada, contribuindo para a importância de se manter esforços que objetivem um dimensionamento mínimo para a garantia da qualidade e segurança do paciente.

Descritores: Dimensionamento de pessoal, Enfermagem, Terapia intensiva

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução N.7, 2010.
2. Leite IRL et al. Nursing Activities Score e demanda de trabalho de enfermagem em terapia intensiva. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(6):837-43.
3. Siqueira EMP et al. Correlação entre carga de trabalho de enfermagem e gravidade dos pacientes críticos gerais, neurológicos e cardiológicos. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 19(2) Abr-Jun 2015.

USO DO TRAIN-OF-FOUR (TOF) PELO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

THAYANNE CARLOS CHAVES, KATHLEEN APARECIDA PAULINO, SERGIO HENRIQUE VICTOR SOUZA, FLÁVIA SALES LEITE, MARCELE LILIANE PESAVENTO, BÁRBARA GADIOLI, JOÃO PAULO VICTORINO

Introdução: O padrão de estimulação nervosa *train-of-four* (TOF) é um dispositivo utilizado na monitorização quantitativa sistemática do bloqueio neuromuscular (BNM), em que fármacos promovem a paralisação da musculatura esquelética ao impedir a transmissão de impulsos na junção neuromuscular, configurando um tratamento eficaz para afecções respiratórias e neurológicas, em associação com a sedação^{1,2}. Em unidades de terapia intensiva (UTI), o monitoramento do BNM com quatro medidas com TOF e a aplicação de protocolos para sedação ajudam a evitar complicações e eventos adversos associados com a administração excessiva ou ineficaz de bloqueadores e sedativos². Isso garante uma prática segura e diminui a incidência de bloqueio muscular residual, destacando-se o papel da equipe multiprofissional, em especial a enfermagem, na aplicação dessas ferramentas³. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada por enfermeiros da UTI Adulto que utilizam o TOF em pacientes em uso de bloqueadores neuromusculares. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. O trabalho visa dissertar acerca da utilização do TOF por enfermeiros da UTI durante o cuidado prestado a pacientes em uso de bloqueadores neuromusculares. O estudo foi realizado no primeiro semestre de 2023, em uma UTI da rede hospitalar privada da região sudeste do Brasil. **Relato da experiência:** Visando otimizar o uso dos recursos terapêuticos e o atendimento às metas multiprofissionais de cuidado ao paciente crítico, os enfermeiros intensivistas utilizam da ferramenta TOF para guiar a administração de BNM e o nível sedação mediante a escala de RASS. O resultado obtido através do TOF é compartilhado na visita multidisciplinar e com a equipe médica, objetivando alinhar as condutas e metas terapêuticas individuais dos pacientes. Rotineiramente, o TOF é aplicado uma vez por turno de trabalho ou mediante mudança clínica visível, assegurando intervenções rápidas e eficientes. Este equipamento é seguro, de simples e rápida aplicação, com uso compartilhado após adequada higienização, fortalecendo a obtenção do recurso. O manuseio efetivo do TOF viabiliza o direcionamento dos cuidados de enfermagem, posto que seus resultados conduzem intervenções de enfermagem no contexto da sistematização da assistência de enfermagem, conforme a necessidade do paciente e metas terapêuticas. **Considerações finais:** Dessa forma, na terapia intensiva, o TOF fornece um substrato palpável às metas alinhadas ao plano terapêutico do paciente a serem buscadas pela equipe multiprofissional, além de permitir a melhor utilização dos recursos farmacológicos disponíveis, reduzindo custos em saúde e a incidência de complicações. **Contribuições e implicações para a prática:** A equipe de enfermagem deve buscar garantir o adequado cuidado em saúde oferecido aos pacientes, assim, perante o uso de BNM na UTI e das complicações decorrentes da sua administração indiscriminada ou insuficiente, o emprego do TOF proporciona resultados capazes de guiar a avaliação do cuidado conforme as metas terapêuticas estabelecidas ao paciente, potencializando a segurança do paciente e qualidade em saúde, por meio da autonomia do profissional que atua no beira-leito.

Descritores: Bloqueadores neuromusculares; Sedação profunda; Planejamento de Assistência ao Paciente.

Referências:

1. Murphy G. Bloqueio neuromuscular residual: um problema constante de segurança do paciente. Boletim da ASPF 2020, 35 (3): 94.
2. Secretaria da Saúde do governo do estado do Paraná. Analgesia, sedação e bloqueio neuromuscular na pandemia COVID-19. 2020.
3. Miranda ML., Bersot CDA, Villela NR. Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular na unidade de terapia intensiva. Revista HUPE 2013, 12 (3):102-09. DOI: 10.12957/rhupe.2013.7537.

DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO AO COMA BARBITÚRICO INDUZIDO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

KATHLEEN APARECIDA PAULINO, THAYANNE CARLOS CHAVES, SERGIO HENRIQUE VICTOR SOUZA, LUCAS MENEZES DE BEZERRA, FLÁVIA SALES LEITE, MARCELE LILIANE PESAVENTO, BÁRBARA GADIOLI, JOÃO PAULO VICTORINO

Introdução: Em unidades de terapia intensiva (UTI) os pacientes podem apresentar hipertensão intracraniana (HIC), uma condição clínica associada ao aumento da pressão intracraniana (PIC) acima dos valores normais, levando a repercussões sistêmicas. A manutenção da PIC depende do equilíbrio entre o tecido cerebral, o líquido e o sangue no espaço intracraniano, visando a preservação da perfusão cerebral. Para tanto, são ativados mecanismos compensatórios, todavia, há casos em que eles não são suficientes, resultando no aumento da PIC e dano cerebral¹. Há casos de HIC refratária aos métodos convencionais, sendo um novo recurso terapêutico a indução do coma barbitúrico. Os barbitúricos compõem uma classe dos anticonvulsivantes, atuando como depressores não-seletivos do sistema nervoso central (SNC), podendo resultar em sedação leve, hipnose, anestesia e coma². Nesse cenário, a assistência de enfermagem é primordial, sendo a avaliação do enfermeiro, bem como, a identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem um potencializador do cuidado centrado na pessoa, no contexto da operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)³. **Objetivo:** Apresentar os principais diagnósticos e cuidados de enfermagem associados ao paciente neurocrítico submetido ao coma barbitúrico induzido. **Método:** Estudo observacional, retrospectivo e descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado durante 2023, em uma UTI de uma rede hospitalar privada de São Paulo. Os participantes são residentes de enfermagem em terapia intensiva adulto. Este relato de experiência profissional reflete as impressões dos autores sobre os cuidados oferecidos ao paciente neurocrítico em coma barbitúrico induzido. Por se tratar de um relato de experiência não foi necessário a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. **Relato da experiência:** Nesta experiência relatada, uma paciente com diagnóstico de HIC foi submetida ao coma barbitúrico induzido após refratariedade às outras medidas terapêuticas, como: hiperventilação, terapia hiperosmolar, derivação ventricular externa, hipotermia terapêutica e craniectomia descompressiva. No caso relatado, a indução do coma ocorreu perante administração de Tiopental. Considerando o contexto supracitado, foram elencados os seguintes diagnósticos de enfermagem: Termorregulação ineficaz; Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz; Risco de glicemia instável; Risco de desequilíbrio eletrolítico; Risco para a integridade da pele prejudicada; Risco de débito cardíaco diminuído; e Risco de ressecamento ocular. A identificação desses diagnósticos auxiliou o direcionamento das intervenções de enfermagem, complementando os cuidados multiprofissionais pertinentes ao quadro clínico da paciente. Dentre os cuidados ofertados, destacam-se: mensuração da temperatura corpórea em região central; monitoramento glicêmico; mudança de decúbito em conformidade com a PIC alvo; posicionamento da cabeceira elevada a 30° com alinhamento mento-esternal; uso de mantas térmicas ou colchões de resfriamento, de eletroencefalograma contínuo para monitoramento do grau de estimulação cerebral e do Índice Bispectral (BIS) para titulação da sedação. **Considerações finais:** À vista disso, temos que os diagnósticos de enfermagem apresentados são importantes para o direcionamento dos cuidados e operacionalização da SAE. **Contribuições e implicações para prática:** Os cuidados de enfermagem ofertados a condições clínicas incomuns devem ser amplamente disseminados para potencializar a qualidade assistencial. Assim, a experiência de cuidado nos mostrou a relevância de elaborar diagnósticos de

enfermagem coesos e com embasamento teórico, visando promover a individualização do cuidado.

Descritores: Coma; Cuidados Críticos; Hipertensão Intracraniana.

Referências:

1. Giugno KM, Maria TR, Kunrath CL, Bizzi JJ. Tratamento de hipertensão intracraniana. J Pediatr (Rio J) 2003; 79: 287-96. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572003000400005>.
2. Martins ARC, Mendes CO, Cortopassi SRG. Indução de Coma Barbitúrico guiado pelo BIS: Relato de Caso. Revista de Educação Continuada em Medicina Veterinária e Zootecnia do CRMV-SP 2015; 13 (2): 68.
3. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, Barros ALBL, Napoleão AA, Cruz DALM et al. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021 - 2023. 12th ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2021.

DIAGRAMA DE ISHIKAWA COMO DIRECIONADOR DOS CUIDADOS COM O CATETER EKOS®: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

SERGIO HENRIQUE VICTOR SOUZA, THAYANNE CARLOS CHAVES, KATHLEEN APARECIDA PAULINO LUCAS MENEZES DE BEZERRA, FLÁVIA SALES LEITE, MARCELE LILIANE PESAVENTO, BÁRBARA GADIOLI, JOÃO PAULO VICTORINO

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) compõe a terceira causa de mortalidade cardiovascular no mundo¹. Como alternativa terapêutica, recentemente vem sendo empregado o EKOS®, um cateter endovascular de infusão seletiva e controlada de trombolíticos facilitada por ultrassons². Por se tratar de um dispositivo médico inovador há particularidades no cuidado. O Diagrama de Ishikawa é uma ferramenta da qualidade, comumente utilizada na área da saúde, que permite a identificação das possíveis causas de um problema, dispondo-as em grupos pré-definidos para o melhor entendimento³. A avaliação de riscos inerentes ao cuidado em saúde é necessária para garantir a qualidade e segurança assistencial. Dessa forma, por se tratar de um dispositivo inovador associado à demanda por conhecimento acerca das possíveis problemáticas na prática clínica, observou-se a necessidade de estudos que abordassem a temática. **Objetivo:** Identificar as causas ligadas ao mau funcionamento do cateter - EKOS® através da aplicação do diagrama de Ishikawa a fim de possibilitar o direcionamento dos cuidados de enfermagem. **Método:** Estudo observacional, retrospectivo, descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. O estudo foi realizado no primeiro semestre de 2023, em um serviço de terapia intensiva situado em um hospital privado da região sudeste do Brasil. Os participantes são membros da equipe de enfermagem. **Relato da experiência:** Ao revisar a assistência prestada aos pacientes portadores do EKOS® associada a ampla revisão bibliográfica, levantou-se os componentes do diagrama de Ishikawa. Os aspectos identificados no grupo “material” foram: cateter com defeito prévio; bateria do dispositivo insuficiente; formação de trombos na vasculatura e obstrução dos poros do lúmen do cateter. No grupo “método”, teve-se: falha na identificação das soluções; preparação incorreta do paciente; controle inadequado da temperatura das soluções e deslocamento do cateter. Acerca do grupo “medida”, notou-se como fatores: a ausência de monitoramento laboratorial do estado de coagulação; ausência de monitoramento por exames de imagem e descontrole da taxa de infusão das soluções. No que concerne ao grupo “mão de obra”, teve-se: treinamento insuficiente; fragilidade no monitoramento hemodinâmico do paciente; sobrecarga assistencial e ausência de protocolo institucional direcionador. Dentre os elementos relacionados ao meio ambiente, notou-se: espaço físico diminuto; conexão incorreta dos cabos e iluminação local escassa. Quanto ao grupo “paciente”, considerou-se: sangramento; infecção; flebite; agitação psicomotora; lesão por pressão e lesão por pressão associada a dispositivo médico. **Considerações finais:** Os elementos casuísticos de falha no funcionamento do cateter identificados pelo diagrama são de extrema importância para o

direcionamento dos cuidados. Por se tratar de um dispositivo inovador fez-se necessário que houvesse uma visão sistemática prospectiva dos eventos adversos possíveis a fim de promover a adequada prevenção e preparo para o enfrentamento dessas ocorrências, promovendo uma assistência segura e de qualidade. **Contribuições e implicações para prática:** A equipe de enfermagem é responsável pelo cuidado integral aos pacientes. Portanto, é essencial que o conhecimento acerca dos fatores casuísticos de falha do dispositivo sejam disseminados. Assim, este estudo traz contribuições para a prática, focada no cuidado individualizado, permitindo o direcionamento das atividades educativas.

Descritores: Embolia Pulmonar; Cuidados de Enfermagem; Educação Continuada.

Referências:

1. Albricker ACL, Freire CMV, Santos SND, Alcantara ML, Saleh MH, Cantisano AL, et al. Joint Guideline on Venous Thromboembolism - 2022. Arq Bras Cardiol. 2022;118(4):797-857.
2. EKOS™: Endovascular System [Internet]. Estados Unidos da América - EUA, Boston Scientific, 2021. Instruções técnicas do EKOS™ Boston Scientific. Disponível em: https://www.bostonscientific.com/content/dam/elabeling/pi/ekosonic_us/51320907-01A_EKOSONIC_eIFU_US_EN_s.pdf
3. Galdino SV, Reis EMB, Santos CB, et al. Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.07 (Supl. 1),p 1023-57. Jul. 2016. ISSN: 1982-4785. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3569>.

OS IMPACTOS DOS RUÍDOS EXCESSIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

YDARYANE MARTINS MATTA, NADHYA MILENNA LIRA MENDES, THAYSE GOMES DE ALMEIDA

Introdução: Unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) são recursos importantes para o tratamento de pacientes graves ou potencialmente graves que necessitam de cuidados contínuos e especializados em decorrência de uma ampla variedade de alterações fisiopatológicas¹. O controle dos níveis de luz e ruído no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é uma intervenção essencial que promove o desenvolvimento de bebês prematuros^{2,3}. O ruído excessivo encontrado é proveniente de várias fontes, como equipamentos de suporte à vida, incluindo ventiladores mecânicos, aquecedores radiantes, bombas de infusão e incubadoras; vozes/falas e movimentação de pessoas na unidade; alarmes; visitas médicas e familiares; manuseio de incubadoras; circulação de equipamentos de teste; manuseio descuidado ao trancar armários, gavetas, tampas de lixo e portas; e ar condicionado, entre outros. O repouso auditivo é importante para o RN para seu desenvolvimento e crescimento, e para evitar responder ao estresse causado pelo ruído, que pode resultar em atraso no ganho de peso e até mesmo na alta do RN. **Objetivo:** Identificar os efeitos causados no desenvolvimento do recém-nascido pré termo devido aos ruídos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que teve as buscas realizadas nas bases de dados PubMed, LILACS e ScienceDirect, sendo os critérios de inclusão: Recém-nascidos pré-termo, artigos originais publicados em inglês e português, revistas, livros durante o período de 2013 a julho de 2023, e de exclusão: artigos de revisão, resumos simples e expandidos, e trabalhos de conclusão de curso e também artigos que não possuíam o conteúdo de interesse. Utilizando-se da seguinte pergunta norteadora: “Quais os efeitos que os ruídos presentes na UTIN podem causar no RN pré-termo?”. **Resultado:** O ruído do equipamento pode afetar o RN, causando aumento da frequência cardíaca (FC) e da frequência respiratória e diminuição da saturação periférica de oxigênio, além de alterações na atividade motora². A permanência do RN em ambiente ruidoso por mais de 48 horas é considerada fator de risco para perda auditiva. **Conclusão:**

Cabe a equipe multidisciplinar composta no setor sob a conscientização e humanização que é de extrema importância para o benefício e desenvolvimento positivo desses Recém-nascidos, é válido ser desenvolvida uma educação em saúde programada com os profissionais compostos para conscientização de efeitos negativos que os ruídos possam causar nos pacientes e nos benefícios que a reformulação da prática de cuidados possam trazer aos mesmos, visto que também é de grande importância os cuidados ao manuseio desses recém-nascidos para o não comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor e neurológico³. Há evidências de efeitos deletérios da ocorrência de níveis elevados de pressão sonora em RN, como, por exemplo, maior consumo de O₂ e aumento da FC, que resultam em maior consumo energético e retardo no ganho de peso. Também são enfatizados efeitos fisiológicos e comportamentais em RN expostos ao ruído, como choro, agitação, distúrbios do sono, entre outros.³ Contribuições e implicações para prática: As condições ambientais afetam o estado fisiológico e neurocomportamental do RN, daí a necessidade de promover um ambiente adequado, familiarizando o RN com ele e diminuindo a quantidade e intensidade de ruído excessivo e estímulos luminosos. Com isso, é importante a equipe composta possuir conhecimento contribuindo para que as intervenções sejam significativas e que possam trazer resultados significativos, sem prejudicar e retardar o desenvolvimento do paciente, podendo trazer sérios problemas².

Descritores: Ruído; Terapia intensiva; Neonatologia

Referências:

1. Nível de ruído em incubadoras neonatais: um estudo comparativo de três modelos Int. J. Pediatr. Otorrinolaringol. (2018), pág. 107
2. A caracterização dos níveis de ruído em uma unidade de terapia intensiva neonatal e as implicações para o manejo do ruído J. Environ. Curar. ciência Eng. , 12 (104)
3. Gasto energético de prematuros durante períodos de estresse ambiental na unidade de terapia intensiva neonatal Japão J. Nurs. ciência , 11 (4)

O ENFERMEIRO NA PERCEPÇÃO DE DOR NO RN NA UTI: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

NADHYA MILENNA LIRA MENDES, YDARYANE MARTINS MATTA, THAYSE GOMES DE ALMEIDA

Introdução: O choro é considerado o método primário de comunicação do RN por mobilizar o adulto, seja a mãe ou o profissional cuidador. Os RN internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são expostos rotineiramente a inúmeros procedimentos e intervenções que causam estresse e dor¹. Estímulos dolorosos agudos desencadeiam nos RN uma resposta global ao estresse, que inclui modificação a nível cardiovascular, respiratório, imunológico, hormonal e comportamental, entre outros². **Objetivo:** Discorrer sobre a importância da avaliação de dor no recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva e as intervenções necessárias para o alívio. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de artigos publicados no período de 2013 a julho de 2023, nas seguintes bases de dados: LILACS, SciELO e BDNF Os termos de busca foram: Neonatologia; Alívio da dor; Unidade de terapia intensiva; publicados em inglês e português. A presente revisão teve como questão norteadora: Qual a importância da avaliação e percepção da equipe de enfermagem frente à dor no RN na Unidade de terapia intensiva? Foram critérios de inclusão: a) estar publicado em língua portuguesa e inglesa; b) estar disponível nas bases de dados eletrônicas eleitas para investigação e na íntegra; c) relacionado ao Recém-nascido; d) apresentar o descritor “Terapia intensiva” e as palavras “Alívio da dor” e “Neonatologia” e “Cuidados de enfermagem”, conforme estratégias de busca elencadas. Os critérios de exclusão foram

produções repetidas nas bases de dados, publicações que não mencionaram a atuação do Enfermeiro na percepção e controle da dor no RN e que não condiziam com o objetivo da pesquisa principal. **Resultados:** Essas respostas fisiológicas são acompanhadas de uma reação endócrino-metabólica de estresse, com liberação, entre outros hormônios, de adrenalina, noradrenalina e cortisol, podendo também resultar em hiperglicemia e catabolismo proteico lipídico, interferindo no equilíbrio homeostático, que no RN já é precário. Dores intensas devem ser manejadas com agentes farmacológicos, enquanto as dores menores podem ser manejadas por meio de medidas não farmacológicas de alívio e prevenção³. **Conclusão:** Surge a necessidade de uma atenção especial aos RN que se encontram hospitalizados em UTIN. A equipe de enfermagem atua nos cuidados diretos a estes bebês cabendo, portanto, a responsabilidade de estar atenta à presença de dor para intervir com medidas que possam colaborar com sua melhora clínica¹. Cabe ao enfermeiro, reconhecer ou decodificar os sinais de dor emitidos pelos recém-nascidos e para tanto se faz necessário conhecimento e o entendimento destas linguagens através da sensibilidade e da percepção dos sinais emitidos. Contribuições e implicações para prática: A aplicação de uma assistência humanizada, pelo enfermeiro que é o profissional mais do que qualquer outro membro da equipe de saúde, que se depara com a dor do recém-nascido em vários momentos e pode interferir diretamente no alívio. O manuseio excessivo pode provocar hipoxemia, apneia, bradicardia e comportamento de estresse, além de perturbar o ritmo do sono². É importante ter conhecimento técnico-científico.

Descritores: Neonatologia; Alívio da dor; Unidade de terapia intensiva;

Referências:

1. Andrade, L. M. M. (2019). Exposição e manejo da dor em recém-nascidos prematuros durante o tempo de hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
2. Andrezza MG, Motter AA, Cat ML, Silva RPGVC. Percepção da dor em neonatos pela equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Bras Pesq. 2017; 19(4):133-139.
3. Harrison D, Bueno M, Reszel J. Prevention and management of pain and stress in the neonate. Res Rep Neonatol. 2015;5:9-1.

A CONTRIBUIÇÃO DA MUSICOTERAPIA NO AMBIENTE DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

NADHYA MILENNA LIRA MENDES, YDARYANE MARTINS MATTA, THAYSE GOMES DE ALMEIDA

Introdução: A musicoterapia é uma ferramenta desenvolvida por meio da utilização da música e seus elementos com o intuito de promover benefícios e fins terapêuticos. No ambiente hospitalar, atua como terapia complementar, auxiliando na diminuição do impacto causado¹. A hospitalização na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é um ato abrupto, pois introduz o recém-nascido em um ambiente repleto de exposições intensas a estímulos estressantes e de dor¹. A humanização representa um conjunto de iniciativas que visam à produção de cuidados em saúde capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento². O cérebro do recém-nascido e até mesmo do feto têm capacidades básicas de processamento musical. O sistema auditivo inicia sua função a partir das vinte e quatro semanas de gestação, e os bebês ainda intrauterino experimentam e reagem a uma variedade de sons externos, incluindo a voz da mãe e a música ambiente. Independentemente da idade gestacional do nascimento, a música pode ajudar a melhorar alguns dos efeitos indesejados gerados durante a hospitalização do RNPT. **Objetivo:** Apresentar a importância da utilização da musicoterapia como prática complementar e integrativa, trazendo benefícios aos recém-nascidos internados na unidade de terapia

intensiva. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de artigos publicados no período de 2013 a julho de 2023, nas seguintes bases de dados: LILACS, SciELO e BDNF. Os termos de busca foram: Musicoterapia; Recém-Nascidos; Unidade de Terapia intensiva; publicados em inglês e português. A presente revisão teve como questão norteadora: “Quais são os efeitos fisiológicos da musicoterapia sobre os RNPT?” Foram critérios de inclusão: a) estar publicado em língua portuguesa e inglesa; b) estar disponível nas bases de dados eletrônicas eleitas para investigação e na íntegra; c) Ser relacionado à RNs internados em UTIN; d) apresentar o descritor “Recém-nascido” e as palavras “Musicoterapia” e “Terapia intensiva”, conforme estratégias de busca elencadas; Os critérios de exclusão foram produções repetidas nas bases de dados, publicações que não mencionaram a importância do método humanizado de musicoterapia e os benefícios. **Resultado:** A utilização da musicoterapia como prática integrativa e complementar é uma estratégia de cuidado que acumula evidências científicas de sua efetividade no manejo da dor, da ansiedade e do estresse emocional³. **Conclusão:** A musicoterapia apresenta efeitos benéficos frente aos sinais vitais dos RNPTs, a redução da frequência respiratória e da frequência cardíaca e do nível de dor². **Contribuições e implicações para a prática:** A musicoterapia minimiza consequências adversas da internação e da prematuridade a curto e a longo prazo, apresentando-se como uma proposta de intervenção segura e sem efeitos adversos, viável a se tornar rotina nas Unidades Neonatais, aumentando a qualidade da assistência prestada ao recém-nascido e sua família, sendo imprescindível o apoio e a colaboração dos mesmos para evitar que a prática seja impactada de forma negativa e venha a acarretar intervenções negativas.

Descritores: Musicoterapia; Recém-nascido; Terapia Intensiva.

Referências:

1. Silva LGP, Baran FDP, Mercês NNA. A música no cuidado às crianças e adolescentes com câncer: Revisão Integrativa. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 18]; 25(4):E17200 15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000400308&lng=em
2. Bieleninik L, Ghetti C, Gold C. Music Therapy for Preterm Infants and Their Parents: A Meta-analysis. Pediatrics [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 10]; 138(3):e20160971. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27561729-music-therapy-for-preterm-infantsand-their-parents-a-meta-analysis/>.
3. Silva, C. M., Cação, J. M. R., Silva, K. C. S., Marques, C. F., & Merey, L. S. F. (2013). Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termo submetidos à musicoterapia clássica. Revista Paulista de Pediatria, 31(1), 30-36.

A UTILIZAÇÃO DO ULTRASSOM POINT OF CARE POR ENFERMEIROS NA IDENTIFICAÇÃO DE RETENÇÃO URINÁRIA EM PACIENTES CRÍTICOS UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

ANNE DE PAULA TUBOI, LAURA SERAFIM DE SOUZA, GABRIELA DO NASCIMENTO MARTINS DE ARAUJO, AYLÁ MARIA FARIAS DE MESQUITA, CAROLINE DE DEUS LISBOA, CAMILA TENUTO MESSIAS DA FONSECA, LUANA FERREIRA DE ALMEIDA, VANESSA GALDINO DE PAULA, ANDREZZA SERPA FRANCO

Introdução: A retenção urinária é caracterizada pelo prejuízo da capacidade voluntária de esvaziamento parcial ou completo da bexiga, que pode levar a danos à estrutura vesical e renal, muitas vezes, acarretando em hospitalização prolongada¹. Dessa forma, a avaliação vesical com o ultrassom a beira leito (*Point Of Care*) torna-se uma ferramenta importante na complementação do exame físico no paciente crítico, melhorando a assistência de enfermagem e direcionando as tomadas de decisões da equipe multidisciplinar². O uso do Ultrassom à beira do leito mostra-se uma ferramenta útil como método de estimativa do volume urinário para evitar cateterismos desnecessários, pois sem esse equipamento, a

detecção de retenção urinária é baseada na avaliação clínica somente, ocasionando em aumento do desconforto para o paciente e dos dias de hospitalização³. **Objetivo:** relatar a experiência dos residentes de enfermagem em terapia intensiva com o uso de ultrassom à beira leito na identificação da retenção urinária, através da análise do volume vesical. **Método:** Estudo descritivo, de abordagem qualitativa na modalidade relato de experiência, que emergiu após a participação em um curso de ultrassom para enfermeiros e da utilização dessa ferramenta na prática profissional por residentes do Programa de Terapia Intensiva, em uma unidade terapia intensiva geral de um hospital universitário, no período de novembro de 2022 a junho de 2023. **Relato de experiência:** O ultrassom de bexiga como ferramenta propedêutica do exame físico permitiu a avaliação da distensão vesical, compatível com presença de volume urinário aumentado no interior da bexiga, que anteriormente era identificada pela palpação do globo vesical ou desconforto e dor relatada pelo paciente. Na prática, com o auxílio do ultrassom, foi possível estimar o resíduo urinário e realizar de forma mais assertiva a instalação de um cateter de demora ou de alívio, configurando o ultrassom a beira leito como uma ferramenta rápida, não invasiva, confiável e com resultados precisos para mensuração de resíduo urinário. A inserção desta tecnologia contribuiu para redução no número de cateterismos desnecessários, minimizando os riscos, para os pacientes, de infecção e desconforto, reduzindo os custos com procedimentos invasivos. Durante a experiência, um dos maiores desafios relacionou-se à aquisição de imagens, reconhecimento de estruturas e interpretação dos achados. **Considerações finais:** Considerando a assistência do enfermeiro ao paciente crítico, o uso do ultrassom a beira leito como uma ferramenta de apoio à tomada de decisão no exame físico, permitiu oportunizar um plano de cuidados mais específico e direcionado para os pacientes com retenção urinária. Muito embora seja um exame rápido e confiável para detectar o volume de urina residual à beira do leito, ainda se faz necessário treinamento dos enfermeiros para a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde.

Referências:

- 1-JACKSON, J. et al. Systematic review of interventions for the prevention and treatment of postoperative urinary retention. *BJS open*, v. 3, n. 1, p. 11, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30734011/>. Acesso em: 4 jul. 2023.
- 2- SUN, Jianhua et al. Assessing a novel critical care ultrasonography training program for intensive care unit nurses in China. *Chinese Medical Journal*, v. 135, n.8, p. 977- 979, 2022. Acesso em 23 jun. 2023
- 3-CARNAVAL, B. M.; TEIXEIRA, A. M.; CARVALHO, R. de. Uso do ultrassom portátil para detecção de retenção urinária por enfermeiros na recuperação anestésica. *Revista SOBECC*, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 91-98, 2019. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/509>. Acesso em: 4 jul. 2023

A TOMADA DAS DECISÕES ÉTICAS E MORAIS POR ENFERMEIROS INTENSIVISTAS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

ANDRESSA SANTANA DA SILVA, REGINA SZYLIT, LUCAS THIAGO PEREIRA DA SILVA

Introdução: A pandemia de COVID-19 foi um cenário no qual a prática profissional esteve atrelada aos dilemas éticos e morais intrínsecos da atuação do enfermeiro. Nesse contexto, os enfermeiros se viram diante da necessidade de tomar decisões moralmente complexas constantemente na linha de frente do cuidado aos pacientes infectados pelo Sars-CoV-2 em terapia intensiva^{1,2}. **Objetivo:** Conhecer o contexto das tomadas de decisões pelo enfermeiro durante o cuidado na UTI de pacientes e familiares na pandemia de COVID- 19. **Método:** Estudo qualitativo, do tipo exploratório descritivo, realizado de fevereiro a outubro de 2022, com enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva que atuaram durante a pandemia da COVID-19 na cidade de São Paulo. Ele foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº: 47077721.10000.5392) e segue os parâmetros éticos de pesquisa com seres

humanos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas que foram transcritas e analisadas mediante análise temática dos dados. Tal análise consiste no processo de codificação das entrevistas, na busca pelo entendimento do fenômeno estudado, compreendendo similaridades, diferenças e contexto de ocorrência dos códigos e agrupando-os para a formação de categorias que representam a experiência dos participantes e os fenômenos encontrados³. **Resultados:** Foram entrevistados oito enfermeiros que trabalharam na linha de frente na pandemia em UTI adulto, idoso ou pediátrica, atuando no cuidado assistencial e/ou gerencial num período de 20 a 27 meses, com média de 2 anos. A partir da análise dos dados, foram identificadas duas categorias que representam a experiência do enfermeiro ao tomar decisões no contexto da COVID-19: (1) Vivenciando tomadas de decisões dilemáticas em contexto de crise; que identifica os elementos da tomada de decisão e sua relação com os dilemas éticos que surgiram nas Unidades de Terapia Intensiva durante a pandemia de COVID-19. Nesse sentido, os enfermeiros ressaltaram a ausência e/ou escassez de recursos no cuidado de pacientes gravemente doentes em um ambiente de crise. (2) Lidando com o gerenciamento das emoções; que revela a intensificação das angústias, medos e sobrecarga vivenciados pelos enfermeiros durante o cuidado de pacientes e suas famílias na pandemia. Os enfermeiros reconheceram a necessidade de trabalhar habilidades cognitivas e emocionais para o manejo de situações conflituosas que possuem natureza moral e ética. **Conclusões:** Esse estudo contribuiu para a compreensão do contexto de tomada de decisão por enfermeiros no cuidado de pacientes e suas famílias durante a pandemia de COVID-19, identificando os elementos presentes nesse processo. As tomadas de decisão durante a COVID-19 envolveram principalmente a alocação de recursos e a realização de práticas baseadas em evidências científicas, em um cenário de escassez ou ausência dos mesmos e a promoção de estratégias para a presença da família sem potencializar riscos de contaminação.

Descritores: Bioética, enfermagem, pandemia

Referências:

1. Valente CO, Silva FR da, Mussi FC, Lacerda MR, Freitas KS, Rosa D de OS. Decision making by health professionals during COVID-19: an integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2022;75:e20210067. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0067>
2. Santos JLG dos, Menegon FHA, Andrade GB de, Freitas E de O, Camponogara S, Balsanelli AP, et al.. Changes implemented in the work environment of nurses in the COVID-19 pandemic. Rev Bras Enferm [Internet]. 2022;75:e20201381. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1381>
3. Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: a Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. International Journal of Qualitative Methods. 2006 Mar;5(1):80–92. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/16094069060050010>

DESVELANDO A EXPERIÊNCIA DO FAMILIAR DO PACIENTE COM COVID-19, INTERNADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

GIAN CARLOS RODRIGUES DO NASCIMENTO, ISABEL COMASSETTO, IGOR MICHEL RAMOS DOS SANTOS, MARCELA CRISTINA DOS SANTOS BARROS, RAISSA RAFAELLA SANTOS MORENO DA SILVA, ANDRELINA MELO DE LIMA GONÇALVES, GUILHERME OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE MALTA, JESSYKA FERRO VILELA, ALICIA FREITAS ALVES

Introdução: À medida que o vírus SARS-CoV-2 espalhou-se mundialmente e caracterizou a doença COVID-19 como pandêmica, o conceito de visitas em Unidades de Terapia Intensiva mudou e criou barreiras em relação aos cuidados centrados na família e no paciente¹. O surgimento inesperado da pandemia da COVID-19 suscitou mudanças urgentes nos serviços de internação hospitalar, uma vez que alterou a dinâmica nos cenários de atuação e a

assistência aos pacientes². **Objetivo:** desvelar o fenômeno vivido pelo familiar do paciente com COVID-19, internado na Unidade de Terapia Intensiva. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem descritiva, embasado na fenomenologia existencial de Martin Heidegger. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética, sob CAAE nº 59238422.1.0000.5013. Assim, foi composta por oito participantes, que foram entrevistados durante o período de novembro de 2021 a abril do ano de 2022. Cujos familiares haviam sido internados na Unidade de Terapia Intensiva - Adulto de um Hospital Universitário no nordeste brasileiro. Os depoimentos foram analisados qualitativamente, conforme a ótica da fenomenologia heideggeriana, discutido com literatura relacionada ao tema. **Resultados:** O estudo desvelou a vivência pelo familiar do paciente internado na unidade de terapia intensiva com COVID-19, através das existências de Martin Heidegger³: Ser-no-mundo familiar do paciente internado na UTI com COVID-19; O familiar vivencia a angústia ao reconhecer que o Ser é um ser-para-a-morte; O familiar do paciente internado com COVID-19, transcendendo a possibilidade morte-do-outro. **Conclusão:** Através do presente estudo, foi possível trazer à tona a profundidade dos significados que os familiares atribuíram as suas experiências de vivência em um contexto desconhecido proporcionado pela pandemia, permeado diversos sentimentos complexos, intensos e difíceis de serem superados, mas que permitiu a estes familiares vislumbrarem a possibilidade de encontrar suas autenticidades e ter um novo olhar sobre a existência humana. **Contribuições e implicações para a prática:** A pesquisa contribui para a edificação do arcabouço científico a ser disponibilizado para a comunidade acadêmica, visando abrandar a lacuna de conhecimento existente no que concerne às vivências do processo citado, auxiliando, assim, uma prática de saúde pautada na dignidade, equanimidade e integralidade. Ressalta-se, ainda, a importância da continuidade de pesquisas voltadas para o tema, tendo em vista que existem pontos que merecem uma exploração maior, o que pode vir a gerar novos significados e descobertas, frutos de diferentes olhares e interpretações.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem; Assistência à Saúde; Coronavírus; COVID-19.

Referências:

- 1- Carr, Deborah; Boerner, Kathrin; Moorman, Sara. “Bereavement in the Time of Coronavirus: Unprecedented Challenges Demand Novel Interventions”. *Journal of Aging & Social Policy*, v. 32, n. 4-5, p. 425-431, 2020
- 2- Chen, Chiahui; Wittenberg, Elaine; Sullivan, Suzanne S; Lorenz, Rebeca A; Chang, Yu Ping. “The Experiences of Family Members of Ventilated COVID-19 Patients in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study”. *Am J Hosp Palliat Care*. v. 38, n. 7, p. 869–876, Jul 2021.
- 3 - Braga, Tatiana Benevides Magalhães; Farinha, Marciana Gonçalves. “Heidegger: em busca de sentido para a existência humana”. *Revista da Abordagem Gestáltica, Goiânia*, v. 23, n. 1, p. 65-73, abr. 2017.

COMPREENSÃO DA ENFERMAGEM SOBRE SUA RELAÇÃO COM INFECÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

GIAN CARLOS RODRIGUES DO NASCIMENTO, ISABEL COMASSETTO, IGOR MICHEL RAMOS DOS SANTOS, MARCELA CRISTINA DOS SANTOS BARROS, RAISSA RAFAELLA SANTOS MORENO DA SILVA, ANDRELINA MELO DE LIMA GONÇALVES, GUILHERME OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE MALTA, JESSYKA FERRO VILELA, ALICIA FREITAS ALVES

Introdução: A enfermagem possui um papel fundamental em relação às infecções relacionadas à assistência à saúde, por estar mais próxima dos pacientes e pela avaliação da qualidade da assistência prestada na prevenção dessas infecções dentro da unidade de terapia

intensiva¹, através de métodos desenvolvidos a partir da colaboração e comprometimento da equipe nas atividades desempenhadas pelos profissionais de enfermagem. Ademais, na Unidade de Terapia Intensiva, as IRAS são consideradas mais graves devido à necessidade dos pacientes em utilizar suporte intensivo de vida. Estas infecções estão associadas à gravidade clínica dos pacientes, bem como ao uso de procedimentos invasivos, dentre os quais, destacam-se a utilização de dispositivos como os acessos venosos, sondas, tubos e outros². **Objetivo:** Conhecer como a equipe de enfermagem compreende sua relação com as infecções relacionadas à saúde na unidade de terapia intensiva. **Metodologia:** Trata-se de estudo qualitativo, de abordagem exploratória. Utilizou-se o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research Checklist (COREQ)* para a caracterização e qualificação da equipe de pesquisa, desenho do estudo e análise dos resultados. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética, sob CAAE nº 59238422.1.0000.5013. Nesse sentido, participaram da pesquisa 14 profissionais da equipe de Enfermagem (5 de nível superior e 9 de nível médio) da Unidade Terapia Intensiva – Adulto de um Hospital Universitário no nordeste brasileiro. Para obtenção dos resultados, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas. Após as entrevistas, ocorreu a análise de dados, à luz dos escritos de Bardin³. **Resultados:** O processo de análise das informações permitiu emergir as seguintes categorias temáticas: equipe de enfermagem compreende-se intrinsecamente relacionado com as IRAS na UTI; prevenindo danos na assistência ao paciente crítico; convictos de que devem seguir as medidas preventivas para as IRAS; percebendo a necessidade de educação continuada na UTI; a relevância da equipe de enfermagem na prevenção das IRAS. **Conclusão:** Os principais erros, identificados nesta pesquisa, estão relacionados ao manuseio incorreto dos dispositivos invasivos e a realização inadequada de procedimentos simples como a higienização das mãos. Outro fator relevante é que por ser um hospital universitário, muitas vezes não existe treinamento adequado dos acadêmicos, bem como de outros profissionais que passam pelo setor e que realizam procedimentos de forma ineficaz, propiciando um ambiente suscetível a contaminação e que interfere diretamente na atuação da equipe de enfermagem. Esses profissionais reforçam a importância do papel da enfermagem por estar sempre à "beira leito", o que permite identificar possíveis infecções, reavaliar a indicação e o tempo de permanência dos dispositivos invasivos, atuar de maneira adequada na exceção das atribuições. Além disso, o enfermeiro deve executar ações de educação, quando identificada a necessidade da equipe, através de treinamentos e implementação de protocolos de padronização da assistência, a fim de contribuir nas atividades assistenciais e de conscientização de toda sua equipe. **Contribuições e implicações para a prática:** Dessa forma, com o resultado deste estudo, é possível planejar, em novas pesquisas, formas e métodos que possam prevenir e minimizar as chances de infecções em que os pacientes serão expostos.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem; Infecção Hospitalar; Prevenção de Infecções; Assistência à Saúde.

Referências:

1 – Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. “Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025”. Brasília. 2021.

2 – Akutagava, Jéssica Hikary Chomen; Oliveira, Larissa Ribeiro de; Guizi, Ednalva de Oliveira Miranda. “O papel do enfermeiro na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS)”. Instituto de Ensino Superior de Londrina. 2020.

3 – BARDIN, L. “Análise de conteúdo”. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977

TAXA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM PACIENTES INTERNOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

MARCELA CRISTINA DOS SANTOS BARROS, CYNTHIA ANGÉLICA RAMOS DE OLIVEIRA DOURADO, IGOR MICHEL RAMOS DOS SANTOS, GIAN CARLOS RODRIGUES DO NASCIMENTO, TATIANE CASTANHA DE MELO, THAINÁ DA SILVA CABRAL, YURI FELIPE MEDEIROS ALVES

Introdução: Infecções relacionadas ao cateter vesical de demora são comuns em hospitais e podem prejudicar o funcionamento do aparelho urinário reduzindo sua capacidade fisiológica e afetando diversos órgãos, como uretra, bexiga, ureteres e rins, tornando-se uma das infecções mais frequentes em pacientes internados em unidades de terapia intensiva^{1,2}.

Objetivo: Identificar e analisar a taxa de infecção relacionada ao cateter vesical de demora em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Método:** estudo transversal, retrospectivo de abordagem quantitativa, realizado em um hospital de referência hospitalar pública da região metropolitana de Pernambuco, no período de julho de 2021 a julho de 2022. Um total de 192 fichas de notificação foram avaliadas, desses foram selecionados como sujeitos do estudo todos os pacientes maiores de 18 anos internados na UTI geral. Foram excluídas as fichas com informações insuficientes, infecção do trato urinário diagnosticadas antes da admissão e as que não foram localizadas durante a coleta de dados. Por um instrumento semiestruturado foram coletados dados demográficos e informações clínicas. Os dados foram analisados no software *Statistical Package for Social Science for Windows*, versão 26, e foram geradas análises descritivas com valores médios, mínimo, máximo e desvio-padrão. Estudo foi conduzido em observância à legislação que regulamenta a pesquisa com seres humanos, conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética com o CAAE: 64419122.6.0000.5198. **Resultados:** Após avaliação das fichas de notificação, 71,88% utilizaram CVD por mais de 10 dias, com duração máxima de 106 dias. Durante a internação, 120 pacientes tiveram suspeita de infecção do trato urinário e realizaram exame de urocultura. Desses, 61 pacientes (31,77%) foram diagnosticados com infecções relacionadas a cateteres. O agente etiológico mais encontrado em análises laboratoriais foi *Candida sp*, seguido de *Pseudomonas aeruginosa*. As bactérias gram-negativas foram os agentes causadores de infecção mais comuns, representando 14,28% do total de casos. **Conclusão:** Os resultados indicam uma alta incidência de infecções relacionadas a cateteres vesicais de demora em pacientes internados em UTI, tornando importante a implementação de medidas preventivas. Constatou-se que quanto maior o tempo de permanência da sonda no organismo do paciente, maior é o risco de desenvolvimento desta infecção. **Contribuições e implicações para prática:** É importante destacar a relevância e aplicabilidade dos dados na área da saúde para a prevenção de ITU por meio de cateter vesical de demora. Ao identificar os fatores de risco associados às infecções relacionadas ao cateter, os profissionais de saúde devem implementar estratégias eficazes de prevenção e buscar a redução da taxa de infecção em pacientes, a fim de minimizar a carga de complicações decorrentes dessas infecções.

Descritores: Infecção Urinária. Prevenção. Controle de Infecções. Cateteres de demora.

Referências:

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (BR). Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2017. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Prevenção+de+Infecção+Relacionada+à+Assistência+à+Saúde/a3f23dfb-2c54-4e64-81c-fc9220c37>. Acesso em: 10 mai de 2022.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (BR). Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025 [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2021 Disponível: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicos/desaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf. Acesso em: 20 mai de 2022.

PACIENTES COM CÂNCER E CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM: SUBSÍDIOS PARA PRÁTICA NA COVID-19

KARLA BIANCHA SILVA ANDRADE, VIVIAN CRISTINA GAMA SOUZA LIMA, NATALIA BEATRIZ LIMA PIMENTEL, ADRIANA MARIA DE OLIVEIRA, GILZA PEREIRA SILVA GONDIM

Introdução: A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando no mundo em tanto pelo crescimento populacional, como também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer¹. Paralelo a esse cenário, o mundo sofreu com uma emergência de saúde na pandemia da COVID-19, e observa-se que o paciente com câncer nesse cenário possui mais chance de complicações e maior risco de internação em UTI e alta carga de trabalho da enfermagem. **Objetivo:** identificar as características clínicas de pacientes com câncer hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva durante a pandemia da COVID-19. **Método:** Estudo observacional, retrospectivo, quantitativo, que analisou dados de prontuários de pacientes com câncer internados numa unidade de terapia intensiva durante a pandemia da COVID-19. O cenário do estudo compreendeu as alas COVID e não COVID do referido setor. O recorte temporal compreendeu o período entre abril e dezembro de 2022. A amostra não probabilística, consecutiva foi composta por 80 prontuários de pacientes adultos, com câncer, independente do diagnóstico positivo para COVID-19. Os achados foram lançados em planilha do Microsoft Excel e posteriormente analisados por meio de estatística descritiva. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o parecer nº: 4.422.817. **Resultados:** Prevaleram pacientes do sexo feminino (90% - 72), com média de idade de 60 anos. O tempo médio de internação foi de 6,3 dias. Do total, 27 pacientes tiveram COVID (33,7%) e a taxa de mortalidade global foi de 31% (25). Dos pacientes que foram a óbito, 13 tiveram COVID, o que impacta a taxa global em 16%. A média global do NAS foi de 89 e a média do NAS nos pacientes com COVID foi de 107 pontos. **Conclusão:** O estudo revelou uma população majoritariamente feminina, com alta taxa de óbito e alta carga de trabalho de enfermagem. O total de óbito de pacientes com COVID foi alto e sugere alta complexidade nesta população. Esse resultado pode nortear o enfermeiro no planejamento do cuidado para esta clientela, além de contribuir no dimensionamento da equipe de enfermagem.

Descritores: infecções por coronavírus; enfermagem; oncologia; paciente crítico.

Referências:

1-Ministério da Saúde (BR). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2019 [cited 2022 Aug 27]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>

AÇÃO EDUCATIVA PARA O USO DA MONITORIZAÇÃO NÃO INVASIVA EM UNIDADES CRÍTICAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

BEATRIZ LOURENÇO FERNANDES, CAMILA PORTILHO DE ARAÚJO, LUCIANA GUIMARÃES ASSAD, VANESSA GALDINO DE PAULA, LUANA FERREIRA DE ALMEIDA

Introdução: Monitores hemodinâmicos não invasivos fornecem informações essenciais sem a necessidade de penetrar a superfície da pele, possui ampla aplicabilidade e apresentam um menor número de efeitos colaterais ou complicações¹. Os objetivos da monitorização são identificar precocemente alterações fisiológicas, corrigi-las prontamente e evitar eventos

indesejáveis, garantindo a segurança do paciente. Sendo os mais utilizados: eletrocardiograma contínuo, pressão arterial não invasiva (PNI); oximetria e temperatura^{2,3}.

Objetivo: Relatar a experiência da realização de ação educativa sobre a utilização adequada da monitorização não invasiva em unidades críticas. **Método:** Estudo do tipo relato de experiência, realizado nas unidades de terapia intensiva adulto de um hospital universitário e no hospital municipal localizado no município do Rio de Janeiro, entre maio de 2022 e junho de 2023. A pesquisa está vinculada a um projeto de amplo escopo intitulado: “Análise das práticas assistenciais em unidades de terapia intensiva”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UERJ, sob parecer nº 4.747.146 e CAAE: 41871820.7.0000.5282. **Relato da experiência:** A atividade foi realizada em três setores de terapia intensiva de um Hospital Universitário e em um setor de terapia intensiva de um Hospital Municipal no estado do Rio de Janeiro. Contaram com a participação de 44 enfermeiros, 94 técnicos, 36 residentes e 09 acadêmicos de enfermagem, totalizado 183 pessoas. Ressaltou-se, durante a explanação, a importância do uso adequado do monitor multiparamétrico na monitorização não invasiva dos pacientes críticos, as principais vantagens e desvantagens, os fatores que podem interferir na monitorização não invasiva e os cuidados de enfermagem. Ao final da atividade foi entregue aos participantes um instrumento de avaliação, onde 43 (23,5%) profissionais responderam que não tinham conhecimento das informações fornecidas. **Implicações para o campo da saúde e enfermagem:** O conhecimento e entendimento sobre a monitorização não invasiva proporcionam uma maior autonomia para a equipe de enfermagem nas unidades de terapia intensiva. Com a capacidade de utilizar e interpretar adequadamente os dados fornecidos pelos monitores hemodinâmicos não invasivos, os enfermeiros podem desempenhar um papel mais ativo no cuidado do paciente. A autonomia também se reflete na capacidade da equipe de enfermagem de fazer avaliações contínuas e tomar decisões clínicas com base nos dados obtidos pelos monitores. Além disso, ao possuir conhecimentos sólidos sobre a monitorização não invasiva, a equipe de enfermagem pode contribuir ativamente nas discussões clínicas e no planejamento de cuidados. **Conclusão:** Conclui-se que o objetivo foi alcançado, reforçando a importância do manejo adequado da monitorização não invasiva, objetivando a segurança do paciente, bem como ofertar uma assistência de qualidade aos pacientes hospitalizados.

Descritores: Monitorização Hemodinâmica; Cuidados de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

Referências:

- 1-Júnior AADC, Oliveira LC. Educação continuada: o enfermeiro frente à monitorização hemodinâmica não invasiva na UTI. Rev Multidiscipl Saúde. 2021;2(4):151. <https://doi.org/10.51161/remS/2916>.
- 2- Viana RAPP, Whitaker IY, Zanei SSV. Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2020.
- 3- Cabral JVB, Silva WBSS, Farias RRS. Avaliação do conhecimento de enfermeiros atuantes em unidade de terapia sobre monitorização hemodinâmica. Rev Bras Multidisciplinar. 2021;24(3):15-21. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2021.v24i3.783>.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: INSTRUMENTO PARA GERENCIAMENTO DA MUDANÇA DE DECÚBITO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

FERNANDA ALVES DOS SANTOS CARREGAL, DÉBORA NATHÁLIA VALENTE, LÍVIA ARAÚJO MONTEIRO, RAFAELA DIAS RODRIGUES

Introdução: Lesões por pressão representam indicadores negativos de qualidade assistencial dos serviços de saúde. As condições clínicas, somadas ao tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva, aumentam o risco da ocorrência desses agravos. Neste contexto, o

profissional de enfermagem é fundamental na prevenção de lesões por pressão, sendo necessário o desenvolvimento de métodos de alta e baixa tecnologia para o gerenciamento do cuidado e redução dos eventos no âmbito da terapia intensiva¹. **Objetivo:** Descrever um relato de experiência sobre a implementação de um instrumento que otimiza o gerenciamento de mudança de decúbito na Unidade de Terapia Intensiva, visando a prevenção de lesões por pressão. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir da vivência assistencial na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado de Minas Gerais no período de janeiro a junho de 2023. O instrumento desenvolvido para o gerenciamento da adesão da mudança de decúbito possui os seguintes campos para o preenchimento do validador: horários com o intervalo de duas horas; lateralidade do paciente indicada e a observada no momento da validação; identificação do leito do paciente e técnico responsável pelo cuidado e campo para o registro de notificação de evento adverso, caso necessário. **Relato da experiência:** O instrumento possui a estruturação de um checklist e é utilizado para a realização da auditoria de conferência da mudança de decúbito, uma das atribuições de acadêmicas de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva do hospital. A aplicabilidade do instrumento permite a atuação das acadêmicas no gerenciamento do cuidado e fortalece a responsabilidade compartilhada entre a equipe de enfermagem. Durante a validação da mudança de decúbito ocorre a abordagem educativa dos técnicos responsáveis pelo cuidado com o intuito de reduzir o risco de danos ao paciente. Os resultados da aplicabilidade do instrumento apontam a redução gradativa do quantitativo de notificações assistenciais no período analisado, atrelado a diminuição da taxa de incidência de lesões por pressão. A performance de cada plantão em relação a adesão à mudança de decúbito é mensurada por meio do mapeamento das notificações identificadas nas validações realizadas com a aplicabilidade do instrumento. **Considerações finais:** Desenvolver ações que otimizam o gerenciamento do cuidado na terapia intensiva é necessário para o fortalecimento da segurança do paciente. A utilização do instrumento repercutiu na redução de agravos, reforçando a representatividade da mudança de decúbito como padrão ouro para a prevenção de lesões por pressão. **Contribuições e implicações para prática:** A complexidade e a gravidade dos pacientes internados na terapia intensiva resultam na necessidade da avaliação criteriosa da adesão das medidas preventivas de lesões². A aplicabilidade do instrumento permite a detecção em tempo hábil de fragilidades no cuidado prestado ao paciente com risco de desenvolvimento de lesões e favorece a manutenção da qualidade da assistência prestada.

Descritores: Lesão por Pressão; Unidade de Terapia Intensiva; Cuidados Críticos

Referências:

1. Araujo M, Castanheira L, Guimarães MC, Silva Y. Análise de custo da prevenção e do tratamento de lesão por pressão: revisão sistemática. Revista Enfermagem Atual [Internet]. 2019; 89 (27). Available from: <http://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/47>
2. Pereira MO, Ludvich SC, Omizzolo JAE. Segurança do paciente: Prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. Rev Inova Saúde. 2016;5(2):29-44. doi: 10.18616/is.v5i2.3009.

APLICAÇÃO DE COBERTURAS MULTICAMADAS COMO ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA *FERNANDA ALVES DOS SANTOS CARREGAL, MARIA CLARA SALOMÃO E SILVA GUIMARÃES, DÉBORA NATHÁLIA VALENTE, RAFAELA DIAS RODRIGUES*

Introdução: A prevalência da lesão por pressão na Unidade de Terapia Intensiva é considerada um marcador da qualidade dos cuidados assistenciais e sua prevenção requer a implementação de intervenções baseadas em evidências¹. É necessário que o gerenciamento

do cuidado de enfermagem possibilite a identificação precoce dos riscos de lesão e a aplicabilidade de medidas eficazes para a redução de eventos adversos². A avaliação das práticas empregadas na terapia intensiva é fundamental para o contínuo aperfeiçoamento e desenvolvimento de novos métodos de prevenção. **Objetivo:** Descrever um relato de experiência sobre a aplicabilidade de coberturas de espuma multicamadas para a prevenção de lesão por pressão no âmbito da terapia intensiva. **Método:** Trata-se de um relato de experiência da prática assistencial de enfermagem, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital terciário privado de Belo Horizonte - Minas Gerais no período de janeiro a junho de 2023. A aplicação das coberturas multicamadas para a prevenção de lesão por pressão seguiu critérios específicos previamente definidos: 1. Seleção da cobertura com o apoio da comissão de feridas do hospital; 2. Definição dos pacientes elegíveis para a aplicação da cobertura (alto risco de desenvolvimento de lesão de acordo com a escala de Braden e termo de consentimento assinado); 3. Capacitação dos enfermeiros sobre os cuidados e monitoramento da efetividade da cobertura; 4. Descontinuação: avaliação criteriosa da diminuição do risco de lesão e possibilidade de interrupção da aplicação da cobertura. **Relato da experiência:** Após a implementação do uso de coberturas multicamadas como estratégia de prevenção de danos ao paciente, evidencia-se que a incidência de novas lesões adquiridas na Unidade de Terapia Intensiva reduziu 47,5% em comparação com o primeiro semestre de 2022. Foi possível detectar que a aplicabilidade das coberturas proporcionam benefícios adicionais na prevenção de lesões por pressão quando são associadas às estratégias de prevenção padrão, como a mudança de decúbito em tempo hábil, uso de colchão de viscoelástico, controle dos fatores de riscos intrínsecos e extrínsecos. Além disso, visando a manutenção do indicador de incidência de lesão por pressão, diariamente as lideranças da terapia intensiva realizam o levantamento dos pacientes elegíveis e proporcionam o envolvimento do familiar/acompanhante no processo do cuidado por meio da educação em saúde. **Considerações finais:** Conclui-se, pelos resultados obtidos, que, apesar de ser um fenômeno evitável, as lesões por pressão são um desafio na prática diária, sendo necessária a implementação de medidas complementares visando a redução desse agravo. A aplicabilidade das coberturas multicamadas potencializaram a redução dos danos ao paciente crítico, assumindo o papel estratégico de manutenção do cuidado preventivo quando associada ao plano de cuidados na assistência com foco na prevenção. **Contribuições e implicações para prática:** Os resultados deste estudo podem contribuir para melhorias na prática assistencial de enfermagem, apontam para a necessidade da reformulação dos protocolos institucionais de prevenção de lesões por pressão, a fim de padronizar ações complementares que proporcionem a integridade cutânea dos pacientes internados em terapia intensiva.

Descritores: Lesão por Pressão; Unidade de Terapia Intensiva; Cuidados Críticos

Referências:

1. Araujo M, Castanheira L, Guimarães MC, Silva Y. Análise de custo da prevenção e do tratamento de lesão por pressão: revisão sistemática. Revista Enfermagem Atual [Internet]. 2019; 89 (27). Available from: <http://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/47>
2. Pereira MO, Ludvich SC, Omizzolo JAE. Segurança do paciente: Prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. Rev Inova Saúde. 2016;5(2):29-44. doi: 10.18616/is.v5i2.3009.

CUIDADOS PÓS ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL REALIZADOS EM PACIENTES CRÍTICOS PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA TERAPIA INTENSIVA

VANESSA GALDINO DE PAULA, MAYARA SOUZA MONNERAT, CAMILA TENUTO MESSIAS DA FONSECA, LUANA FERREIRA DE ALMEIDA, LUCIANA GUIMARÃES ASSAD, AYLAMARIA FARIAS DE MESQUITA, CAROLINE DE DEUS LISBOA

Introdução: A aspiração de vias aéreas é uma técnica realizada para manter a permeabilidade do trato respiratório, através da remoção de secreções, permitindo melhora da oxigenação¹. Essa técnica pode ocasionar eventos adversos como taquicardia, taquipneia, aumento da pressão arterial, redução da saturação de oxigênio, dor, desconforto, lesão na mucosa traqueal¹. Sendo assim, a avaliação clínica e monitorização após esse procedimento é necessária para minimizar os possíveis riscos, garantido a segurança do paciente e do profissional. **Objetivo:** Descrever os cuidados realizados após aspiração de vias aéreas inferiores em pacientes críticos pela equipe multiprofissional, em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto. **Método:** Estudo observacional, descritivo, quantitativo, norteado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*, realizado entre maio e agosto de 2022 na UTI de um hospital universitário no Rio de Janeiro. A amostra foi composta por 25 observações de aspirações traqueais. Incluídas as oportunidades de aspiração traqueal dos pacientes com tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia, realizadas pela equipe multiprofissional. Para coleta de dados utilizou-se um checklist, com as melhores práticas descritas pela *American Association of Respiratory Care* e *Centers for Disease Control and Prevention*, contendo as variáveis: pós oxigenação, lavagem do sistema, reavaliação do paciente após aspiração traqueal e higienização das mãos. Os dados foram processados no *Statistical Package for the Social Sciences* e calculadas as frequências absolutas e relativas. A pesquisa cumpriu a Resolução 466/2012, aprovada CAAE nº 41871820.7.0000.5282. **Resultados:** Dentre as oportunidades, 13 (52%) foram realizadas pela enfermagem, 11 (44%) por fisioterapeutas e 1 (4%) por médico. A pós oxigenação foi realizada em 5 (20%) observações e essa prática resulta em aumento da saturação e pressão arterial de oxigênio, e deve ser realizada em todos os indivíduos adultos em ventilação mecânica, vítimas de trauma, cardiopatas e com doença pulmonar². A lavagem do sistema de aspiração foi realizada em 6 (24%) observações, e deve ser reforçada entre os profissionais para manutenção da integridade do sistema³; em 16 (64%) observações houve reavaliação do paciente após a aspiração, sendo 8 (50%) através da saturação, 4 (25%) pela curva de fluxo, 2 (12,5%) por secreção visível e 2 (12,5%) pela ausculta. Esses critérios contemplaram o preconizado na literatura: realizar a ausculta pulmonar, verificar a saturação de oxigênio, coloração da pele, frequência e padrão respiratório, parâmetros hemodinâmicos, pressão inspiratória e pressão de platô, volume corrente, avaliação dos gráficos de pressão, fluxo e volume após aspiração³. A higienização das mãos foi realizada por todos os profissionais após o procedimento, e tal prática possui papel central no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, considerada uma estratégia de baixo custo e fácil acesso¹. **Considerações finais:** A oxigenação após a aspiração traqueal, a lavagem do sistema e reavaliação do paciente após a aspiração, são práticas que deverão ser reforçadas junto às equipes, evidenciando a necessidade de treinamentos abordando essa temática. Sendo assim, espera-se que esse estudo contribua para o planejamento de ações de incentivo às boas práticas nas unidades de terapia intensiva.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva. Cuidados Críticos. Sucção.

Referências:

1. Lopes VJ, Muller F, de Souza MAR, da Silva IA. Aspiração endotraqueal em pacientes com via aérea artificial sob ventilação mecânica invasiva internados em UTI. R. Enferm. Cent. O. Min. [Internet]. 5º de junho de 2018 [citado 10º de julho de 2023];8. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/1973>
2. American Association for Respiratory Care. AARC Clinical Practice Guidelines. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. Respir Care. 2010 Jun;55(6):758-64. PMID: 20507660.
3. Busanello J, Härter J, Bittencourt CM, Cabral TS, Silveira NP. Boas práticas para aspiração de vias aéreas de pacientes em terapia intensiva. J. nurs. health. 2021; 11(1):1-13. [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19127>

ULTRASSOM À BEIRA LEITO NA AVALIAÇÃO GÁSTRICA DE PACIENTES CRÍTICOS POR ENFERMEIROS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

GABRIELA DO NASCIMENTO MARTINS DE ARAUJO, ANNE DE PAULA TSUBOI, LAURA SERAFIM DE SOUZA, AYLÁ MARIA FARIAS DE MESQUITA, CAMILA TENUTO MESSIAS DA FONSECA, CAROLINE DE DEUS LISBOA, LUANA FERREIRA DE ALMEIDA, VANESSA GALDINO DE PAULA

Introdução: Em terapia intensiva, é comum que os pacientes evoluam com disfunção do trato gastrointestinal devido a criticidade de sua condição clínica, o início tardio da terapia nutricional, períodos prolongados de jejum para a realização de exames diagnósticos, dentre outros. Tais situações favorecem o surgimento de gastroparesias, que induzem o retardo do esvaziamento gástrico ocasionando eventos adversos graves, como pneumonia por aspiração. Desta forma, é necessário que a equipe multidisciplinar esteja atenta aos sinais e sintomas de disfunção gastrointestinal podendo usar ferramentas que complementem a avaliação clínica dos pacientes, sendo o ultrassom o mais utilizado atualmente à beira leito^{1,2,3}. **Objetivo:** Descrever a aplicabilidade do ultrassom a beira leito para avaliação gástrica realizada por enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em um hospital universitário do Rio de Janeiro entre os meses de março a junho de 2023, com participação de enfermeiras pós-graduandas em Terapia Intensiva, após realizarem curso de capacitação de ultrassom a beira leito para enfermeiros. **Relato da experiência:** A partir da capacitação, as enfermeiras passaram a utilizar o ultrassom como adjuvante ao exame físico, nos casos em que o paciente apresentava desconforto e distensão abdominal antes e durante terapia nutricional por via oral ou enteral, acompanhado ou não da queixa de disfagia, náuseas e êmese. A técnica consistiu em posicionar os pacientes em decúbito dorsal ou decúbito lateral direito, quando possível, seguido da colocação do transdutor em eixo transversal e longitudinal diretamente sobre a região epigástrica para visualização do antro gástrico. A obtenção da imagem permite a seguinte interpretação pelos operadores: imagem hipoeicoica sendo conteúdo gástrico líquido, ou imagem hipereicoica sendo conteúdo gástrico sólido, acrescido da análise do volume de fluido. A partir do resultado, pode-se confirmar o diagnóstico de enfermagem de risco de broncoaspiração e traçar condutas com a equipe multidisciplinar, que incluíram a sondagem para extração do resíduo gástrico excessivo, administração de medicamentos pró-cinéticos, interrupção da dieta e reavaliação nutricional. Vale ressaltar que também foram identificados alguns fatores dificultadores na realização desse exame, a saber: excesso de gases (ar) e acúmulo de líquido em cavidade peritoneal, que prejudicaram a clareza das imagens pelo aparelho de ultrassom. **Considerações finais:** O incremento da ultrassonografia à beira leito possibilitou que a equipe conseguisse obter mais facilmente o diagnóstico de enfermagem utilizando o método por imagem e intervir de forma precoce em condições que ameacem a vida. Portanto, entende-se o ultrassom para avaliação gástrica como uma tecnologia não invasiva, aplicável nos cuidados intensivos pela equipe de enfermagem previamente capacitada. **Contribuições e implicações para a prática:** Com este estudo, observou-se que é fundamental o treinamento e capacitação dos enfermeiros, visto que o ultrassom está sendo amplamente difundido nos cenários de terapia intensiva, onde faz-se necessário uma maior vigilância clínica do paciente e, por vezes, a gravidade exige uma conduta rápida e assertiva na prevenção de eventos adversos.

Descritores: Enfermagem; Ultrassom; Conteúdo gastrointestinal; Pneumonia aspirativa; Diagnóstico de Enfermagem.

Referências:

1. Barreto P et al. Posicionamento BRASPEN – Manejo da disfunção trato gastrointestinal na UTI. BRASPEN J 2022; 37 (3): 228-43. DOI: 10.37111/braspenj.2022.BRASPEN_posicionamentofibras
2. Silva BYC, Marques PRP. Assistência de enfermagem ao paciente de terapia intensiva com dieta por sonda nasoesférica: qual a abrangência?. Revista Saúde e Ciência online, 2020; 9 (2): 102-116.
3. Silva WA et al. Utilização da ultrassonografia à beira leito para avaliação do conteúdo gástrico: Revisão da literatura. J Surg CI Res –Vol. 13(1) 2022: 10-22. DOI 10.20398/jscr.v13i1.28495

LESÕES DE PELE ASSOCIADA À FIXAÇÃO DE CATETER VESICAL: PREDIÇÃO PELO EDEMA LOCAL E ANASARCA

FERNANDA CARVALHO DO NASCIMENTO GONÇALVES, OLECI PEREIRA FROTA

Introdução: Lesões de Pele Relacionadas à Adesivo Médico (MARSÍ), são anormalidades cutâneas desenvolvidas pelo atrito entre o adesivo e a pele, comprometendo a circulação sanguínea entre os capilares locais, propiciando o surgimento de vesículas e eritema¹. Além destes sinais, pode ocorrer também dermatites, maceração e até rompimento da pele. Como fatores de risco associados estão: obesidade, alergias, integridade da pele previamente prejudicada, material do adesivo, entre outros. A correta identificação de MARSÍ ainda é baixa, resultando na subnotificação dos casos e baixa busca por atualizações literárias.

Objetivo: Verificar a associação da predição de MARSÍ com anasarca e edema no local de fixação do Cateter Vesical de Demora (CVD) em pacientes críticos. **Método:** Trata-se de uma coorte prospectiva de braço único, recorte de um estudo maior intitulado “Segurança, eficácia e usabilidade da fita de silicone na fixação do cateter vesical de demora em pacientes críticos: ensaio clínico randomizado duplo cego” (CAAE: 09332819.0.0000.0021). Os dados foram coletados entre maio de 2019 a dezembro de 2021 no Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP). A população alvo deste estudo foram os pacientes internados no CTI e em uso do CVD. Foram incluídos pacientes com idade ≥ 18 anos, em uso de CVD e que não possuíam MARSÍ prévia no local de fixação. Adotou-se os seguintes critérios de exclusão: ausência de pulso femoral (uni)bilateral; anormalidades cutâneas nas regiões de fixação do CVD; paciente que não tiveram a aplicação da fita por mais de 24h ininterruptas e aqueles com curativos extensos em regiões de fixação. Para mensuração do edema, o sinal de Godet foi o indicador utilizado². Além disso, para confirmação de diagnóstico foi utilizado o teste de Stemmer. No exame físico, os achados clínicos característicos – alterações de coloração, textura e temperatura do local – contribuíram para a identificação³. Esta pesquisa atendeu às diretrizes éticas estabelecidas por postulados internacionais e pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. **Resultados:** Foram analisados 132 pacientes, sendo que 74 indivíduos apresentavam edema (56,1%), 56 anasarca (42,4%) e 37 foram diagnosticados com MARSÍ (28%). Alguns pacientes apresentaram simultaneamente edema e anasarca. Nos casos identificados, 28 pacientes desenvolveram lesões simultâneas a presença do edema no local ($\chi^2 7,723$; $p 0,0098$) e 19 em associação a anasarca ($\chi^2 0,635$; $p 0,5489$). Na ausência do edema e da anasarca, poucos casos de lesões foram identificados. **Conclusões:** A incidência dos casos de MARSÍ durante a fixação de CVD foi maior em pacientes com presença de edema no local e anasarca, podendo ser considerado um fator preditor deste tipo de lesão. **Contribuições e implicações para prática:** O edema local e anasarca devem ser utilizados pela enfermagem como sinais de alerta para a predição de MARSÍ em pacientes críticos.

Descritores: Segurança do Paciente; Ferimentos e Lesões; Enfermagem de Cuidados Críticos.

Referências:

1. McNichol L, Lund C, Rosen T, Gray M. Medical Adhesives and Patient Safety. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2013;40(4):365–80. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23759927/>.
2. Coelho EB. Mecanismos de formação de edemas. *Medicina*, Ribeirão Preto. 2004, 37: 189-98. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/496/495>
3. Traves KP, Studdiford JS, Pickle S, Tully AS. Edema: diagnosis and management. *American Family Physician* [Internet]. 2013 Jul 15;88(2):102–10. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23939641/>.

RESGATE ÀS MULHERES COM COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA EM ATRASO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CRISTIANE DOS SANTOS FERREIRA, KAROL FIREMAN DE FARIAS, IGOR MICHEL RAMOS DOS SANTOS, MARCELA CRISTINA DOS SANTOS BARROS, GIAN CARLOS RODRIGUES DO NASCIMENTO

Introdução: Embora seja elevada a incidência de câncer do colo do útero no Brasil, também é reconhecido que a mortalidade por esta neoplasia é evitável, considerando-se que as ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, o que permite a cura em aproximadamente 100% dos casos diagnosticados na fase inicial¹. A forma mais importante para o controle do câncer de colo de útero é a prevenção através do rastreamento pela colpocitologia oncótica. No entanto, vários fatores ainda assombram a coleta do exame, principalmente na zona rural. **Objetivo:** relatar a experiência em realizar busca ativa para o resgate das mulheres com citologia oncótica em atraso há mais de 3 anos. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de abordagem reflexiva, acerca da vivência de uma enfermeira em uma unidade de saúde localizada na zona rural de Palmeira dos Índios, Alagoas. A experiência ocorreu em março de 2023. Para o fortalecimento do vínculo entre a enfermeira e as mulheres, pensou-se em realizar a busca ativa através de um convite impresso para um café da manhã, uma roda de conversa e posterior realização do exame e testes para infecções sexualmente transmissíveis. **Relato de experiência:** Das 351 mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas, 192 estavam com citologia em atraso há mais de 3 anos. A dificuldade de deslocamento é um entrave no desenvolvimento das ações de saúde uma vez que a unidade está localizada em uma serra de difícil acesso geográfico. O projeto foi dividido em 4 etapas, sendo 50 mulheres convidadas inicialmente. Compareceram 32. Todas realizaram consulta de enfermagem ginecológica, coleta de colpocitologia e testagem para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C, com resultados negativos. 5 mulheres eram hysterectomizadas e 3 mulheres foram encaminhadas ao serviço especializado por apresentar alteração no colo do útero. Houve uma intensa troca de experiências e partilha de conhecimentos. O momento foi marcado por uma conversa leve, agradável, até que o vínculo entre a enfermeira e as mulheres fosse fortalecido. Vários relatos sobre a beleza do convite e o quanto ela se sentiu importante ao recebê-lo também foram expostos. Na avaliação dos resultados do exame, todas as coletas foram negativas para malignidade. **Considerações finais:** Foi possível observar que o vínculo entre a enfermeira e as usuárias ganharam novos significados, evidenciando que os objetivos que permeavam a promoção de saúde e a prevenção de doenças foram alcançados com êxito uma vez que possibilitaram a realização dos procedimentos propostos. **Contribuições e implicações para a prática:** O fortalecimento do vínculo de confiança entre a mulher e a enfermeira da USF permite o estreitamento dos laços criados, facilitando a continuidade das atividades de promoção à saúde e do tratamento, quando necessário. Essa relação interpessoal permeada por laços afetivos sinceros é responsável por trazer inúmeros benefícios, dentre eles, a melhoria da qualidade da atenção à saúde, em todo aspecto biopsicossocial da mulher, contribuindo para que todas tenham uma saúde digna, acolhedora e respeitosa.

Descritores: Cuidado preventivo, Neoplasia do colo do útero, Prevenção primária

Referências:

1- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2016.

INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ÀS MULHERES RESIDENTES EM UMA ZONA RURAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CRISTIANE DOS SANTOS FERREIRA, KAROL FIREMAN DE FARIAS, IGOR MICHEL RAMOS DOS SANTOS, MARCELA CRISTINA DOS SANTOS BARROS, GIAN CARLOS RODRIGUES DO NASCIMENTO

Introdução: O acesso ao Dispositivo Intrauterino (DIU), método contraceptivo de longa duração, como parte da consulta de enfermagem ginecológica, permite a adesão a um método seguro, rápido e eficiente, que contribui para o fortalecimento das ações que envolvem o direito reprodutivo e sexual. O DIU é direito da mulher, ofertado pelo SUS e pode ser requerido e inserido no âmbito da equipe de saúde da família¹. **Objetivo:** relatar a experiência durante o desenvolvimento do projeto de oferta de DIU de Cobre como parte da consulta de enfermagem ginecológica, no intuito de garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres residentes em uma zona rural de difícil acesso. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de abordagem reflexiva, acerca da vivência de uma enfermeira durante o desenvolvimento de projeto em março de 2022, para inserção de DIU em uma unidade de saúde localizada na zona rural de Palmeira dos Índios, Alagoas. O projeto foi dividido em quatro etapas, sendo a primeira a capacitação teórica no curso de consulta de enfermagem ginecológica oferecido pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN), sessão Alagoas. Na segunda etapa ocorreu um evento em alusão ao Dia Internacional da Mulher para captação das mulheres para o planejamento reprodutivo. Na terceira etapa, a consulta para sanar dúvidas e escolher o método e na quarta etapa a inserção do DIU na consulta de enfermagem ginecológica. **Relato de experiência:** A área de difícil acesso dificultava a ida das mulheres até a USF, favorecendo a descontinuidade do uso dos métodos contraceptivos. O DIU de cobre surge neste cenário como método contraceptivo mais eficaz. A consulta de enfermagem ginecológica configura como ferramenta para incentivar a autonomia da mulher sobre a sua sexualidade e autocuidado, oferecendo a ela diversos métodos contraceptivos para sua escolha. É espaço para se trabalhar com a ciência do cuidado, a partir das necessidades de cada mulher, construindo um plano de cuidados para que todas as mulheres tenham uma saúde digna, acolhedora e respeitosa. **Considerações finais:** Utilizando o DIU como método contraceptivo a mulher deslocava-se menos vezes até a unidade de saúde favorecendo a manutenção e continuidade do planejamento reprodutivo. Foi oferecido às mulheres um método contraceptivo efetivo, seguro, de longa duração, com melhor custo-benefício e maior praticidade. Acentua-se o entendimento de que cada mulher tem direito de escolher o método que melhor se adequa às necessidades dela e que respeite a sua pessoa, seus valores, princípios e seus direitos. **Contribuições e implicações para a prática:** Possibilitar a escolha, pela mulher, do método contraceptivo que mais se adequa às suas necessidades, dentro da consulta de enfermagem ginecológica, fortalece o vínculo da mulher com a unidade dentro do seu território, uma vez que ela se vê protagonista da sua história. Realizar esse projeto permitiu oferecer esses benefícios a essas mulheres, residentes na zona rural de um município do nordeste do País, por vezes esquecida enquanto mulher. Essa estratégia pode ser aplicada facilmente favorecendo a ampliação do desenvolvimento de ações de planejamento reprodutivo.

Descritores: Dispositivo intrauterino, enfermagem, consulta de enfermagem

Referências:

1- Fonsêca, Fabiana Soares. Oferta e inserção do DIU de cobre na atenção primária à saúde: fatores dificultadores no âmbito da estratégia Saúde da Família no DF. Diss. 2021.

A FERRAMENTA SAFETY HUDDLE PARA COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CARLA LARISSA FERNANDES PINHEIRO ARAÚJO, MARIA MARLA PAIVA DE AMORIM, ROSEMARY ALVARES DE MEDEIROS, ANNA LÍVIA DE MEDEIROS DANTAS, EVA SALDANHA DE MELO ARAÚJO, JOSI CARLA FERNANDES GOMES, ODERSON AUGUSTO MENDONÇA SIQUEIRA, JOSÉ EUGÊNIO LOPES LEITE

Introdução: A comunicação é um desafio na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No que pese a sua complexidade, novas estratégias de comunicação entre a equipe têm despontado como promissoras a partir de reuniões rápidas de fácil execução que prezam pelo fortalecimento da linha de frente no reconhecimento e sinalização de riscos na assistência com foco na qualidade e no desenvolvimento da cultura de segurança¹. **Objetivo:** Relatar a experiência sobre a construção e implantação da ferramenta *safety huddle* para a equipe de enfermagem de uma UTI adulto através dos testes de mudanças em pequena escala. **Método:** Trata-se de um relato de experiência sobre a construção e implantação de uma ferramenta *safety huddle* para a equipe de enfermagem da UTI adulto de um Hospital universitário do nordeste do Brasil realizado em 2022. **Relato da experiência:** Foi realizado levantamento e compreensão da causa raiz do problema principal a partir de demandas trazidas pelos técnicos de enfermagem do setor para planejamento das intervenções. Dessa forma, foi elaborado um formulário eletrônico via Google Forms[®] por um grupo de enfermeiros que levou em consideração os domínios: identificação, prescrição segura, queda, lesão por pressão e perda acidental dos dispositivos, com o objetivo de articular as informações entre a equipe de enfermagem e que impactavam diretamente na assistência ao paciente crítico. A ferramenta de comunicação entre a equipe de enfermagem foi implementada utilizando ciclos PDSA (*Plan-Do-Study-Act*)². Os testes foram aplicados em pequena escala com a colaboração de um enfermeiro responsável e monitorado pela gestão da unidade para ajustes necessários. O *safety huddle* iniciou em janeiro de 2022 e era realizado diariamente no turno da manhã com a participação da equipe de enfermagem. Após preenchido, o formulário era enviado automaticamente para o e-mail da coordenação da unidade cadastrada. Foram realizados quatro ciclos PDSA. O primeiro ciclo consistiu na aplicação do instrumento inicial em que se identificou a necessidade de compilação do instrumento para respeitar o tempo de trabalho dos profissionais. O instrumento foi testado e ajustado novamente no segundo e terceiro ciclos. Por fim, no quarto ciclo foi acrescentado o domínio sobre os principais problemas da unidade que impactavam na assistência. Os indicadores utilizados para medição foram: tempo de aplicação, adesão dos profissionais ao *safety huddle* e adesão às medidas de segurança, o qual passou a ser verificada pela coordenação da unidade com feedback dialogado sobre as principais demandas. **Considerações finais:** Foi possível implementar o *safety huddle* de segurança da equipe de enfermagem da UTI utilizando ciclos de PDSA como estratégia para melhorar a comunicação e estabelecimento de metas assistenciais e de segurança diárias. **Contribuições e implicações para a prática:** O *safety huddle* fornece subsídio para estratégia de monitoramento de processos e ferramentas de gestão da unidade. Além disso, a utilização dos ciclos PDSA foi importante para incluir e valorizar a participação da equipe técnica de enfermagem no processo de implantação das ações e garantiu a participação nas etapas de observação, monitoramento dos resultados e ajustes da ferramenta até a implementação.

Descritores: Comunicação; Cuidados Críticos; Qualidade em Saúde.

Referências:

1. Institute for Healthcare Improvement. Huddles [Internet]. London: IHI; 2004 [acesso em 30 jul 2023] Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Huddles.aspx>
2. André CU, Souza DLB, Barros FPC, Capucho, HC, Pereira JLC, et al. Qualidade no cuidado e segurança do paciente [livro eletrônico]: educação, pesquisa e gestão. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2021 [acesso em 30 jul 2023]. Disponível em: <https://www.as.saude.ms.gov.br/wpcontent/uploads/2023/04/Qualidade-no-Cuidado-e-Seguranca-do-PacienteEducacao-Pesquisa-e-Gestao.pdf>

NUTRIÇÃO TARDIA E DESFECHOS NEGATIVOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA BRASILEIRA

FLÁVIA LOPES GABANI, ARNILDO LINCK JÚNIOR, ANA MARIA RIGO SILVA, SELMA MAFFEI DE ANDRADE

Introdução: a criança internada em unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP), além dos suportes hemodinâmico e respiratório, monitorização de sinais vitais e cuidados assistenciais, necessita de suporte nutricional, ora por via digestiva, ora por via intravenosa. O atraso no início do suporte nutricional pode ainda aumentar a permeabilidade intestinal, favorecendo a translocação bacteriana, a disseminação hematogênica e o desenvolvimento de novas infecções, devendo o jejum ser objeto de estudo para associação de desfechos negativos em UTIP. **Objetivo:** analisar a associação entre início tardio da nutrição enteral e desfechos negativos em UTIP de hospital de alta complexidade no Sul do Brasil. **Método:** trata-se de estudo de coorte retrospectiva, com dados obtidos em prontuários de crianças internadas entre 2012 e 2017. A fonte principal dos dados desta pesquisa foram os prontuários médicos disponibilizados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística do hospital. A variável independente foi o início tardio da nutrição enteral (> 24 horas após admissão). Foram excluídos casos de ocorrência de óbito antes do início da nutrição enteral, tempo de internação menor que 24 horas, e internações que ultrapassaram 24 meses de seguimento. Os desfechos analisados foram maior tempo de permanência na UTIP e no hospital, incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e óbito. Modelos de regressão de Poisson com variância robusta foram ajustados por variáveis potencialmente confundidoras, com apresentação dos riscos relativos (RR) e intervalos de confiança (IC) de 95%. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 83069418.7.0000.5231. **Resultados:** Foram analisadas 840 internações. Destas, 311 (37,0%) tiveram início tardio da nutrição, 252 (30,0%) tiveram diagnóstico de IRAS, e 93 não sobreviveram (11,1%). O início tardio da nutrição enteral foi menos frequente na faixa etária de 28 dias a < 1 ano (RR: 0,74; IC 95%: 0,57-0,97), comparada às crianças com sete anos ou mais, e mais frequente entre crianças procedentes de outros municípios (RR: 1,50; IC 95%: 1,22-1,84), com desnutrição (RR: 1,28; IC 95%: 1,06-1,54) e que necessitaram de drogas vasoativas nas primeiras 24 horas de internação (RR: 1,58; IC 95%: 1,33-1,88). As variáveis sexo, diagnóstico de doença crônica e necessidade de ventilação pulmonar mecânica na admissão não se associaram ao início tardio da nutrição enteral. Após todos os ajustes, o início tardio da nutrição enteral associou-se com maior tempo de permanência na UTIP (RR: 1,41; IC 95%: 1,01-1,30) e no hospital (RR: 1,22; IC 95%: 1,06-1,41), e com maior incidência de IRAS (RR: 1,40; IC 95%: 1,14-1,73). A associação com mortalidade deixou de ser significativa apenas após ajustes por indicadores de gravidade na admissão. **Conclusão e implicações para a prática:** Os resultados indicam que postergar o início da nutrição pode levar a desfechos negativos, os

quais, por sua vez, podem tanto ocasionar outros prejuízos às crianças que não recebem nutrição precocemente como reduzir o acesso de outras que necessitem dos leitos.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica; Nutrição Enteral; Tempo de Internação; Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde; Mortalidade Hospitalar

Referências:

1. Joosten K, Kerklaan D, Verbruggen S. Nutritional support and the role of the stress response in critically ill children. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2016;19(3):226-33.
2. Valla FV, Young DK, Rabilloud M, et al. Thigh ultrasound monitoring identifies decreases in quadriceps femoris thickness as a frequent observation in critically ill children. *Pediatr Crit Care Med* 2017;18(8):e339-47.

RISCO DE CHOQUE NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

ANNA LIVIA DE MEDEIROS DANTAS, SERGIO BALBINO DA SILVA, MARIA EDUARDA SILVA DO NASCIMENTO, RICHARDSON AUGUSTO ROSENDO DA SILVA, DÂNDARA NAYARA AZEVÊDO DANTAS, CARLA LARISSA FERNANDES PINHEIRO ARAÚJO, MARIA MARLA PAIVA DE AMORIM, ROSEMARY ALVARES DE MEDEIROS, CAMILA DANNELLE FERNANDES DUTRA PEREIRA SANTOS

Introdução: O diagnóstico precoce e a assistência prestada ao paciente com infarto agudo são decisivos para a definição do seu prognóstico. Os pacientes críticos com infarto agudo do miocárdio têm alto risco de alterações hemodinâmicas que alteram o fluxo sanguíneo inadequado do corpo, por isso, percebe-se a importância do conhecimento para que o enfermeiro possa atuar na prevenção de complicações. **Objetivo:** analisar o conhecimento produzido na literatura acerca do risco de choque em pacientes com infarto agudo do miocárdio na unidade de terapia intensiva. **Método:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura. Utilizou-se as seguintes estratégias para a busca: 1) Bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; Pubmed/Medline; Scientific Electronic Library Online; SCOPUS e Web of Science. Para busca nas bases de dados eletrônicas foram utilizados descritores controlados, encontrados no *Medical Subject Headings* (MESH), com o seguinte cruzamento: “*Myocardial Infarction*” AND *Shock* AND “*Risk factors*” AND “*Intensive care units*”. Para compor o quadro de amostragem, foram incluídos estudos disponíveis na íntegra sem restrição de idiomas. Foram excluídos resumos, notas prévias, editoriais, estudos secundários e cartas ao editor. A amostra foi composta por 10 estudos. Para análise dos estudos, utilizou-se as seguintes variáveis de interesse: caracterização dos estudos (título, autores, local de publicação, ano de publicação, objetivo, tipo do estudo/documento, local de desenvolvimento) e aspectos relacionados ao risco de choque (definições, fatores de risco e condições associadas). **Resultados:** Dos artigos que compuseram a amostra, apenas 1 foi publicado em revista nacional. Quanto ao ano de publicação, variou entre os anos de 2002 e 2020. A maioria dos artigos tinham como objetivo avaliar prognóstico, desfecho e fatores de risco de pacientes críticos com infarto agudo. Foi possível identificar os seguintes achados da revisão: O risco de choque pode ser caracterizado pela susceptibilidade a um fluxo sanguíneo inadequado para os tecidos que pode levar a disfunção e comprometer a saúde. As principais características relacionadas ao risco de choque foram a propensão para hipoperfusão de órgãos-alvo relacionada à disfunção cardíaca; risco aumentado do desenvolvimento de complicações relacionadas ao choque cardiogênico; eventos com elevação do segmento ST aumentam risco de choque cardiogênico, que é o tipo de choque mais prevalente no paciente com infarto agudo. Foi possível identificar antecedentes clínicos que aumentam o risco do choque nesta população: complicações mecânicas, idade avançada, hipoxemia, frações de ejeção baixas na admissão,

taquicardia, bradicardia, arritmias, infarto cardíaco anterior, diabetes mellitus, tabagismo, história familiar, hipotensão, congestão pulmonar, insuficiência cardíaca e elevação de biomarcadores¹. **Considerações finais:** Foi possível analisar as definições e características clínicas do “Risco de choque em pessoas com infarto agudo do miocárdio em Unidade de Terapia Intensiva”, definida pela propensão para hipoperfusão de órgãos-alvo relacionada à disfunção cardíaca, com maior chance do desenvolvimento de complicações relacionadas ao choque cardiogênico. Esta compreensão permite que o enfermeiro desenvolva na sua prática clínica, estratégias de prevenção e identificação precoce de complicações.

Descritores: Choque. Unidades de Terapia Intensiva. Infarto do miocárdio.

Referências:

1. Leite DHB, Santos SMJ, Dantas GH de O, Nascimento ACL do, Arruda AJCG de, Santos TSR. Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio evidenciados em pacientes hospitalizados em unidade coronariana. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) [Internet]. 2021 [citado 2023 Jul 20];13:1032-6. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9859> doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9859>

REDUÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA EM TERAPIA INTENSIVA: UM PLANO DE AÇÃO

MARCELA CRISTINA DOS SANTOS BARROS, ANA KAROLINA DOS SANTOS FERREIRA, YURI FELIPE MEDEIROS ALVES, PATRÍCIA CORREIA DA SILVA, MARCELA VIEIRA DE CARVALHO SANTOS, MARIA KAROLINA DE SOUZA RODRIGUES GODOY, IGOR MICHEL RAMOS DOS SANTOS, CRISTIANE DOS SANTOS FERREIRA, GIAN CARLOS RODRIGUES DO NASCIMENTO

Introdução: A infecção primária de corrente sanguínea é um problema grave que compromete a segurança dos pacientes em ambientes hospitalares, resultando em aumento do tempo de internação e dos custos. Essa infecção ocorre quando os cuidados com os acessos venosos não são eficazes, tornando-se, assim, um evento adverso evitável por meio da adoção de hábitos mais seguros de cuidado^{1,2}. As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAs) são eventos críticos, resultando em aumentos significativos na morbidade, mortalidade, tempo de internação e custos hospitalares, impactam negativamente na segurança do paciente³. **Objetivo:** Descrever a elaboração de estratégias para diminuição de casos de infecção primária de corrente sanguínea em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência que objetivou relatar estratégias de gestão realizadas a partir do mês de janeiro a junho de 2023, a fim de promover a diminuição de casos de infecção primária da corrente sanguínea, em um hospital privado de Maceió - AL. **Resultados:** A equipe da terapia intensiva, em conjunto com a comissão de controle de infecção hospitalar, identificou a necessidade de adotar medidas para reduzir os casos de infecção primária de corrente sanguínea. Para isso, foi elaborado um plano de ação com estratégias específicas voltadas para a redução das infecções. As medidas foram adotadas e acompanhadas pela equipe de saúde responsável, com o objetivo de garantir o sucesso das estratégias de prevenção. Para isso, formou-se uma equipe multidisciplinar com membros da assistência, gerência e supervisão, que investigou as causas da infecção e elaborou um plano com as seguintes ações: reuniões diárias para avaliar os curativos dos acessos venosos, conscientização e envolvimento da equipe multidisciplinar para os cuidados com cateter venoso, orientação sobre uso e manuseio para evitar desconexão de equipamentos, intensificação da desinfecção de injetores laterais e ampolas, aplicação de todos os itens do *bundle* de segurança, sinalização para retirada imediata do acesso venoso na

presença de sinais inflamatórios. Além disso, fortaleceu-se a notificação em sistema sempre que uma infecção relacionada à assistência à saúde fosse identificada. Além disso, intensificou-se a tratativa das infecções juntamente com a equipe, e foram solicitados treinamentos para a equipe de laboratório sobre coleta de hemocultura, a fim de evitar contaminação da amostra. Adicionalmente, a equipe do setor de nefrologia recebeu treinamento específico para reforçar os cuidados com cateter de hemodiálise. **Conclusão:** Ao aplicar todas as estratégias mencionadas, foi observada uma significativa redução nos casos de infecção primária da corrente sanguínea no hospital. Conclui-se, portanto, que a implementação de um plano eficaz de gestão é capaz de gerar melhorias nos processos e na segurança do paciente, resultando na redução de desfechos clínicos negativos. **Contribuições e implicações para prática:** A atuação profissional em um determinado contexto da área de saúde, com a finalidade de compartilhar conhecimentos, experiências e práticas bem-sucedidas, contribui para o aprimoramento das práticas profissionais, sendo uma forma de disseminar conhecimento, além de possibilitar a reflexão crítica sobre a prática cotidiana, possibilitando a busca por soluções inovadoras e eficazes.

Referências:

1. Aquino R, Marques JF, PJ N. Infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central. Rev enfermagem UFPE on line. 2019;13: e242380. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242380>. Acesso em: 11 de jun de 2023.
2. Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (2016-2020) [Internet]. Brasília: ANVISA; 2016. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/imagens/migradas/upload/arquivos/2017-02/pnpciras-2016-2020.pdf>. Acesso em: Acessado no dia 11 de junho de 2023.
3. World Health Organization. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: WHO; 2016.

SEGURANÇA DO PACIENTE NA UTI: PRODUÇÃO DE VÍDEOS COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA EM TEMPOS DE PANDEMIA

LUCIENE BARBOSA BISPO FERREIRA, PAULA DE MOURA PIOVESANA, FERNANDA TEIXEIRA OLIVEIRA, ROBERTA NAZÁRIO AOKI, LALESKA KIMBERLY LAUXEN

Introdução: Às práticas seguras da assistência, alicerçadas nas 6 metas internacionais de segurança do paciente, favorecem a redução de iatrogenias na assistência em saúde. Assim, disseminar as boas práticas da assistência, deve ser uma preocupação constante das instituições de saúde¹. **Método:** Trata-se de um relato de caso, realizado em um hospital universitário do interior do estado de São Paulo, por meio da descrição das etapas de criação de um vídeo educativo, visando divulgar ações e cuidados com enfoque na segurança do paciente. Diante da pandemia em 2020 do covid-19, treinamentos presenciais e em ambientes fechados foram suspensos. Assim, foi proposto para a equipe de enfermagem da UTI, elaborar um vídeo educativo abordando o tema. **Relato da experiência:** Após discussão do tema entre os membros da equipe de enfermagem e enfermeiros, foi optado pela equipe, gravar cenas das ações de cuidado, sem tornar possível a identificação dos participantes, nas quais era abordado o tema "6 metas internacionais de segurança", sendo que um enfermeiro e um técnico de enfermagem do próprio grupo, foram responsáveis pela compilação e edição das imagens gravadas pelos diversos membros da equipe de enfermagem. O material obtido foi editado por um aplicativo de edição de imagens disponível no celular (aplicativo clip), com a inclusão de trilha sonora, legendas e tratamento de imagens, na qual o estilo escolhido foi história em quadrinhos ilustrada no modo animado, possibilitando a construção de um vídeo de trinta e seis segundos que abordava as metas internacionais de segurança. Após a construção, o vídeo foi divulgado entre os profissionais de saúde, não somente da UTI, mas de todos os setores do hospital, contribuindo assim para a informação, reflexão e discussão do

tema. O vídeo disponível para consulta, encontra-se disponível para acesso no link: https://www.youtube.com/watch?v=MYxLOU_wm5I. Após o vídeo produzido, o mesmo foi enviado para avaliação do Núcleo de Segurança e qualidade do hospital e posteriormente divulgado nas redes sociais da instituição e em dezembro/2021, foi utilizado durante o treinamento de funcionários da equipe de enfermagem, recém-admitidos na UTI, visando abordar a temática e disseminar a importância da prestação de um cuidado seguro para o paciente e família e que também é seguro para o profissional. **Considerações finais:** Houve grande interação e discussão entre os profissionais de enfermagem durante o processo de produção do vídeo, de modo que o tema segurança do paciente e práticas seguras foi amplamente abordado. **Contribuições e implicações para prática:** O vídeo foi um instrumento para a construção da análise crítica sobre as práticas seguras do cuidado, colaborando para o processo educativo dos profissionais de enfermagem. Ações como essa, contribuem para o desenvolvimento da cultura de segurança dentro da instituição.

Descritores: segurança do paciente/assistência de enfermagem/educação continuada em enfermagem

Referências:

1 - Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2017. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui sobre as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 Jul 2013.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NA AMAZÔNIA OCIDENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

FRANKLLIN RAMON DA SILVA, LEILA KEURY COSTA LIMA, ANA BEATRIZ DE OLIVEIRA MATOS, JANAINA NONATA DA SILVA, PATRÍCIA MARA SOUZA SAMPAIO

Introdução: As Residências Multiprofissionais em Saúde são uma estratégia voltada para a formação e educação em serviço, orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, elaboradas a partir das necessidades e realidades locais e regionais, englobando as diversas profissões da área da saúde¹. **Objetivos:** Relatar a experiência vivenciada em um programa de residência multiprofissional em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que aborda a vivência de três enfermeiros e duas nutricionistas residentes em UTI na Amazônia Ocidental, durante o período de março de 2022 a julho de 2023. **Relato de experiência:** O referido programa tem duração de dois anos e conta sete profissionais para cada ano (R1 e R2) sendo eles: três enfermeiros, duas nutricionistas e duas fisioterapeutas. Estes profissionais fazem rodízio nas quatro UTI adulto da cidade de Rio Branco-Acre que somam ao todo cinquenta e oito leitos. Para cada unidade vive-se um perfil de pacientes e um perfil de atendimento diferente, o que proporciona aos residentes uma gama de oportunidades de aprendizados em terapia intensiva, humanização, cuidados paliativos e gerenciamento. Durante o primeiro ano os residentes são lotados nas duas UTI do Hospital de Urgência e Emergência e são introduzidos principalmente ao manejo de pacientes vítimas de traumas, emergências neurológicas, emergências clínicas e cirúrgicas. Neste período, os residentes são estimulados a desenvolverem suas ações de forma interdisciplinar e a promoverem ações de melhoria do cuidado no âmbito assistencial e gerencial. É válido destacar que uma das especificidades deste hospital é o atendimento das emergências de maior complexidade provenientes do interior do Estado e de outros países, uma vez que fica localizado a pouco mais de três horas da fronteira entre o Brasil, a Bolívia e o Peru. Outras ações vivenciadas pelos residentes é o incentivo ao desenvolvimento de reabilitação precoce dos pacientes com ações como: mobilização precoce e deambulação com

pacientes em ventilação mecânica (VM) sempre que possível e ambientação dos familiares aos cuidados de pacientes que necessitarão de assistência de longa permanência pós alta da UTI. Ações de humanização como: visita estendida, aniversários, passeio externo e festa junina para familiares e pacientes acordados. Ações de cuidados paliativo como: desospitalização quando possível, extubação paliativa, sedação paliativa, dentre outras. No segundo ano os residentes são lotados em outros dois hospitais que atendem as demandas de: oncologia, hematologia, pós cirúrgicos, transplantes e cardiologia. Todavia, o auge do primeiro semestre do R2 aconteceu no estágio optativo em que os residentes passaram um mês em uma UTI de um hospital universitário da cidade de Fortaleza/CE proporcionando a troca de experiências e a vivência com residentes de outros programas. **Considerações finais:** Diante do exposto, observa-se que mesmo distantes geograficamente dos grandes centros formadores em saúde o programa de residência multiprofissional em UTI descrito proporciona a seus discentes uma formação prática em consonância com a fornecida em outras instituições renomadas do país. **Implicações práticas:** Desse modo os profissionais formados por este programa possuem plena capacidade para manejar e gerenciar os cuidados necessários ao paciente grave.

Descritores: Unidade de Terapia Intensiva; Formação Profissional; Região Amazônica

Referência:

1. BRASIL. Residência Multiprofissional [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; c2023 [cited 2023 Jul 20]. Available from: <https://www.gov.br/mec/ptbr/residenciamultiprofissional>.

ENSINO HÍBRIDO EM RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR: RELATO DA EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

HILDERJANE CARLA DA SILVA, JOSÉ EUGÊNIO LOPES LEITE, LÍVIA SÊMELE CÂMARA BALDUÍNO, ROSEMARY ÁLVARES DE MEDEIROS, ANNA LÍVIA DE MEDEIROS DANTAS, VERÔNICA FEITOSA RIBEIRO SOARES, CARLA LARISSA FERNANDES PINHEIRO ARAUJO, MARIA MARLA PAIVA DE AMORIM, JOSI CARLA FERNANDES GOMES

Introdução: Os profissionais de saúde que assistem pacientes críticos devem desenvolver habilidades para o reconhecimento e manejo da parada cardiorrespiratória em consonância com protocolos nacionais e internacionais. Para isso, o ensino híbrido, realizado presencial e virtualmente, constitui ferramenta estratégica dentre as metodologias ativas que despertam o protagonismo e desenvolvimento de competências aos aprendizes. **Objetivo:** Relatar a experiência de um treinamento através de ensino híbrido sobre ressuscitação cardiopulmonar com equipe assistencial de uma unidade de terapia intensiva. **Método:** Trata-se do relato da experiência de treinamento em ressuscitação cardiopulmonar através do ensino híbrido realizado em outubro de 2021, direcionado à equipe assistencial (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) da Unidade de Terapia Intensiva adulto de um hospital universitário do Rio Grande do Norte¹. Foram contemplados 120 profissionais, sendo 78 técnicos de enfermagem, 27 enfermeiros e 15 médicos. **Resultados:** O treinamento foi realizado de forma híbrida (presencial e virtual), composto por dois eixos (teórico e prático), entre os períodos diurno e noturno. O eixo teórico foi realizado através da modalidade à distância, por meio de cinco encontros ao vivo na plataforma virtual Microsoft Teams, com a explanação do conteúdo sobre ressuscitação cardiopulmonar, conforme as diretrizes da *American Heart Association* 2020. Já o eixo prático, composto também por cinco encontros, consistiu em três estações, sendo as duas primeiras sobre manuseio de dispositivos de vias aéreas e compressões torácicas, respectivamente, e a última com simulação realística para abordagem de casos clínicos. Nesta, contou-se com leito simulado de terapia intensiva, composto por

cama, manequim, carro de emergência, dispositivos de vias aéreas, drogas vasoativas e monitor/desfibrilador/cardioversor. Em ambos os eixos foram aplicados pré-teste e pós-teste através do preenchimento de formulário na plataforma *Google Forms*, a fim de avaliar o conhecimento dos profissionais e o resultado do treinamento. **Considerações finais:** O ensino híbrido contribuiu para a adesão dos profissionais na participação das atividades propostas, visto englobar metodologias ativas, além de identificar a contribuição do treinamento para o conhecimento dos profissionais. **Contribuições e implicações para a prática:** A experiência permitiu identificar lacunas apresentadas pelos participantes com relação ao manejo da parada cardiorrespiratória e desenvolver habilidades teóricas e práticas em relação a tal problemática, além de evidenciar a importância de ações de educação continuada e permanente em serviço.

Descritores: Unidades de terapia intensiva; Parada Cardíaca; Capacitação em serviço.

Referências:

1. Brito JM da S. A Singularidade Pedagógica do Ensino Híbrido. EaD em Foco [Internet]. 2020 [citado 2023 Jul 20];10(1). Disponível em: <https://eademfoco.cecierj.edu.br/index.php/Revista/article/view/948> doi: <https://doi.org/10.18264/eadf.v10i1.948>

BARREIRAS NA PRÁTICA DA HIGIENE BUCAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

ARTHUR SENA MONTEIRO DE MEDEIROS RODRIGUES, DÂNDARA NAYARA AZEVÊDO DANTAS, KÁTIA REGINA BARROS RIBEIRO, LAIS MAYARA DA SILVA, DIANDRA CARLA AZEVÊDO DANTAS, TARCÍSIO TÉRCIO DAS NEVES JÚNIOR, ANNA LIVIA DE MEDEIROS DANTAS

Introdução: A higienização da cavidade bucal do paciente em UTI, especialmente os submetidos à Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), é fundamental. Nesses casos, há diminuição da produção salivar e improbabilidades da mastigação, logo, contribui com o aparecimento de biofilme dental, que pode ser um importante reservatório para patógenos e que, em situações de broncoaspiração, podem causar a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM)¹. Entretanto, periodicamente, a higiene bucal não é priorizada na rotina multiprofissional nas UTI². **Objetivo:** Sumarizar o conhecimento sobre as barreiras para a prática da higiene bucal em unidade de terapia intensiva. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa. A busca do estudo ocorreu entre os meses de abril e maio de 2023, nas bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Scopus*; *Web of Science*; *Scientific Electronic Library Online (ScieLo)*; *Science Direct* e *National Library of Medicine* (Pubmed). O acesso às bases de dados se deu através do periódico CAPES, via acesso remoto Cafe. Foi definida a questão norteadora "Quais as barreiras para a prática da higiene bucal em unidade de terapia intensiva?". Os descritores aplicados foram "Enfermagem", "Unidades de Terapia Intensiva" e "Higiene Bucal". Os estudos selecionados para inclusão neste período foram aqueles que abordassem o tema do estudo e que estivessem disponíveis para leitura na íntegra. Foram excluídas duplicatas, teses, dissertações, monografias, reportagens, ou que não atendessem aos objetivos deste estudo. Os artigos foram analisados por dois avaliadores de forma independente. A plataforma Rayyan foi requisitada nesta etapa de análise dos dados. Um total de 21 artigos foi incluído na amostra final. Os artigos selecionados passaram pelo processo de extração de dados. Para esta etapa da pesquisa, um instrumento de coleta de dados foi construído. As principais informações extraídas da fonte de informação foram: autor, ano de publicação, local onde o estudo foi publicado ou realizado, população do estudo, método, principais descobertas relacionadas à

questão de revisão do escopo, dentre outros. **Resultados:** Identificou-se nove problemas relacionados às barreiras para a prática da higiene bucal na unidade de terapia intensiva: escassez de materiais e recursos humanos, falta de formação adequada / educação continuada, não priorização do cuidado (cuidado secundário), ausência de protocolos institucionais, tarefa difícil e desagradável, falta de prescrição de enfermagem e registros em prontuários, muitas atribuições profissionais, obstrução mecânica pelo tubo endotraqueal. **Conclusão:** Foi possível concluir que esse cuidado passa principalmente pelas mãos da equipe de enfermagem e que estão diretamente influenciados por diversos contextos, apontando principalmente a urgente necessidade de educação continuada com treinamentos práticos. Levando em consideração que a sua negligência pode ocasionar infecções oportunistas e fazer com que esses microrganismos cheguem até vias aéreas inferiores, aumentando assim os índices das infecções relacionadas à assistência.

Descritores: Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Higiene Bucal

Referências:

- 1- Alecrim RX, Taminato M, Belasco AGS, Barbosa D, Kusahara DM, Fram D. Boas práticas na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2019 fev;32(1):11–7.
- 2- Felix AM da S, Amaral IDTA do, Souza RCS de, Soares RÂ de Q. Conhecimento e atitudes de profissionais de enfermagem sobre higiene bucal em pacientes críticos. *Revista de Enfermagem da UFSM [Internet]*. 23 de fevereiro de 2021 [citado em 15 de maio de 2023];11:e18–8. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/47245>

ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM ADULTOS E IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA

STEPHANI THAINÁ RODRIGUES HONORATO, BEATRIZ MOREIRA DA SILVA OLIVEIRA, DÂNDARA NAYARA AZEVEDO DANTAS, ANA ELZA OLIVEIRA DE MENDONÇA, ARYELE RAYANA ANTUNES DE ARAÚJO, ANNA LIVIA DE MEDEIROS DANTAS

Introdução: Os Cuidados Paliativos têm como objetivo atuar perante uma doença que ameace a vida, promovendo uma melhora na qualidade de vida dos pacientes e familiares¹. Na Unidade de Terapia Intensiva, esses cuidados são realizados aos pacientes que apresentam sinais de comprometimento da qualidade de vida e que apresentam risco de vida². No Brasil, os cuidados paliativos são constituídos no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma forma de cuidados continuados integrados³. **Objetivo:** Descrever as principais ações de enfermagem ao paciente adulto e idoso nos Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Trata-se de uma Revisão Integrativa, realizada nas bases *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, *Scopus*, *PUBMED central* e *Web of Science*. Buscou-se entender, como questão norteadora, quais são as principais ações de enfermagem ao paciente adulto e idoso nos Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. Para isso, utilizou-se como descritores em português: “Unidade de Terapia Intensiva”, “Cuidados Paliativos” e “Enfermagem”; e em inglês: “*Intensive Care Unit*”, “*Palliative Care*” e “*Nursing*”. Foram elegíveis como critérios de inclusão os artigos e documentos de pesquisa primária, disponíveis na íntegra e que respondessem à questão norteadora. Os critérios de exclusão elencados no protocolo foram estudos duplicados. **Resultados:** Após as buscas foram incluídos 10 estudos, que atendiam aos objetivos e critérios propostos pelo estudo. Dentre as ações de enfermagem mencionadas destaca-se o controle dos sintomas, a comunicação, promoção de conforto, higiene corporal e abordagem familiar. **Conclusão:** Recomendam-se novas pesquisas sobre os cuidados

paliativos, cursos de aperfeiçoamento, treinamentos e capacitações para os enfermeiros a fim de contribuir positivamente no processo de trabalho.

Descritores: Unidade de Terapia Intensiva. Cuidados Paliativos. Enfermagem.

Referências:

1. Organização Mundial de Saúde. Cuidados paliativos [Internet]. World Health Organization: WHO; 2018 [acesso em 05 nov 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Luiz MM, Mourão Netto JJ, Barbosa Vasconcelos AK, Coelho Brito M da C. Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão integrativa / Palliative nursing care in the elderly in UCI: an integrative review. R. pesq. cuid. fundam. online [Internet]. 2º de abril de 2018;10(2):585-92. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.585-592>.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, edição 225, p. 276, 23 nov. 2018.

USO DE RECURSO DIDÁTICO ONLINE COMO FERRAMENTA PARA AS BOAS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS

LUCIENE BARBOSA BISPO FERREIRA, RENATA FAGNANI, JESSICA CHAMORRO MERCHON, ANA CAROLINA BRAZ MOITINHO, RAQUEL PEDOTT CAMPINA, ROSEMARY DE OLIVEIRA

Introdução: Às práticas assistenciais hospitalares ocorrem, em sua maioria, por meio de contato direto entre profissionais e pacientes, tornando nossas mãos a principal via de transmissão de microorganismos^{1,2}. A higienização das mãos é, portanto, a medida individual mais simples e barata para prevenção da propagação de infecções relacionadas à assistência à saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata e difunde que a adesão aos momentos de higiene das mãos durante assistência prestada aos pacientes minimiza o risco de transmissão de microorganismos e infecções hospitalares; porém, apesar da ampla divulgação desta prática pela OMS e por instituições de saúde é observado que há oportunidades de melhorias na adesão aos momentos durante a prática diária da assistência^{1,2}. **Objetivo:** Descrever as ações desenvolvidas por um time de higienização das mãos, visando aumentar a adesão à higiene das mãos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de caso, realizado em um hospital universitário do interior do estado de São Paulo, por meio da descrição das ações desenvolvidas no Dia Mundial de Higienização das Mãos. Embasado nos conceitos da OMS foi elaborado um jogo interativo com o auxílio do recurso didático online gratuito disponível no site <https://wordwall.net/pt> no qual foram abordados os seguintes momentos de higiene das mãos: (1) Antes do contato com o paciente; (2) Antes de realizar procedimentos assépticos; (3) Após contato com o paciente; (4) Após contato com fluidos corporais e (5) Após contato com as superfícies da unidade do paciente. Os momentos foram demonstrados no infográfico preconizado pela OMS. **Resultados:** O recurso didático utilizado favorece o aprendizado lúdico e dinâmico, sendo uma ferramenta simples que pode ser aplicada no ambiente de trabalho do profissional - ambulatorial e hospitalar - e que permite a interação e participação ativa dos profissionais em grupo ou individual. O acesso ao jogo encontra-se disponível no link: <https://wordwall.net/pt/resource/32116023>. **Considerações finais:** Houve grande interação e discussão entre os profissionais de enfermagem referente ao tema Higiene das Mãos, a partir da participação no jogo online interativo, de modo que o tema Higiene das Mãos e práticas seguras foram amplamente abordados, colaborando para o processo educativo dos profissionais de saúde participantes da ação. **Contribuições e implicações para a prática:** Recurso de fácil manuseio para elaboração, gratuito e de boa aplicabilidade na prática diária para capacitação no local de trabalho das equipes assistenciais. Ferramentas lúdicas, podem ser empregadas com sucesso

no processo educativo e formativo da equipe de enfermagem, de modo a estimular a reflexão da equipe a respeito da importância da higiene das mãos, além de favorecer a sedimentação do conhecimento e aumento da adesão à prática de higiene das mãos.

Descritores: Segurança do paciente; desinfecção das mãos; infecção hospitalar; educação continuada em enfermagem; equipe de assistência ao paciente

Referências:

1 -Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2017.

2 -Corrêa L. Métodos e estratégias para promover a adesão às práticas de higienização das mãos. In: Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente: higienização das mãos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2018 June 25]. p. 75-87. Available from:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS: PRODUÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO

KARINA PINHEIRO MOREIRA, LUCIENE BARBOSA BISPO FERREIRA, ANDREA DEVIDIS NASCIMENTO, PAULA DE MOURA PIOVESANA, ROBERTA NAZÁRIO AOKI, ANDRÉ LUIZ DE OLIVEIRA, SHEILA DE ALMEIDA SANTOS, JULIANA DA SILVA ALVES, REGINALDO BISPO DE OLIVEIRA, NATÁLIA COSTA DA SILVA JANEIRO, ADRIANA FERREIRA SOARES, SIMONE ZANCANI, JESSICA CHAMORRO MERCHON, JÉSSICA SUÉLLEN DA COSTA

Introdução: Lesão por pressão (LP) é um evento que compromete a qualidade da assistência, onera os gastos com tratamento, expõe o paciente ao risco de infecção e tem impacto negativo na qualidade de vida e reabilitação daqueles que possuem lesões, sendo considerado um problema de saúde pública. É importante que todos os envolvidos tenham conhecimento de como prevenir essas lesões. Investir na formação do profissional de saúde, visando disseminar as boas práticas, têm sido uma importante aliada para as instituições que almejam reduzir a incidência da LP. **Objetivo:** Relatar a experiência da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital universitário na construção de um vídeo educativo para abordar o tema “Cuidados para Prevenção de LP”. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de caso, realizado na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital universitário, localizado no interior do estado de São Paulo. Os membros da equipe de enfermagem foram instigados a produzir material educativo com foco na temática de prevenção de LP. Assim, os membros da equipe consultaram o conteúdo disponível no Manual de Técnicas de Enfermagem da instituição e o Protocolo de prevenção de lesão por pressão do Ministério da Saúde, identificaram os pontos importantes para serem lembrados pela equipe e optaram por construir um vídeo educativo, com foco na prevenção de LP. **Resultados:** A equipe de enfermagem captou as ações de cuidado que previnem LP’s e descreveu o procedimento de como realizar a mudança de decúbito passo-a-passo. Após, as imagens e sons captados, foram editados com auxílio dos aplicativos de edição de imagem constantes no play store do celular - *InShot*, *CapCut*, *Benime* e *Canva*. No vídeo construído, foi inclusive mídia de algumas legendas, que possibilitaram a construção de um vídeo de 2 minutos, abordando os principais cuidados para a prevenção de lesões por pressão: O que é a mudança de decúbito e LP, complicações associadas às LP’s, cuidados para prevenção de LP. O vídeo construído encontra-se disponível para acesso no link: <https://youtu.be/ZeRCGIGV-Y>. **Considerações finais:** A construção do vídeo pelos próprios profissionais de enfermagem responsáveis pelos cuidados diretos do paciente internado em Uti, possibilitou à equipe de enfermagem, atualizar conhecimentos, rever

pontos críticos do cuidado relacionados a prevenção de LP, além de sensibilizar a equipe a respeito da importância dos cuidados para a prevenção, por meio de uma estratégia de treinamento diferente das capacitações expositivas. **Contribuições e implicações para prática:** Além disso, o vídeo poderá ser utilizado para treinamento de outras equipes da própria instituição. Espera-se que esta ferramenta educacional, auxilie no treinamento da equipe e melhore o processo de trabalho, contribuindo para a redução de lesões na UTI.

Descritores: lesão por pressão, filme e vídeo educativo, educação continuada, assistência de enfermagem

Referências:

1 -Manual de Técnicas da Enfermagem [recurso eletrônico]/Universidade Estadual de Campinas. Hospital de Clínicas da Unicamp – 3 ed. – Campinas, SP: Hospital de Clínicas da Unicamp, 2014. 281 p. – (Série Manuais do Hospital das Clínicas da Unicamp). Brasil. Ministério da Saúde/ ANVISA - Fiocruz . Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília, 2013

O CUIDADO DOS PROFISSIONAIS NO AUXÍLIO ÀS FAMÍLIAS EM LUTO

ALESSANDRA FERREIRA DE SOUZA, CAMILA ADRIANA BARBOSA COSTA, ISABELLE OLIVEIRA SILVA, JULIANA DE OLIVEIRA MARCATTO, LAIANE CAROLINE DE CARVALHO, LARISSA SANTOS FERNANDES

Introdução: O nascimento de um bebê é um momento especial e que traz muitas expectativas na vida dos familiares. No entanto, alguns bebês nascem necessitando de cuidados intensivos, o que acarreta na internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTINs) e gera sentimentos como angústia e aflição nos familiares¹. Considerando o perfil de alta complexidade dos pacientes das UTINs, por vezes o prognóstico do recém-nascido pode evoluir para um desfecho desfavorável, gerando o óbito neonatal¹. Com a finalidade de acolher e lidar de forma humanizada com as famílias, faz-se necessário a adoção de alternativas como a proposta do Projeto Renascer². O referido projeto foi desenvolvido a fim de oferecer aos pais enlutados a construção de memórias sobre o bebê falecido, além de basear-se nas práticas de cuidado e apoio durante o processo do luto perinatal. **Objetivo:** Descrever a experiência da inserção do Projeto Renascer numa Unidade Neonatal, abordando a temática do luto perinatal e a construção de memórias sobre o bebê falecido. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de profissionais da Unidade Neonatal de um hospital em Belo Horizonte. O projeto foi apresentado a 100 funcionários, profissionais de toda a equipe multiprofissional, e está em vigor desde outubro de 2022. São desenvolvidos kits memória compostos de touca, um par de sapatos de tricô, um par de “borboletas memória”, um impresso padronizado para registro das informações do recém-nascido e uma mensagem para seus familiares. Os kits são entregues às famílias submetidas ao processo de luto perinatal. **Relato de experiência:** Em outubro de 2022, os criadores do projeto, em parceria com a referida Unidade Neonatal, realizaram a apresentação aos colaboradores. O Projeto Renascer foi visto de maneira positiva e obteve boa adesão pelos profissionais de saúde. Concomitantemente, o projeto fez renascer o olhar holístico dos profissionais diante às famílias enlutadas, através do apoio, respeito e carinho oferecidos durante a assistência, possibilitando aos pais a criação de memórias afetivas em relação ao seu bebê e a sensação de acolhimento pela equipe durante o luto perinatal. **Considerações finais:** A implementação do Projeto Renascer no ambiente permitiu a equipe de enfermagem e demais profissionais da equipe multiprofissional a acolher de forma mais humanizada as famílias que vivenciam o processo do luto. O suporte oferecido pela equipe surge como instrumento de empatia, sensibilidade e respeito para com os pais. Além disso, com os kits memória os possibilitam a

construção de memórias de seu bebê, que se traduz numa ligação afetiva da família que ultrapassam os limites do óbito. **Contribuições e implicações para a prática:** O Projeto Renascer propiciou uma visão holística aos profissionais de saúde da Unidade Neonatal, gerando satisfação profissional em cada colaborador ao prestar uma assistência diferenciada e humanizada às famílias dos recém-nascidos.

Descritores: Luto; Recém-nascido; Humanização.

Referências:

1. Pires L de C, Costenaro RGS, Gehlen MH, Pereira LÁ, Hausen CF, Neves ET. Parental bereavement: experiences of the nursing staff in neonatal intensive care. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2023; 28.
2. Rosa R, Gomes IEM, Costa R, Alves IFBO, Aires LCP. Experiências e condutas do profissional de saúde frente ao óbito neonatal: revisão integrativa. *REME - Rev Min Enferm.* 2022; 26: e-1479.

IMPACTO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PARTIR DE UMA FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIA MARLA PAIVA DE AMORIM, CARLA LARISSA FERNANDES PINHEIRO ARAÚJO, ANNA LÍVIA DE MEDEIROS DANTAS, ROSEMARY ALVARES DE MEDEIROS, JOSI CARLA FERNANDES GOMES, EVA SALDANHA DE MELO ARAÚJO, JOSÉ EUGÊNIO LOPES LEITE, ODERSON AUGUSTO MENDONÇA SIQUEIRA, CAMILA DANNYELLE FERNANDES DUTRA PEREIRA SANTOS

Introdução: A utilização da ferramenta *safety huddle* foi proposta pelo *Institute Healthcare Improvement (IHI)*¹ como encontros rápidos realizados na unidade para fortalecimento da linha de frente e no reconhecimento e sinalização de riscos na assistência com foco na qualidade e no desenvolvimento da cultura de segurança. **Objetivo:** Relatar a experiência sobre os principais impactos na assistência de enfermagem a partir da implantação de uma ferramenta de comunicação entre a equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto. **Método:** Trata-se de um relato de experiência sobre os impactos na assistência de uma ferramenta de comunicação implementada no ano de 2022 na UTI adulto de um Hospital Universitário do nordeste do Brasil. Utilizou-se um formulário previamente construído e implementado por um grupo de enfermeiros que era preenchido diariamente via Google Forms®. O instrumento possuía informações sobre o rastreamento dos principais riscos dos pacientes internados em terapia intensiva, como: identificação, prescrição segura, queda, lesão por pressão e perda acidental dos dispositivos². **Relato da experiência:** As reuniões foram realizadas no início do turno da manhã com a participação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Após o preenchimento, o formulário era enviado automaticamente para o e-mail da coordenação da unidade para tabulação das principais situações inseguras, bem como para fornecer subsídio para o planejamento e denominação de intervenções. Foram realizadas 1560 reuniões de segurança da equipe de enfermagem. Foi detectado que 92,6% dos pacientes estavam identificados com pulseiras ou identificação no leito, cumprindo requisito do protocolo de segurança da instituição; 90,2% dos pacientes apresentaram risco elevado de queda e, portanto, estavam usando contenção mecânica de membros superiores e 100% dos pacientes foram classificados com risco moderado a elevado para desenvolvimento de lesão por pressão. As fixações dos dispositivos invasivos foram checadas em 100% dos pacientes no início do turno de trabalho. Em relação à administração segura dos medicamentos observou-se que 92,7% dos técnicos de enfermagem realizaram a conferência de medicações no horário; 93,7% das prescrições estavam checadas adequadamente e em relação aos medicamentos não administrados e não justificados no prontuário, observou-se que 20,4% não cumpriam o protocolo institucional. **Considerações finais:** A criação e implantação do *safety huddle* funcionou como uma estratégia importante de comunicação

entre a equipe de enfermagem da UTI adulto para rastrear precocemente os principais riscos dos pacientes internados e na prevenção de eventos adversos, impactando na segurança dos pacientes internados. **Contribuições e implicações para a prática:** A utilização dessas ferramentas possibilita a criação de indicadores para a unidade que representem o desempenho frente às estratégias de segurança do paciente. Além disso, é possível realizar uma análise documental para auxiliar na identificação destes ou de novos problemas, bem como planejamento de intervenções e propostas de mudanças para a unidade que possam significar uma melhoria. Possibilita ainda, em longo prazo, a realização de uma análise temporal estabelecendo um comparativo entre o desempenho da unidade a partir do instrumento, ou seja, por intermédio do aprimoramento dele.

Descritores: Comunicação; Cuidados Críticos; Segurança do Paciente.

Referências:

1. Institute for Healthcare Improvement. Huddles [Internet]. London: IHI; 2004 [acesso em 30 jul 2023] Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Huddles.aspx>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [portaria na internet]. Diário Oficial da União 02 abr. 2013 [acesso em 30 jun 2023]; Seção 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

BUNDLE INTERDISCIPLINAR PARA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO COVID-19: UMA REVISÃO DE LITERATURA

SUELEN FERREIRA DE OLIVEIRA, DÂNDARA NAYARA AZEVEDO DANTAS, FLÁVIA CHRISTIANE DE AZEVEDO MACHADO, MANOELLA DO MONTE ALVES, ANNA LIVIA DE MEDEIROS DANTAS, ARTHUR SENA MONTEIRO DE MEDEIROS RODRIGUES, ANA CLARA BRAZ MARTINS

Introdução: O paciente com COVID-19 grave é clinicamente complexo¹. Esses pacientes exigem internações em unidade de terapia intensiva, pois podem desenvolver diversas complicações, requerendo cuidados articulados entre a equipe de saúde². A comunicação interdisciplinar efetiva pode se configurar como essencial para o cuidado e a assistência desses pacientes. Assim, em contextos gerais de cuidados em unidade de terapia intensiva, os *bundles* são caracterizados por um conjunto de práticas de cuidados, baseado em evidência científica, realizadas ao prestar cuidados a pacientes com a mesma condição ou mesmo ambiente de saúde. **Objetivo:** identificar as variáveis importantes para compor uma avaliação interdisciplinar da pessoa com COVID-19 grave e assim elaborar um *bundle*. **Metodologia:** Este é um estudo qualitativo do tipo revisão integrativa. Realizou-se as buscas nas seguintes bases de dados: *Science Direct*, *Scientific Electronic Library Online*, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Scopus* e *Web of Science*. Questiona-se, neste estudo, quais variáveis são importantes na avaliação interdisciplinar da pessoa com COVID-19 grave para integrar a construção de um instrumento que fortaleça o cuidado em equipe. Para isso, foram utilizados os seguintes descritores controlados em português e seus correspondentes: “Pacotes de Assistência ao Paciente”, “Unidades de Terapia Intensiva”, “COVID-19” e “Comunicação Interdisciplinar”; bem como os termos equivalentes em inglês: “*Patient Care Bundles*”, “*Intensive Care Units*”, “COVID-19” e “*Interdisciplinary Communication*”. Como critérios para inclusão, foram selecionados estudos que abordassem o tema do estudo e que estivessem disponíveis para leitura na íntegra. Foram excluídos aqueles que se apresentassem duplicados. **Resultados:** Foram selecionados nove artigos para leitura na íntegra. Os estudos serviram como base para a criação do instrumento de avaliação a pessoa com COVID-19 grave, onde as variáveis foram incluídas mediante informações

extraídas da revisão como: necessidades calóricas, mobilidade estimulada e higiene oral.

Considerações finais: Acredita-se que a inserção de um instrumento como este na prática clínica possa colaborar com a coleção de informações importantes para discussão interdisciplinar de forma contínua e atualizada.

Descritores: Pacotes de Assistência ao Paciente. Unidades de Terapia Intensiva. COVID-19.

Referências:

1. Smith, Valerie, et al. "Care Bundles for Improving Outcomes in Patients with COVID-19 or Related Conditions in Intensive Care - a Rapid Scoping Review." Cochrane Database of Systematic Reviews, 21 Dec. 2020, <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013819>.

2. Moreira, Rafael da Silveira. "COVID-19: Unidades de Terapia Intensiva, Ventiladores Mecânicos E Perfis Latentes de Mortalidade Associados à Letalidade No Brasil." Cadernos de Saúde Pública, vol. 36, no. 5, 2020, <https://doi.org/10.1590/0102-311x00080020>.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

LUCAS GEOVANE DOS SANTOS RODRIGUES, LEIDIANE DE JESUS DA COSTA SANTOS, ALZINEI SIMOR, IVANIR GONÇALVES DO NASCIMENTO, DOUGLAS DO NASCIMENTO GALVÃO, MILENE DE ANDRADE GOUVÊA TYLL

Introdução: De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde¹ as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, dentre essa patologia o infarto agudo do miocárdio é responsável por 85% desses casos. Nesse contexto, a cirurgia de revascularização do miocárdio é uma das alternativas utilizadas para o tratamento do infarto e isquemia cardíaca quando o tratamento clínico não foi suficiente para corrigir a lesão^{2,3}. Sendo assim, o paciente submetido a essa cirurgia requer cuidados intensivos em pelo menos 24 horas após o final do procedimento, tendo seu cuidado continuado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Objetivo:** Descrever a assistência de enfermagem prestada ao paciente em pós-operatório de revascularização do miocárdio dentro de uma UTI Coronariana. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, do tipo descritivo e com abordagem qualitativa, realizado após a vivência de um enfermeiro durante três meses dentro da UTI Coronariana da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna no ano de 2023. A UTI Coronariana conta com 10 leitos, sendo estes exclusivos para cirurgias cardíacas e de hemodinâmica. **Relato da experiência:** O cuidado com o paciente pós revascularização deve ser contínuo e organizado baseado em fluxos e protocolos. Nesse sentido, dentro da UTI coronariana têm-se normas e rotinas já estabelecidas para receber esse paciente do bloco cirúrgico. A maioria dos pacientes vinham em ventilação mecânica, com droga vasoativa (noradrenalina), com resquíscios do efeito de sedação, com monitor multiparâmetro, com pressão arterial invasiva (PAI) em membro superior, acesso venoso central, dois drenos torácicos (sendo um mediastinal e outro pleural), ferida operatória esternal e sonda vesical de demora. Inicialmente, ajustava-se os equipamentos de monitorização de acordo com o paciente. No momento da chegada quem o recebia era sempre um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um médico e um fisioterapeuta, onde o enfermeiro fazia a supervisão geral de monitoramento dos sinais vitais, acomodação no leito e conexão da pressão arterial invasiva (sendo privativo do enfermeiro). Mediante a isso, fazia-se a mensuração de sinais vitais, ordenhamento da extensão do dreno torácico e mediastinal e registro do débito e aspecto de cada um, utilização de coxins para conforto e prevenção de lesões, avaliação do nível de consciência e estado geral, manutenção do circuito da PAI, coleta de amostra sanguínea para gasometria venosa e arterial, além da troca de curativo da FO e dos drenos. Outrossim, esses cuidados eram realizados sempre para prevenir

complicações como hemorragias, insuficiência respiratória, insuficiência renal aguda, acidente vascular encefálico etc³. **Considerações finais:** Para mais, a experiência vivenciada mostrou que uma boa assistência quando baseada em normas e protocolos pode ocorrer de forma mais fluída e estruturada, trazendo benefícios ao paciente por meio de um cuidado mais seguro e com qualidade. **Contribuições e implicações para prática:** Portanto, a assistência de enfermagem voltada ao paciente em pós cirurgia de revascularização do miocárdio deve ser bem estruturada visto às grandes possibilidades de complicações pós-operatória.

Referências:

- 1- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Organização Mundial de Saúde. Doenças Cardiovasculares. Disponível em: <https://www.paho.org-pt/topicos/doencas-cardiovasculares> Acesso em: 24 de jul. 2023.
- 2- LINS, R. de A. ; AREDES, K. V. N. .; FASSARELLA, B. P. A. .; SANTOS, L. C. A. dos .; SOUZA, F. S. de .; LIMA, D. R. de .; RIBEIRO , W. A. .; NEVES, K. do C. .; ALVES, A. L. N. .; AMARAL, F. S. do . Good practices performed by nursing to patients undergoing myocardial revascularization. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 2, p. e43611225920, 2022. DOI: 10.33448/rsdv11i2.25920. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php-rsd/article/view/25920>. Acesso em: 24 jul. 2023.
- 3- REISDORFER, A. P.; LEAL, S. M. C.; MANCIA, J. R.. Nursing care for patient in postoperative heart surgery in the Intensive Care Unit. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, n. 2, p. e20200163, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/PVNRGpO4ncpHmztdCrtFmZn/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 24 de jul. 2023.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA: TECNOLOGIA ASSISTENCIAL

ADRIELE DO SOCORRO SANTOS BRABO, DENISE DE FÁTIMA FERREIRA CARDOSO, ADRIANNE DE CÁSSIA MONTEIRO DA ROCHA, FERNANDO CONCEIÇÃO DE LIMA, ALZINEI SIMOR

Introdução: A partir da vivência em um centro de terapia intensiva (CTI) de um hospital de referência em Oncologia propôs-se reformular o instrumento do processo de enfermagem utilizado com paciente neurocrítico, o qual continha intervenções em desuso e era preenchido de modo não sistematizado, visando construir um dispositivo atualizado e padronizado¹, destinado a pacientes em pós-operatório de neurocirurgia com o intuito de evitar as complicações neurológicas. **Objetivo:** Construir uma tecnologia assistencial com diagnósticos e prescrições de enfermagem específicos para pacientes em pós-operatório de neurocirurgia admitidos no CTI de um hospital de referência em oncologia. **Método:** Pesquisa metodológica, com abordagem qualitativa e de produção tecnológica assistencial, desenvolvido no período de março a julho de 2021. Foram analisados 90 prontuários de pacientes neurocirúrgicos no ano de 2019. O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital Ophir Loyola, sob N° de parecer 4.549.853 e CAAE: 42498621.0.0000.5550. **Resultados:** A maioria dos pacientes apresentou parâmetros normais, estavam conscientes e faziam uso de algum tipo de dispositivo invasivo. Os principais diagnósticos observados foram os tumores encefálicos, e o procedimento mais frequente foi a microcirurgia para tumor intracraniano. Entre as complicações prevalentes estão a hipotensão, a hipertensão e a cefaleia. Foi elaborado um instrumento contendo os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem para paciente neurocríticos², que foi apresentado à equipe de enfermagem. Os principais diagnósticos de enfermagem foram: risco de glicemia instável; nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais; deglutição prejudicada; risco de desequilíbrio eletrolítico; risco de constipação; risco de

perfusão tissular cerebral ineficaz; mobilidade no leito prejudicada; padrão respiratório ineficaz; confusão aguda; risco de síndrome do desuso; comunicação verbal prejudicada; capacidade adaptativa intracraniana diminuída; risco de queda; risco de sangramento; recuperação cirúrgica retardada; risco de lesão por pressão; risco de aspiração; conforto prejudicado e dor aguda. Dentre as intervenções estão: medir e ajustar os níveis insulina; administrar dieta prescrita por sonda enteral; realizar e monitorizar balanço hídrico, ingesta hídrica, volume de diurese e evacuações, controlar infusões venosas; monitorar a condição respiratória (frequência, ritmo e profundidade; evitar flexão do pescoço ou do quadril/joelho; manter cabeceira elevada; auxiliar no posicionamento; avaliar o nível de consciência, avaliar forma, simetria e fotorreação das pupilas; monitorizar os sinais vitais, o EtCO₂ e a PIC; lavar as mãos antes e após contato com o paciente; aspirar vias aéreas; realizar curativos e monitorar sinais flogísticos; realizar mudança de decúbito; avaliar escala de Braden, administrar medicação conforme prescrição. **Conclusão:** Espera-se que a compreensão desses achados possibilite que outros mecanismos de cuidado pela equipe de enfermagem sejam desenvolvidos, pois são os profissionais de primeira linha que atuam nas intercorrências e no cuidado integral e constante aos pacientes em unidades de terapia intensiva. **Contribuições e implicações para a prática:** o estudo trouxe contribuições importantes para a prática da equipe de enfermagem por ser formulado com base em evidências e focado nas individualidades de pacientes neurocríticos submetidos a cirurgia neurológica visando melhorias no processo assistencial de enfermagem.

Descritores: Neurocirurgia; Unidades de Terapia Intensiva; Diagnóstico de enfermagem.

Referências:

- 1- Pereira FCS. Compreensão de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva acerca da sistematização da assistência de enfermagem. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, UFCG, 2019. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/handle/riufcg/11557>.
- 2- Caciano KRP da, Saavedra JLI, Monteiro EL, Vólpati NV, Amaral TLM, Sacramento DS, et al. Intervenções de Enfermagem para pacientes neurocríticos. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e243847 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.20120243847>.

INFLUÊNCIA DA POSIÇÃO PRONA SOBRE A PREVENÇÃO DE LESÃO PULMONAR INDUZIDA PELO VENTILADOR

LARA CASTRO ROCHA, ALLAN PEIXOTO DE ASSIS

Introdução: A Lesão Pulmonar Induzida pelo Ventilador (LPIV) é uma complicação resultante do uso da ventilação mecânica (VM) em pacientes com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA). Esta complicação resulta da administração de uma assistência ventilatória que gera dano ao epitélio pulmonar, piorando desfechos clínicos¹. A posição prona (PP) é uma técnica utilizada em pacientes acometidos com SDRA, capaz de reduzir a hipoxemia e a mortalidade². Questiona-se, portanto, se a PP pode prevenir a LPIV neste grupo de pacientes. **Objetivo:** Conhecer sobre a influência da PP na prevenção da LPIV em pacientes adultos com SDRA sob VM. **Método:** Revisão integrativa com seguimento das seis fases recomendadas para a sua construção³. A questão norteadora criada para a revisão foi: A PP em pacientes adultos sob VM com SDRA reduz o risco de LPIV? A busca das produções foi realizada nas bases de dados PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde e no portal de periódicos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) via CAFE, por meio dos resumos disponíveis, buscando os pontos requeridos e sem recorte temporal. Utilizaram-se os descritores controlados disponíveis no DeCS/MESH: "Lesão Pulmonar

Induzida pelo Ventilador", "Posição prona", "Ventilação Mecânica", “*Ventilator-Induced Lung Injury*”, “*Prone Position*” e “*Mechanical Ventilation*” e o operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão foram: artigos com texto completo disponível com temática referente a síndrome do desconforto respiratório agudo, posição prona e lesão pulmonar induzida por ventilador sem recorte temporal. Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão, estudos com animais e estudos com crianças. O diagrama *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis for Scoping Reviews* (PRISMA), foi utilizado para apresentar as etapas de seleção dos artigos. Os artigos achados foram tabulados em ordem de seleção e os dados tratados de acordo com análise por frequência simples. **Resultados:** Foi possível encontrar 124 artigos. Ao analisar os textos aplicando os critérios de inclusão, 30 artigos foram excluídos, 4 por não apresentarem texto completo para leitura e 26 por não abordarem os temas principais da pesquisa. Noventa e quatro artigos foram selecionados nesta primeira etapa. Durante a fase de seleção, com leitura do título e resumo e retirada dos artigos duplicados, 88 artigos foram excluídos, 1 artigo por se apresentar repetido, 70 artigos por se tratarem de estudos de revisão, 15 artigos de ensaios com animais e 2 artigos de ensaios com crianças. Foram selecionados 6 estudos para leitura na íntegra e destes, 2 foram excluídos por não abordarem parâmetros de desfecho para LPIV. Os 4 artigos restantes foram utilizados para a amostra. Os estudos em sua totalidade não mencionaram LPIV como desfecho primário após a intervenção, porém evidenciaram resultados pós pronação diretamente associados com a sua prevenção como redução da pressão de platô e de distensão alveolar. **Conclusão:** Os estudos selecionados em sua totalidade responderam à pergunta desta revisão, apontando resultados de que a PP pode influenciar na redução da chance de LPIV em pacientes adultos com SDRA.

Descritores: Lesão Pulmonar Induzida pelo Ventilador, Posição Prona, Ventilação Mecânica

Referências:

1. Prost N, Dreyfuss D. How to prevent ventilator-induced lung injury?. *Minerva anesthesiologica*, set. 2021.
2. Oliveira VM, Piekala, DM, Deponti GN, Batista DCR, Minossi SD, Chisté M, Bairros PMN, Naue WS, Welter DI, Vieira SSR. Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para realização da manobra de prona. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2017.
3. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008

PERCEPÇÕES DA ENFERMAGEM INTENSIVISTA SOBRE AS FRAGILIDADES E FORTALEZAS NO ATENDIMENTO A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

RAQUEL DE MENDONÇA NEPOMUCENO, ANA LUCIA CASCARDO MARINS, MARIA CAROLINA WANDERLEY CASTELLÕES, RAFAELLE DE MOURA VEIGA DE SOUZA, KARLA BIANCHA SILVA DE ANDRADE, ANDREZZA SERPA FRANCO, AYLIA MARIA FARIAS DE MESQUITA, REJANE SILVA ROCHA

Introdução: A parada cardiorrespiratória (PCR) é um evento grave onde o tempo é um fator crucial na continuidade da vida. Estima-se que cada minuto da deficiência de oxigenação tissular diminui em 10% as chances de sobrevivência do paciente e, principalmente, acima de cinco minutos podem ocorrer danos irreversíveis. A PCR é um problema de saúde pública, visto que anualmente muitas vidas são perdidas, assim, pesquisadores da área estudam novas formas de abordar o evento para melhorar a performance das manobras e o desfecho do paciente. A enfermagem exerce ação primordial, que engloba o processo decisório e antecipação de condutas a fim de diminuir danos aos pacientes. Porém, mesmo equipes treinadas apresentam dificuldades no seu atendimento, como: insegurança e falta de habilidades na aplicação do protocolo de atendimento à PCR; falta de liderança no momento

da intervenção; insuficiência de recursos materiais e instabilidade emocional da equipe^{1,2}. Logo, faz-se relevante tornar evidente as lacunas sobre a temática de atuação para construir estratégias de melhoria dos processos assistenciais. **Objetivo:** identificar as percepções da equipe de enfermagem intensivista sobre fatores intervenientes no atendimento aos pacientes em PCR. **Método:** Estudo observacional, prospectivo, com abordagem qualitativa atendendo-se às recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*. Realizado em unidades intensivistas de um hospital público universitário, localizado no Rio de Janeiro. A população foi a equipe de enfermagem com no mínimo um ano de experiência no cuidado direto ao paciente crítico adulto. Os dados foram coletados com questionário contendo as variáveis: idade, sexo, categoria, turno de trabalho, tempo de experiência em terapia intensiva e levantou a opinião dos profissionais acerca de fatores intervenientes no atendimento aos pacientes. Aos dados foi aplicado a análise de conteúdo buscando caracterizá-los em fragilidades e fortalezas³. Estudo foi aprovado sob CAAE Nº:61036122.9.0000.5259. **Resultados:** na opinião dos 45 profissionais de enfermagem, em sua maioria do sexo feminino (89%), 68,9% se autodeclararam preparados para o atendimento, mesmo sendo 91% com ≥ 10 anos de experiência no atendimento a PCR. Relataram como fortalezas os aspectos estruturais, como quantitativo da equipe e adequação dos materiais, e ressaltaram a importância de atitudes como agilidade, tranquilidade e entrosamento entre a equipe. Como fragilidades, predominaram aspectos relacionados à falta de comunicação, falta de organização e de liderança durante o atendimento, e ainda, citaram insegurança do profissional. **Conclusões:** A identificação das fragilidades e fortalezas no atendimento a PCR contribui para o planejamento de ações de sensibilização e capacitação como promoção de treinamento multiprofissionais in situ que facilitem a prática da habilidade em cenário real e a comunicação interdisciplinar. Torna possível avaliar aspectos relacionados aos recursos humanos e materiais através de monitoramento dos processos de trabalho pelo qual o enfermeiro pode coordenar a sua assistência maximizando os pontos fortes e construindo oportunidades de melhorias.

Descritores: Parada cardiorrespiratória; Assistência ao paciente; Enfermagem cardiovascular.

Referências:

1. Lopes APO, Nogueira GB. O conhecimento do enfermeiro e sua atuação no atendimento intra-hospitalar à vítima de parada cardiorrespiratória. Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet]., Espirito Santo [citado 18º de julho de 2022];, v. 13, n. 5, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7520/4648> .
2. Menezes RR, Rocha AKL. Dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem no atendimento à parada cardiorrespiratória. InterScientia [Internet]., João Pessoa, [citado 20º novembro de 2022];v.1, n.3, p. 2-15, set./dez. 2013. Disponível em <https://periodicos.unipe.br/index.php/intercientia/article/view/43/40>.
3. Mendes VR, Santos EM, Santos IC de J, Silva IR da, Silva LS da, Silva CS de O e. Matriz SWOT como ferramenta estratégica no gerenciamento da assistência de enfermagem: um relato de experiência em um hospital de ensino. Rev. G&S [Internet]. 30º de setembro de 2016 [citado 10º de julho de 2023];7(3):Pág. 1236-1243. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3643>

KAMISHIBAI COMO FERRAMENTA DE GERENCIAMENTO DA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO NA TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ROSEMARY ÁLVARES DE MEDEIROS, CARLA LARISSA FERNANDES PINHEIRO ARAÚJO, ANNA LÍVIA DE MEDEIROS DANTAS, MARIA MARLA PAIVA DE AMORIM, JOSI CARLA FERNANDES GOMES, LORENA MARA NÓBREGA DE AZEVEDO, MARLÚZIA DA CUNHA BATISTA, TERENA FERREIRA DE SOUTO BENTES, MARYANE ANDREA SILVA

Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) representa o epicentro das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Estima-se que o uso de tecnologias como Cateter Vesical de Demora (CVD), Cateter Venoso Central (CVC) e Ventilação Mecânica (VM) constituem-se como os principais fatores de risco para essas infecções, com percentuais de até 85,3%¹. Na atualidade, as intervenções sistematizadas através de pacotes de medidas ou *bundles* aperfeiçoam os processos de trabalho no cuidado aos pacientes críticos invadidos ao mesmo tempo que cria um desafio para as equipes na sustentabilidade das intervenções propostas e monitoramento dos conceitos de mudança. **Objetivo:** Relatar a experiência da implementação e uso do quadro Kamishibai em uma UTI adulto. **Método:** Trata-se de um relato de experiência da implementação e uso de um Quadro de Gestão Diária para Sustentar a Melhoria (GDSM) ou Kamishibai, implementado em agosto de 2022 na UTI adulto de um Hospital geral de ensino, no Nordeste do Brasil. A ferramenta de gestão foi proposta pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) após o término de um projeto de segurança do paciente denominado “Saúde em nossas mãos” do qual a instituição participou até o ano de 2020. **Relato da experiência:** Inicialmente, foram revisadas as instruções de processo de cada *bundle*: Prevenção para Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), Prevenção de Infecção do Trato Urinário Associada a Cateter Vesical de Demora (ITU-AC) e Infecção Primária de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central (IPCS-ACC) e elaborado cartões para cada conceito de mudança, onde as adequações foram sinalizadas com um cartão verde e as inadequações, vermelho. Além disso, foi construído um quadro branco para acompanhamento diário dos conceitos e mudança. Foram realizados treinamentos da equipe e acompanhado a sustentabilidade do monitoramento pelos profissionais habilitados. Houve baixa adesão ao uso do quadro pelos enfermeiros assistenciais nos primeiros meses de uso da ferramenta e nesse período praticamente toda coleta foi efetuada pelo enfermeiro da coordenação uma média de 41 observações mensais em 2022. Foi proposto um ciclo PDSA (*Plan-Do-Study-Act*)² para a participação de equipe de residentes de Enfermagem e Fisioterapia e atribuição diária de profissionais responsáveis pelo preenchimento do quadro. Após o ciclo observou-se um aumento na participação da equipe nos meses subsequentes com uma média de 64 avaliações nos pacotes de prevenção de PAV, ITU-AC e IPCS-ACC no primeiro semestre de 2023. **Considerações finais:** O Kamishibai possibilitou identificar em tempo real a necessidade de melhoria dos processos de trabalho em cada conceito de mudança dos *bundles*. **Contribuições e implicações para prática:** Na prática, o posicionamento do quadro próximo ao posto de enfermagem e sala de prescrição possibilitou a visualização da equipe multiprofissional dos resultados diários da avaliação, assim como subsidiou a discussão multiprofissional em tempo real acerca de falhas nos processos preventivos das IRAS na UTI. Por se tratar de um hospital de ensino, fôra por instigar outros profissionais a utilizarem tal ferramentas de gestão em outros ambientes e processos afins. **Descritores:** Infecção Hospitalar; Unidades de Terapia Intensiva; Gestão da Qualidade Total.

Referências:

1. Wang L, Zhou KH, Yu Y, Feng SF. Epidemiology and risk factors for nosocomial infection in the respiratory intensive care unit of a teaching hospital in China: A prospective surveillance during 2013 and 2015. BMC. 2019;19(145):1-9. [Acesso em 23 jul 2023]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6373110/pdf/12879_2019_Article_3772.pdf
2. André CU, Souza DLB, Barros FPC, Capucho, HC, Pereira JLC, et al. Qualidade no cuidado e segurança do paciente [livro eletrônico]: educação, pesquisa e gestão. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2021 [acesso em 30 jul 2023]. Disponível em: <https://www.as.saude.ms.gov.br/wpcontent/uploads/2023/04/Qualidade-no-Cuidado-e-Seguranca-do-PacienteEduacao-Pesquisa-e-Gestao.pdf>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DO BRASIL

ANA BEATRIZ DE OLIVEIRA VIEIRA MATOS, FRANKLLIN RAMON DA SILVA, JANAINA NONATA DA SILVA, LEILA KEURY COSTA LIMA, PATRÍCIA MARA SOUZA SAMPAIO, LARISSA SHILEY GOMES LIMA

Introdução: O conhecimento do cenário de saúde de uma instituição, bem como de seus determinantes, tendências e informações sobre o processo saúde-doença, contribui para o planejamento de ações e a tomada de decisões estratégicas, resultando no aperfeiçoamento da qualidade da atenção e melhoria da assistência ofertada¹. **Objetivo:** Caracterizar o perfil epidemiológico das unidades de terapia intensiva do Brasil cadastradas no Projeto UTIs Brasileiras. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa do tipo exploratório e documental com dados extraídos através do sistema Epimed Monitor UTI. **Resultados:** O Epimed Monitor por meio do programa UTIs Brasileiras até março de 2023, têm-se cadastrado 737 hospitais, 1.798 UTIs e 25.212 leitos de UTI no país². Em relação ao percentual de UTIs adulto por especialidade, destaca-se 79,51% das UTIs são mista, 11,72% UTI cardiológica, 2,50% UTI cirúrgica, 1,44% UTI neurológica, 1,39% UTI oncológica, 0,33% UTI para queimados e 3,11% referem-se a outros tipos de Unidades. Em relação as características demográficas, referente ao sexo, a UTI mista e cardiológica, destacou-se o sexo masculino com 50,93% e 55,19%, respectivamente, na UTI cirúrgica e neurológica, elucidou que 51,34% e 51,53% dos pacientes foram do sexo feminino. Em relação a idade dos pacientes internados, a média obtida foi de 62,63 idade (anos). Entre os principais diagnósticos de internações clínicas, destacam-se infecção/sepse com 32,07%, seguido por causas cardiovascular (25,70%), neurológica/psiquiátrica (12,64%) e causa respiratórias (exceto sepsis/infecção) com 7,23%. O menor índice de internações refere-se a causas relacionadas ao fígado, vias biliares, baço e pâncreas com apenas 1,55% das internações clínicas. O tempo de permanência na UTI, em 2010, foi de 6,37, em 2021, evidenciou-se um aumento da média, o que pode ser decorrente da pandemia COVID-19, apresentando uma média de 7,17. Em relação a taxa de mortalidade, 2020, 2021 e 2022, apresentaram os maiores índices, com 15,20%, 17,74% e 12,33% respectivamente, podendo ser oriundo do contexto pandêmico. No que diz respeito ao uso de suportes invasivos, evidenciou que a ventilação mecânica, destaca-se o ano de 2010, com 25,81% e nos anos de 2020 e 2021, teve-se um aumento para 25,74% e 28,16%, respectivamente. O uso de diálise apresentou um crescimento significativo nos anos 2020 e 2021, com 21,35% e 22,96%. Em relação ao score SAPS 3, a média mais baixa foi registrada no ano de 2010, com 15,77% e a média mais alta em 2020, com 18,51%. A taxa de mortalidade por hospital, mantiveram-se constantes entre os anos de 2010 e 2019, entretanto, em 2020 e 2021, obtiveram 23,71% e 26,16%, respectivamente. **Considerações finais:** Os resultados apresentados são relevantes para direcionar o planejamento e a organização nas unidades de terapia intensiva, promovendo subsídio para tomada de decisões e as implementações de intervenções especializadas de acordo com o perfil de cada unidade. De modo a garantir a melhora da assistência ao paciente, sugere-se a adesão das UTIs ao programa UTIs brasileiras, garantindo assim, dados unificados e representativos de todo o país em uma única plataforma, oportunizando o desenvolvimento de novas pesquisas e aprimoramento da assistência.

Descritores: Unidades de terapia intensiva; Gestão em saúde; Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

Referências:

1.Stow PJ, Hart GK, Higllett T, George C, Herkes R, McWilliam D, et al. Development and implementation of a high-quality clinical database: the Australian and New Zealand Intensive Care Society Adult Patient Database. *Journal of Critical Care*. 2006 Jun;21(2):133–41. 2.O Projeto - UTIs Brasileiras [Internet]. www.utisbrasileiras.com.br. Available from: <http://www.utisbrasileiras.com.br/o-projeto/>.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

DENISE DE FÁTIMA FERREIRA CARDOSO, IVANIR GONÇALVES DO NASCIMENTO, GEORGE PINHEIRO CARVALHO, FERNANDO CONCEIÇÃO DE LIMA, ALZINEI SIMOR

Introdução: A Insuficiência Cardíaca (IC) configura-se como uma disfunção cardíaca crônica, progressiva, no qual o coração não consegue bombear sangue em volume suficiente para atender as demandas metabólicas do organismo, ou realiza tal função com altas pressões de ejeção¹. Nesse contexto, nas unidades de terapia intensiva, a assistência a esse paciente requer cuidados integrais², complexos e individualizados, os quais são norteados pelas etapas do processo de enfermagem, oriundo da implantação da sistematização da assistência de enfermagem, que permite ao enfermeiro aplicar o raciocínio clínico e o julgamento crítico³ para identificação de problemas, implementação de ações e avaliação dos resultados, que norteiam sua a prática clínica. **Objetivo:** Descrever quais os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem voltadas ao paciente com insuficiência cardíaca em terapia intensiva presentes na literatura científica. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo revisão integrativa da literatura. Realizou-se levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e no *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, com os descritores: insuficiência cardíaca; enfermagem e terapia intensiva combinados ao conector AND. Utilizou-se como critérios de inclusão artigos publicados de 2018 a 2023 em português e espanhol, disponíveis na íntegra. A seleção e o conteúdo dos artigos foram organizados em tabelas no Microsoft Word 2019, com base nas recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*. Resultados: Foram elegíveis para análise 4 artigos de um total de 19. Após análise, foi possível categorizar os trabalhos em 2 grupos: diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem. Na categoria 1 os mais prevalentes foram: débito cardíaco prejudicado, troca de gases prejudicada, dispneia, fadiga, dor, volume de líquidos excessivo, risco de queda e risco de infecção. Na categoria 2, as intervenções citadas compreendem: monitorar sinais de descompensação cardíaca, monitorizar alterações hemodinâmicas, realizar ausculta pulmonar e cardíaca, realizar oxigenoterapia; realizar punção para avaliação da gasometria; monitorar presença/evolução de edemas; monitorar débito urinário e função renal; realizar balanço hídrico; administrar medicação (diuréticos, drogas vasoativas, analgésicos) conforme prescrição médica; monitorizar respostas do paciente a terapêutica; manter cabeceira do leito elevada a 45° graus; avaliar níveis de dor por meio de escalas; manter grades do leito elevadas. **Conclusão:** Evidenciou-se que a maioria das intervenções encontradas direcionam a atuação do profissional enfermeiro para a monitorização e avaliação contínua das medidas terapêuticas realizadas, atentando-se para quaisquer alterações significativas que possam sinalizar um agravamento do quadro e desfecho desfavorável. **Contribuições e implicações para a prática:** Os diagnósticos e intervenções de enfermagem ao paciente crítico com IC atualizados conforme a literatura científica servem como instrumento de auxílio ao enfermeiro, contribuindo para aprimorar a execução do processo de enfermagem, desse modo, otimiza a qualidade da assistência.

Descritores: Insuficiência cardíaca; unidade de Terapia Intensiva; cuidados de enfermagem.

Referências:

- 1- Silva TLS da, Silva AT da, Lima EPO, Santos CC dos, Santos CS, Caminha MFC et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes com coração congestivo em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa | Revista Eletrônica Acervo Saúde. Acervomais.com.br [Internet]. 16 de fevereiro de 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9724/586>
- 2-Galvão PCC, Tavares EG, Remigio TF, Bezerra SMMS. Diagnósticos de enfermagem aplicados a pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2016;21(2): Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483653650013>
- 3-Carolla DC. Cuidados de enfermagem na insuficiência cardíaca avançada no contexto de cuidados paliativos em unidade de terapia (UTI). Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo, p. 197-197, 2022.

PASSAGEM DE PLANTÃO DA ENFERMAGEM EM UTI: CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO BASEADO NA METODOLOGIA SBAR

LILIAN TEIXEIRA DIAS MONTEIRO, LUCIENE BARBOSA BISPO FERREIRA, DANIELE APARECIDA DA SILVA, PAULA DE MOURA PIOVESAN, MARIANA SALHAB DALL AQUA SCHWELLER

Introdução: Visando melhorar a comunicação, objetividade, precisão, redução de erros e omissões, além de otimizar o tempo dispensado para passagem de plantão entre os diferentes turnos, também chamado de handover, foi desenvolvido um instrumento baseado na metodologia SBAR, visando proporcionar uma comunicação estruturada para segurança do paciente^{1,2}. O termo mnemônico SBAR (do inglês *Situation, Background, Assesment and Recommendation*), significa Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação^{1,2}.

Objetivo: Descrever o processo de construção, validação e implantação de um impresso de handover entre turnos de enfermagem da UTI adulto, construído com base na ferramenta SBAR. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de caso e que foi realizado em um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo. O instrumento foi construído por três enfermeiros com experiência em UTI e integrantes do Time de Comunicação da instituição. Inicialmente foi realizada revisão de literatura com os termos envolvendo a ferramenta SBAR, handover de enfermagem e busca por modelos de handover de outras UTIs. A partir disso, foi realizada a construção do instrumento e os demais enfermeiros, foram apresentados e sensibilizados a discutirem a importância do uso da ferramenta SBAR e apresentados ao instrumento, por meio da apresentação desse conteúdo em reunião online. Em seguida, iniciou-se o pré-teste da primeira versão do instrumento construído, que foi aplicado pelos enfermeiros em um posto de enfermagem com 10 leitos de UTI durante 2 meses. Após este período, foi solicitado aos enfermeiros que realizassem a validação de conteúdo, clareza e pertinência do instrumento, por meio de formulário online e reuniões presenciais, sem a participação dos construtores do instrumento, para coletar sugestões e apontamentos. As informações serviram para alterações, visando otimizar o instrumento.

Resultados: O instrumento foi construído pelas quatro premissas do SBAR, em forma de checklist e com campos dissertativos, procurando-se apresentar clareza e pertinência, além de sintetizar a transferência de informações entre turnos do paciente crítico. Na validação do instrumento, houveram sugestões de melhoria do impresso, visando reduzir a extensão e o conteúdo proposto. Com base nestas sugestões, foram realizadas novas modificações do instrumento, com redução de itens e novo design, de modo a atender as necessidades da equipe. **Conclusão:** O instrumento de handover entre turnos de enfermagem foi construído e modificado com expressa participação dos enfermeiros que o utilizam a beira leito, adequando o mesmo às particularidades da UTI. Houve uma avaliação positiva da equipe em relação a importância de ter padronizado um impresso que organize as informações e amenize

a chance de omissões nas transferências de cuidado. Contribuições e implicações para prática: A partir deste instrumento, a equipe de enfermagem passou a utilizar o mesmo para a passagem de plantão, visando melhorar o processo de comunicação entre os turnos.

Descritores: Comunicação; Cuidados Críticos; Cuidados de Enfermagem; Trabalho em Turnos; Segurança do Paciente.

Referências:

- 1 - Müller M , Jürgens J , Redaelli M , et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2018; 8: e022202. doi: 10.1136 / bmjopen-2018-022202. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/8/e022202.full.pdf>. Acesso em 07 setembro. 2021.
- 2 - Corpolato Roselene Campos, Mantovani Maria de Fátima, Willig Mariluci Hautsch, Andrade Luciana Aparecida Soares de, Mattei Ângela Tais, Arthur Juliana Perez. Padronização do plantão de plantões em uma Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulto. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 Fev [citado 2021 Set 10]; 72 (Suplemento 1): 88-95. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200088&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0745>.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

BRENA PATRÍCIA SILVA DO CARMO, DIANA ALICE SIQUEIRA DA PONTE DUTRA, FLÁVIO LUIS DO REGO, LILIANE GLEISY DOS SANTOS ALVES, MARIANA PEQUENO DE MELO, MYLENA ADELINO PINHEIRO, RUBENS DA SILVA THIMÓTEO, SARAH MENEZES COSTA

Introdução: A oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) é uma técnica de perfusão que realiza depuração extracorpórea do dióxido de carbono e a oxigenação do sangue, oferecendo assim, um suporte cardiopulmonar. As intervenções acerca da técnica requerem cuidados estratégicos, assim como atualização de profissionais da saúde que manuseiam tal suporte na assistência ao doente crítico, incluindo o enfermeiro¹. **Objetivo:** Explicar evidências científicas atuais sobre atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em ECMO na UTI (Unidade de Terapia Intensiva). **Métodos:** revisão integrativa da literatura orientada pela seguinte pergunta norteadora: “Quais dados relevantes a literatura científica aborda acerca da assistência de enfermagem ao paciente crítico em ECMO?”. A busca ocorreu no mês de julho nas bases de dados Medline, Science direct, Scopus, Scielo, Bdenf e Lilacs utilizando os descritores “*Extracorporeal Membrane Oxygenation*”, “*Intensive care units*”, e “*Nursing care*” combinados pelo operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão foram: trabalhos publicados nos últimos 5 anos, que abordaram a essência temática desta pesquisa, em inglês ou português. Os de exclusão corresponderam às seguintes: teses e dissertações, revisões bibliográficas, vídeos, entrevistas, editoriais, opiniões de especialistas, bem como textos indisponíveis na íntegra. Os artigos selecionados foram divididos nas seguintes categorias temáticas: Competências e percepção do Enfermeiro sobre a ECMO; Educação permanente de enfermeiros acerca da ECMO e o seu manejo; Segurança ocupacional; Novas abordagens ao cuidado do paciente crítico em ECMO. Os estudos incluídos foram analisados criticamente. **Resultados:** 16 artigos foram selecionados, onde 10 (62,5%) pertencem à Scopus, 4 (25%) à Medline, 1 (6,25%) à Scielo, e 1 (6,25%) à Lilacs. Não foram encontrados estudos na Science Direct e Bdenf. Em relação ao ano de publicação, 1 (6,25%) foi publicado em 2019, 4 (25%) em 2020, 3 (18,75%) em 2021, 7 (43,75%) em 2022, 1 (6,25%) em 2023. Acerca do delineamento metodológico, 13 (81,25%) corresponderam a estudos transversais, 2 (12,5%) coortes retrospectivas, e 1 (6,25%) coorte prospectiva. A respeito da essência temática, 5 (31,25%) explicitaram a percepção ocupacional de enfermeiros sobre o suporte respiratório em questão, 3 (18,75%) abordaram as competências do enfermeiro acerca da ECMO, 3 (18,25%) referiram-se à capacitação de

enfermeiros, 3 (18,75%) discorreram sobre segurança ocupacional relacionada a à respectiva terapia, 2 (12,25%) explanaram sobre novas abordagens de enfermagem no cuidado ao paciente em ECMO. **Conclusão:** A assistência direta ao paciente com ECMO é responsabilidade do enfermeiro. Suas principais atribuições consistem na monitorização hemodinâmica e respiratória; prevenção de infecção; controle de sangramentos; manuseio dos aparelhos e circuitos da ECMO, tal qual compreender e manejar intercorrências². Para tanto, torna-se necessário a capacitação permanente desses profissionais para produzir uma assistência mais efetiva e segura, bem como promover a segurança ocupacional durante o exercício profissional. **Implicações para a Enfermagem:** a respectiva pesquisa implica na compreensão das perspectivas sobre o cuidado ao paciente crítico em ECMO ao oferecer um compilado de informações atuais sobre tal temática, as quais podem ser reproduzidas na prática profissional.

Descritores: Oxigenação por membrana extracorpórea, unidade de terapia intensiva, assistência de enfermagem.

Referências:

- 1- Miyamae AS, Brunori EHFR, Simonetti SH, França JID. SOBREVIDA E PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PACIENTES PEDIÁTRICOS EM USO DA OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA. *Enferm Foco* [Internet]. 2021;12(6):1217-23. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4898>.
- 2- Alshammari MA, Vellokalam C, Alfeeli S. NURSES' PERCEPTION OF THEIR ROLE IN EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION CARE: A QUALITATIVE ASSESSMENT. *Nursing in critical care*. 2020;27(2), 251–257. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.12538>.

ABORDAGEM AO PACIENTE RENAL TRANSPLANTADO EM CENÁRIO DE RESIDÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

LEIDIANE DE JESUS DA COSTA SANTOS, ALZINEI SIMOR, IVANIR GONÇALVES DO NASCIMENTO, LUCAS GEOVANE DOS SANTOS RODRIGUES, DOUGLAS DO NASCIMENTO GALVÃO

Introdução: A doença renal crônica (DRC) tornou-se um peso na saúde pública em todo o mundo por sua crescente incidência e prevalência, seu alto impacto na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e na expectativa de vida, e alto custo pessoal e social¹. Dessa forma impactando em internações por seu processo de deterioração da função renal e apresentações clínicas agravantes associadas. Em vista desse contexto, reforçar a importância da detecção precoce de sinais e sintomas preditivos de deterioração pelo enfermeiro determina a intervenção e os cuidados necessários de forma precoce. **Objetivo:** Descrever a importância da observação do enfermeiro na detecção precoce de sinais e sintomas de deterioração clínica em pacientes renais crônicos e transplantados com disfunção do enxerto. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade relato de experiência, sobre a vivência de uma enfermeira residente em Centro de Terapia Intensiva do Programa de Residência Uniprofissional em Atenção ao Câncer da Universidade do Pará em associação ao Hospital Ophir Loyola da Cidade de Belém, Pará. Ocorrido no período de 30 dias, realizado pelo residente conforme cronograma de Rodízio na clínica de Nefrologia, supervisionado pelo preceptor enfermeiro em caráter prático, durante o período de 01 maio a 31 de maio de 2023. **Relato da experiência:** Durante o período em rodízio na clínica de Nefrologia foi possível conhecer o quadro clínico dos pacientes, o perfil dos pacientes internados e seu comprometimento renal já estabelecido devido o avançar da doença. Em vista disso foi notório a importância do profissional enfermeiro em sua atuação profissional na detecção

precoce de sinais e sintomas apresentados pelos pacientes durante a hospitalização. Tendo em vista que muito das demandas da clínica eram de pacientes pré cirúrgicos e pós cirúrgicos ao transplante e em outros casos pacientes que apresentavam disfunção no enxerto depois de anos após o transplante, necessitando de cuidados enquanto aguardavam abordagem médica. Dentre as diversas condições clínicas apresentadas, evidenciou o comprometimento cardiovascular em alguns pacientes. Segundo Gondim², o contexto da atuação de enfermagem, o rastreamento dos sinais clínicos de deterioração e sua intervenção são enfatizadas em várias etapas do processo, o que dentro desse período prático na clínica notou-se a atuação do enfermeiro intervindo de forma precoce na manifestação de sinais e sintomas dos pacientes para condutas que evidenciaram pacientes potenciais para internação em cuidados intensivos. **Considerações finais:** Enfatizar o papel do enfermeiro em seu diverso campo de atuação reforça sua importância dentro da assistência e cuidado, em sua particularidade na abordagem ao paciente com disfunção renal e transplantado, enfocando na deterioração hemodinâmica e metabólica desses pacientes, destacando o comprometimento cardiovascular, determinando dessa forma a conduta frente a mudança clínica e conduzindo a um desfecho favorável a intervenção precoce.

Descritores: Insuficiência renal crônica, Transplante renal, Enfermagem.

Referências:

1- TAVARES, A. P. S., SANTOS, C. G. S., MARTINS, C. T., NETO, J. B., SILVA, A. M. M., LOTAIF, L., SOUZA, J. V. L. Cuidados de suporte renal: uma atualização da situação atual dos cuidados paliativos em pacientes com DRC. *Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.)* 2021;43(1):74-87

2- GONDIM, É. S., GOMES, E. B., MATOS, J. H. F., PINTO, S. L., OLIVEIRA, C. J., ALENCAR, A. M. P. G. Tecnologias utilizadas pela enfermagem para predição de deterioração clínica em adultos hospitalizados: revisão de escopo. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(5): EDIÇÃO TEMÁTICA. Práticas Avançadas de enfermagem. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0570pt> e20210570

UTILIZAÇÃO DE ULTRASSONOGRRAFIA POR ENFERMEIROS COMO FERRAMENTA PARA O DIAGNÓSTICO DE RETENÇÃO URINÁRIA

JOYCE NAYARA DUARTE DA SILVA, FREDERICO ENRIQUE LIMA VIEIRA, EVYLEE HADASSA BARBOSA SILVA, ELLEN BEATRIZ MOURA BARBOSA, LAZÁRO HELENO SANTOS DE OLIVEIRA

Introdução: A retenção urinária é definida como a incapacidade aguda ou crônica de eliminar a urina acumulada na bexiga. O diagnóstico é comumente realizado por enfermeiros durante as práticas assistenciais¹. **Objetivo:** Analisar a utilização de ultrassonografia por enfermeiros como ferramenta para o diagnóstico de retenção urinária. **Método:** Estudo de revisão integrativa, com vistas a responder a seguinte questão norteadora: “qual a efetividade da utilização da ultrassonografia por enfermeiros para o diagnóstico de retenção urinária?” através da utilização dos seguintes descritores: retenção urinária, ultrassonografia e Diagnóstico de enfermagem, unidos pelo operador booleano AND. Foram utilizados como critérios de inclusão artigos periódicos indexados nas bases Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde, *Medical Literature Analysis and Retrieval System* online, selecionando artigos nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, entre os anos de 1993 a 2021. Os critérios de exclusão visam descartar dissertações, teses, livros, capítulos de livros e aqueles artigos que não responderam nossa questão de pesquisa. **Resultados:** A partir da análise dos estudos encontrados, observou-se que a utilização da ultrassonografia à beira leito para o diagnóstico da retenção urinária se mostrou eficaz devido à forte correlação entre o volume urinário estimado pelas

imagens e o volume urinário drenado através da cateterização vesical realizada por enfermeiros². Os estudos ainda demonstram que a prática profissional do enfermeiro aliada ao uso da ultrassonografia à beira leito para o diagnóstico da retenção urinária torna a assistência de enfermagem muito mais segura, uma vez que a técnica proporciona uma maior precisão acerca do volume urinário de modo que é capaz de reduzir o número de cateterismos vesicais desnecessários, conseqüentemente o risco de infecção do trato urinário e os custos relacionados à cateterização, seja de alívio ou de demora, tendem a diminuir consideravelmente³. **Conclusões:** Em detrimento dos resultados encontrados, conclui-se que a utilização da ultrassonografia para o diagnóstico de retenção urinária apresentou-se como uma ferramenta indispensável para condutas assistenciais mais seguras, diminuindo a realização de intervenções desnecessárias e contribuindo para um diagnóstico mais preciso. **Contribuições e implicações para prática:** Apresenta subsídio para o conhecimento científico dos profissionais de enfermagem, proporcionando maior autonomia e intervenções baseadas em evidências científicas, melhorando a satisfação do cliente e o prognóstico.

Descritores: Retenção Urinária; Ultrassonografia; Diagnóstico de enfermagem.

Referências:

1. Serlin DC, Heidelbaugh JJ, Stoffel JT. Urinary Retention in Adults: Evaluation and Initial Management. Am Fam Physician. [Internet] 2018 [citado 2023 Jul 08];15;98(8):496-503. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30277739/>.
2. Ceratti RN, Beghetto MG. Incidence of urinary retention and relations between patient's complaint, physical examination, and bladder ultrasound. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2021 [citado 2023 Jul 08]; 42:e20200014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200014>.
3. Guadarrama-Ortega D, Díaz RD, Hernández MAM, Hernández MTP, Paredes JV, González YC. Impacto de la ecografía volumétrica portátil en el sondaje vesical por retención urinaria en una unidad de medicina interna. Enferm. glob. [Internet]. 2020 [citado 2023 Jul 08]; 19(57):42-62. Disponível em: <https://dx.doi.org/eglobal.19.1.347591>.

SEGURANÇA E EFICÁCIA DA FITA DE SILICONE PARA FIXAÇÃO DE CATETER VESICAL DE DEMORA

FABIANA MARTINS DE PAULA, OLECI PEREIRA FROTA, JULIANA SILVA RUIZ, ISABELA CASSÃO BRAULIO, FERNANDA CARVALHO DO NASCIMENTO GONÇALVES, MARCOS ANTONIO FERREIRA-JÚNIOR, HELENA MEGUMI SONOBE, DANIELLE NERIS FERREIRA, CAROLINA MARIANO POMPEO, ALVARO FRANCISCO LOPES DE SOUSA

Introdução: Pacientes críticos são mais vulneráveis a lesões cutâneas relacionadas a adesivos médicos (MARSÍ)¹, cuja prevenção é um desafio constante e um dos principais indicadores de qualidade da assistência de enfermagem. MARSÍ associada à fixação de cateter vesical de demora (CVD) é um evento adverso relevante, principalmente devido à tração involuntária constante e alta vulnerabilidade da pele do local de fixação. A fita adesiva de silicone tem qualidades apreciáveis para a pele frágil entre a gama de adesivos, levando a inferir que reduz o risco de MARSÍ². **Objetivo:** Comparar a fita adesiva de silicone para fixação da CVD com a fita de acrilato quanto à segurança e eficácia. **Métodos:** Trata-se de um estudo randomizado controlado cego para paciente e avaliador (CAAE: 09332819.0.0000.0021). Os dados foram coletados entre fevereiro de 2020 a agosto de 2021 em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário terciário no Brasil. Pacientes com CVD, com idade ≥ 18 anos e sem MARSÍ no local de fixação foram elegíveis. Adotou-se os seguintes critérios de exclusão: ausência de pulso femoral (uni)bilateral; anormalidades cutâneas nas regiões de fixação do CVD; paciente que não tiveram a aplicação

da fita por mais de 24h ininterruptas e aqueles com curativos extensos em regiões de fixação. A técnica de fixação ômega (Ω) foi utilizada para a fixação do CVD. Um total de 132 participantes foram incluídos em dois grupos de pesquisa: 66 pacientes no grupo intervenção (Fita de Silicone) e 66 no grupo controle (Fita de Acrilato). Os resultados foram a incidência de MARSÍ, resultado do paciente na UTI e no hospital e descolamento espontâneo parcial, total e geral das fitas. Esta pesquisa atendeu às diretrizes éticas estabelecidas por postulados internacionais e pela Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. **Resultados:** A incidência geral de MARSÍ foi de 28%, sendo 21% no grupo Silicone e 35% no grupo Acrilato, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,121$), inclusive quanto à gravidade das lesões ($p=0,902$). Entretanto, o descolamento parcial ($p=0,003$) e total ($p<0,001$) das fitas foi mais frequente no grupo Silicone. **Conclusões:** A fita de silicone não é mais segura do que a fita de acrilato para fixação do CVD e é menos adesiva eficaz. **Contribuições e implicações para a prática:** Não há evidências para apoiar o uso extensivo de fita de silicone neste contexto.

Descritores: Segurança do paciente; Dispositivos de fixação cirúrgica; Ferimentos e lesões.

Referências:

1. Frota OP, Pinho JN, Ferreira-Junior MA, Sarti ECFB, Paula FM, Ferreira DN. Incidence and risk factors for medical adhesive-related skin injury in catheters of critically ill patients: a prospective cohort study. *Aust Crit Care.* 2023;S10367314(23):00032-2. doi:10.1016/j.aucc.2023.02.005.
2. Fumarola S, Allaway R, Callaghan R, et al. Overlooked and underestimated: medical adhesiverelated skin injuries. *J Wound Care.* 2020;29(Sup3c):1-24. doi:10.12968/jowc.2020.29.Sup3c.S1

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM AVEI MALIGNO SUBMETIDO À CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA

REBECA BARBOSA SANTOS, SHIRLEY CASAIS REIS

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEI) é denominado de maligno quando atinge a artéria cerebral média e como consequência, ocorre o edema cerebral intenso circunjacente à área de isquemia, podendo resultar em alterações do nível de consciência, elevação da pressão intracraniana (PIC), desvios das estruturas da linha média, herniação cerebral e morte¹. Diante disso, torna-se necessário que a assistência de enfermagem seja empregada de forma a prevenir as complicações, identificar sinais de piora e intervir sobre as mesmas. **Objetivo:** Relatar a experiência de duas residentes em intensivismo na assistência de enfermagem ao paciente com AVEI maligno submetido à craniectomia descompressiva (CD). **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre a assistência de enfermagem ao paciente com AVEI maligno submetido à CD. **Relato de experiência:** Por se tratar de uma divisão do AVEI, foi realizado uma busca em base de dados para entender mais sobre epidemiologia, fisiopatologia e os tratamentos disponíveis, sendo a craniectomia descompressiva capaz de reduzir mortalidade e possibilitar melhor qualidade de vida. Diante desse contexto, a assistência de enfermagem foi pautada em seguir o processo de enfermagem, trazendo o histórico, elencando os diagnósticos de enfermagem prioritários, planejamento, implementação e avaliação. Destacamos a identificação dos sinais e sintomas de edema cerebral, os cuidados pós-cirúrgicos, as alterações neurológicas e respiratórias, os distúrbios de linguagem e aplicação das escalas de AVC e de capacidade funcional como estratégias prioritárias para esses pacientes. **Considerações finais:** A assistência de enfermagem ao paciente com AVEI maligno submetido à craniectomia descompressiva possibilitou para as residentes à compressão da patologia e sua importância epidemiológica, assim como a identificação de fatores preventivos, complicações e

intervenções disponíveis, o que viabilizou a operacionalização das ações de enfermagem prioritárias para os pacientes acometidos com essa doença. **Contribuições e implicações para a prática:** Compreender a fisiopatologia do AVEI maligno, suas complicações e abordagens intervencionistas possibilita que o enfermeiro organize a assistência pautado em identificar os sinais de piora, prevenir as complicações, diagnosticar, planejar os cuidados e intervir quando necessário, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência ofertada para os pacientes.

Descritores: Assistência de enfermagem; AVC isquêmico; Craniectomia Descompressiva.

Referências:

1. Sousa CDD, Jacinto ABG, Silva VC. Desfechos funcionais após craniectomia descompressiva secundária à acidente vascular encefálico. *Fisioterapia Brasil*, 2020; 21(1):39-48. <https://doi.org/10.33233/fb.v21i1.3260>.

IMPACTOS DO USO DA ULTRASSONOGRAFIA PELOS ENFERMEIROS PARA AVALIAÇÃO DE VOLUME VESICAL

SHIRLEY CASAIS REIS, REBECA BARBOSA SANTOS

Introdução: Considerado um grave problema de saúde pública, as infecções do trato urinário são responsáveis por uma taxa significativa das infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo agravadas pelo uso de cateteres vesicais. A avaliação do volume vesical, manejo e inserção dos cateteres urinários, são de responsabilidade do enfermeiro. Porém, a ausência de parâmetros específicos dificulta esta avaliação. Dentre as diversas modalidades radiológicas a ultrassonografia é uma importante aliada na estimativa do volume vesical e avaliação da retenção urinária, por ser um método fácil, simples e não invasivo. Entretanto, o uso do ultrassom no âmbito da enfermagem é uma prática recente, somente em 2021 o Conselho Federal de Enfermagem lançou uma resolução que normatiza seu uso. **Objetivo:** Descrever os impactos do uso da ultrassonografia pelo profissional enfermeiro para avaliação do volume vesical. **Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa, de abordagem qualitativa e caráter descritivo. A pergunta norteadora foi: Como o uso da ultrassonografia para avaliação de volume vesical pelos enfermeiros pode impactar na assistência à saúde? Os descritores utilizados foram extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: “Ultrassom”, “Enfermagem” e “Retenção urinária”, associados na estratégia de busca ao operador booleano “AND”, nas bases de dados indexadas à biblioteca virtual de saúde: BDENF, IBECs, LILACS, MEDLINE. Incluiu-se: estudos publicados gratuitamente na íntegra, provenientes de pesquisas primárias, entre os anos de 2018 e 2023, nos idiomas inglês, português e espanhol. Excluiu-se: artigos duplicados, de revisão integrativa e sistemática, teses, dissertações, e artigos que não respondiam à questão norteadora. Por fim, foram selecionados 7 artigos para compor a pesquisa. **Resultados:** Os estudos evidenciaram a confiabilidade da ultrassonografia comparando o valor do volume vesical estimado pelo ultrassom e o absoluto do cateterismo vesical¹, tais resultados corroboram para o julgamento crítico do enfermeiro, trazendo um parâmetro objetivo para avaliação, norteador com segurança e maior assertividade os cuidados prestados, por conseguinte, seu uso trouxe maior autonomia e confiança para os enfermeiros². Além disso, houve redução no uso de recursos materiais e humanos, já que o tempo e gasto associado ao cateterismo foi reduzido com o uso do ultrassom. A notável limitação nos procedimentos invasivos desnecessários ainda preveniu desconforto, traumas e infecção do trato urinário, com diminuição do tempo de hospitalização e custos em saúde³. **Conclusão:** A escassez de estudos sobre a temática, demonstra a maturidade recente do tema, a presente pesquisa apresentou limitações e sugere-se novos estudos que contemplem a temática. Ainda foi evidenciado que o uso da

ultrassonografia para avaliação do volume vesical é benéfico para o binômio enfermeiro-paciente. **Contribuições e implicações para a prática:** A tecnologia age como facilitadora do cuidado, aumentando a confiança dos enfermeiros e a segurança para o doente. Nesse contexto, a avaliação de retenção urinária e volume vesical minora o quantitativo de passagem do cateterismo vesical, assim como, reduz a incidência de complicações associadas ao uso e passagem do dispositivo, configurando o ultrassom em um aliado no cuidado para a prática do enfermeiro.

Descritores: Ultrassom; Enfermagem; Retenção urinária.

Referências:

1. Maria JB, Mazzo A, Alves NA, Anaísa B. Evidências científicas das práticas de diagnóstico da retenção urinária: scoping review. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2018; 26: e25840. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.25840>.
2. Ceratti R do N, Beghetto MG. Incidence of urinary retention and relations between patient's complaint, physical examination, and bladder ultrasound. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2021;42:e20200014. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200014>.
3. Guadarrama DO, Díaz R, Aránzazu MHM, Peces HMT, Vallejo PJ, Chuvieco GY. Impacto de la ecografía volumétrica portátil en el sondaje vesical por retención urinaria en una unidad de medicina interna. Enferm. glob. [Internet]. 2020; 19(57): 42-62. <https://dx.doi.org/eglobal.19.1.347591>.

DESAFIOS DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM DURANTE A PRÁTICA CLÍNICA NO INTENSIVISMO NEONATAL

SUÉLEN HENINGUES LEIMAN, PAOLA DE OLIVEIRA FERREIRA, JESSICA DA SILVEIRA SALDANHA, ALESSANDRA VACCARI

Introdução: prestar assistência de enfermagem ao recém-nascido de alto risco é um desafio não só para equipe multiprofissional, mas principalmente para o acadêmico de enfermagem que está desenvolvendo as habilidades essenciais para a sua formação. Já que, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um ambiente singular, onde são realizados cuidados complexos, como manuseio de respiradores, sondas e cateteres ligados a um bebê debilitado e com uma família fragilizada que deve ser inserida e estimulada a participar dos cuidados¹. Na UTIN, os recém-nascidos admitidos são provenientes de possíveis intercorrências em sala de parto, nascimentos prematuros com baixo peso, gravemente enfermos ou com alguma patologia de alto risco e precisam de cuidados intensivos. O cuidado com esses bebês exige sensibilidade e dedicação^{1,2}. Para tanto, a vivência em UTIN, pelo acadêmico de enfermagem, exige conhecimento, preparo e comprometimento¹. **Objetivo:** relatar os desafios vivenciados pelas acadêmicas durante a prática clínica na graduação em enfermagem. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, ocorrido na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal em um hospital materno-infantil público municipal em Porto Alegre/RS, em maio e junho de 2023 com carga horária prática de 50 horas. A unidade conta com dez leitos de cuidados intensivos e quinze de cuidados intermediários atendidos por uma equipe multiprofissional especializada³. A vivência no campo foi experimentada por um grupo de quatro acadêmicas do sexto semestre da graduação em enfermagem, supervisionado pela professora da disciplina de cuidado em enfermagem ao recém-nascido, criança e adolescente e pela mestrandia da disciplina. **Relato de experiência:** o campo de práticas clínicas proporcionou aos estudantes o desafio de conhecer as rotinas da unidade, bem como o trabalho das enfermeiras. Além de desmistificar o receio de realizar exame físico e procedimentos de enfermagem em recém-nascidos de alto risco. Já a vivência possibilitou às acadêmicas estudar e preparar seminários com as principais patologias que acometem os recém-nascidos, visualizando o manejo e cuidados de enfermagem relacionados, a esses bebês, no dia a dia à beira leito; bem como as discussões em grupo e o aperfeiçoamento de

habilidades através de treinamento prático em laboratório da universidade. **Considerações finais:** a imersão na prática clínica instigou as acadêmicas a se prepararem para o desafio de prestar cuidados com recém-nascidos de alto risco e com os gravemente enfermos, inspirou a buscar conhecimento, preparar rounds sobre as temáticas mais relevantes vivenciadas no intensivismo neonatal. **Contribuições e implicações para prática:** a experiência de realizar as práticas clínicas da disciplina em uma UTIN é única, visto que é um campo enriquecedor de aprendizagem e desafios. Proporciona conhecer cuidados específicos do neonato de alto risco, manuseio de tecnologias complexas em saúde utilizadas na UTIN, o trabalho da enfermeira e as rotinas de enfermagem neste setor.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Estudantes de Enfermagem; Aprendizagem.

Referências:

1. Klock P, Buscher A, Erdmann AL, Costa R, Santos SV. Best practices in neonatal nursing care management. Texto contexto – enfermagem [Online]. 2019 [acesso em 06/07/2023]; 28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0157>
2. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ação Programática e Estratégias. Atenção à Saúde do Recém- Nascido: guia para os profissionais de saúde. Cuidados gerais. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.
3. SMS. UTI Neonatal comemora 40 anos; 2014. [acesso em 06 jul 2023]. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/hmipv/default.php?reg=79&p_secao=16.

A METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA NO INTENSIVISMO NEONATAL: RELATO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM *SUÉLEN HENINGUES LEIMAN, PAOLA DE OLIVEIRA FERREIRA, JESSICA DA SILVEIRA SALDANHA, ALESSANDRA VACCARI*

Introdução: o processo de formação dos profissionais da área da saúde sofreu mudanças essenciais nos últimos anos. Uma vez que, o ambiente de trabalho exige profissionais capazes de desenvolver competências e habilidades complexas¹. O uso de metodologias ativas serve como estratégia pedagógica para a construção da aprendizagem do estudante, pois auxilia a associar a teoria com a prática de forma crítica-reflexiva². **Objetivos:** relatar a experiência do aprendizado de acadêmicas de enfermagem através da metodologia da problematização nas práticas clínicas no intensivismo neonatal. Método: estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido durante a prática clínica da disciplina de cuidado em enfermagem ao recém-nascido, criança e adolescente na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) em hospital materno-infantil público municipal em Porto Alegre/RS, durante os meses de maio e junho de 2023, totalizando 50 horas de práticas. A prática clínica foi vivenciada por quatro acadêmicas de sexto semestre da graduação de enfermagem e supervisionadas diretamente pela mestranda e professora da disciplina. Para o processo de aprendizagem relacionado à prática clínica de enfermagem neonatal, foi utilizado a metodologia da problematização, alicerçada no arco de maguerez, desenvolvida por Bordenave e Pereira; seguindo as etapas de observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação na realidade². **Relato de experiência:** durante as práticas clínicas no intensivismo neonatal foi construído um diário de campo individual no qual as estudantes anotavam as suas dúvidas, impressões, achados e experiências vivenciadas; este diário foi desenvolvido para a utilização de forma estruturada da metodologia da problematização. Na primeira etapa, os estudantes observaram a realidade da UTIN e a atuação da equipe multiprofissional, durante a realização dos atendimentos aos pacientes internados. A segunda etapa, transcorreu a identificação dos pontos-chave, com a

elaboração das dúvidas e problematização sobre patologias, tratamentos e cuidados de enfermagem para cada caso atendido. A terceira etapa foi constituída de estudos teóricos e buscas na literatura científica sobre as problematizações identificadas na UTIN. Já na quarta etapa, de forma crítica, foram discutidos em grupo (colegas, professora e mestrandas) as melhores práticas para cada caso, sanando as dificuldades das acadêmicas. Na quinta e última etapa, foi realizada a aplicação na realidade das soluções encontradas e dos conhecimentos discutidos em grupo. A metodologia ativa implementada estimulou a construção do conhecimento de forma significativa, centrada no estudante através da problematização de suas atividades desenvolvidas na UTIN; além de relacionar a teoria diretamente no fazer à beira leito da enfermagem neonatal. As principais problematizações levantadas pelas acadêmicas discorreram sobre: patologias que acometem os recém-nascidos, conhecimento sobre uso de tecnologias em saúde (equipamentos e insumos), aplicação do processo de enfermagem e o desenvolvimento do trabalho em equipe. **Contribuições e implicações para prática:** a utilização de uma metodologia ativa, como estratégia de aprendizagem, pode ser implementada durante a prática clínica de acadêmicos de enfermagem, principalmente quando envolve cuidados complexos em saúde, como é na UTIN. Visto que, exige do acadêmico comprometimento e estudo. A vivência prática proporcionou a aprendizagem significativa através da problematização da realidade com a utilização do arco de magueréz.

Descritores: Aprendizagem Ativa; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Estudantes de Enfermagem.

Referências:

1. Seabra AD, Costa VO da, Bittencourt E da S, Gonçalves TVO, BentoTorres J, Bento-Torres NVO. Metodologias ativas como instrumento de formação acadêmica e científica no ensino em ciências do movimento. Educ Pesqui [Internet]. 2023;49:e255299. Acesso em 07 jul. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1678-4634202349255299>.
2. Ruiz da Silva LA, Junior OP, da Costa PR, Renovato RD, Sales C de M. O Arco de Magueréz como metodologia ativa na formação continuada em saúde. EDU [Internet]. 2º de abril de 2020 [citado 7º de julho de 2023];8(3):41-54. Acesso em 07 jul 2023. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/educacao/article/view/5274>

CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM INTENSIVISTA SOBRE CUIDADOS AVANÇADOS APÓS PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: MAPEAMENTO PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE

MURILLO RIBEIRO DE MATTOS, RAQUEL DE MENDONÇA NEPOMUCENO, DANIELLE DE MENDONÇA HENRIQUE, CAMILA TENUTO MESSIAS DA FONSECA, KARLA BIANCHA SILVA DE ANDRADE, LUANA FERREIRA DE ALMEIDA

Introdução: Mundialmente, no atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR) reafirma-se a importância dos cuidados avançados multimodais após o retorno da circulação espontânea para evitar danos permanentes ao paciente. Salientam-se medidas como a otimização da função cardíaca e pulmonar para garantir a perfusão sistêmica, o controle direcionado de temperatura para recuperação e proteção neurológica, e o manejo da disfunção múltipla de órgãos^{1,2}. Assim, é essencial manter uma equipe assistencial capacitada, porém a literatura aponta uma lacuna de conhecimento teórico-prático da enfermagem sobre a especificidade dessas intervenções. Faz-se necessário identificar esta carência para planejamento de programas de educação permanente a fim de impactar nas taxas de sobrevida e evitar novos episódios³. **Objetivo:** analisar o conhecimento da equipe de enfermagem frente às recomendações técnicas sobre cuidados avançados após parada cardiorrespiratória em unidades de terapia intensiva. **Método:** estudo transversal quantitativo direcionado pelo

Protocolo STROBE. Realizado em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário no Rio de Janeiro, com 37 profissionais de enfermagem, com no mínimo um ano de experiência em assistência direta ao paciente adulto. Os dados foram coletados entre maio e agosto de 2021, usando questionário sobre cuidados recomendados pós-PCR avaliados pela Escala Likert. Posteriormente, armazenados no programa Excel[®], categorizando as questões pelo percentual de acertos; e o conhecimento da equipe de enfermagem foi categorizado como insuficiente (pontuação $\leq 70\%$ de acertos); e suficiente (pontuação acima de 71% de acertos)¹. Pesquisa aprovada sob CAAE: 41871420.3.0000.5282. **Resultados:** do total de participantes, 73% apresentaram conhecimento suficiente, com predomínio entre os enfermeiros (93%), quando comparado aos técnicos (61%). Observou-se menor taxa de acertos ($\leq 50\%$) nas questões sobre o controle direcionado da temperatura e sobre a assistência ventilatória em ambas as categorias. **Conclusão:** foi possível mapear as lacunas do conhecimento de profissionais intensivistas, houve predomínio do conhecimento suficiente pelos enfermeiros. O controle direcionado de temperatura e assistência ventilatória foram as questões com menores taxas de acertos, logo, a meta de proteger o tecido cerebral da lesão isquêmica gerada pela PCR pode ser comprometida, impactando negativamente no tempo de recuperação e na reabilitação pós-alta hospitalar. Como contribuição imediata para a prática, diante da preocupação com os dados evidenciados, pensando na segurança do paciente e nas possibilidades de piora neurológica, criou-se um direcionador de boas práticas após recuperação circulatória para a equipe de enfermagem num modelo de infográfico. Espera-se que os profissionais consultem as ações recomendadas para o paciente durante a sua recuperação até que um treinamento formal seja realizado e que seja útil em outras unidades de terapia intensiva. Esse infográfico possui quatro seções: controle direcionado da temperatura; assistência ventilatória; medidas de suporte geral e medidas para estabilidade hemodinâmica.

Descritores: Parada Cardíaca; Síndrome Pós-Parada Cardíaca; Conhecimento.

Referências:

1. Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, Donnino MW, Drennan IR, Hirsch KG, et al. Part 3: Adult basic and advanced life support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020;142(16_suppl_2):S366-S468. doi: <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000000916>
2. Bernoche C, Timerman S, Polastri TF, Giannetti NS, Siqueira AWS, Pisopo A, et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. *Arq Bras Cardiol*. 2019;113(3):449-663. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20190203>
3. Moura JG, Brito MPS, Rocha GOS, Moura, LTR. The Knowledge and Acting of a Nursing Team from a Sector of Cardiorespiratory Arrest Urgent Care. *Rev Pesqui Cuid Fundam online*. 2020;11(3):634-40. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019>.

ESCALA DE CUBBIN & JACKSON NA AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES NEUROCRÍTICOS

IGOR MICHEL RAMOS DOS SANTOS, MARÍLIA PERRELLI VALENÇA, ISABEL COMASSETTO, GIOVANNA BARBOSA MEDEIROS, BRUNO VINÍCIUS DE ALMEIDA ALVES, CARLOS HENRIQUE SOUZA ANDRADE, MARCELA CRISTINA DOS SANTOS BARROS, GIAN CARLOS RODRIGUES DO NASCIMENTO, DAVI PORFIRIO DA SILVA, GUILHERME OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE MALTA

Introdução: As lesões por pressão (LPPs) são consideradas os eventos adversos mais comuns na assistência ao paciente hospitalizado, causando impactos na qualidade de vida do indivíduo, aumentando o tempo de internação hospitalar e elevando os custos da assistência à saúde. A avaliação de risco se destaca como um recurso fundamental na prevenção dessas

lesões¹. À vista disso, a escala de Cubbin & Jackson foi elaborada especificamente para estratificar o risco de LPPs em pacientes críticos e tem demonstrado ótimas propriedades preditivas nos cuidados intensivos². **Objetivo:** Avaliar o risco de LPP em pacientes neurocríticos, internados na UTI, através da escala de Cubbin & Jackson. **Método:** Estudo transversal realizado em uma UTI neurocirúrgica de um hospital geral, localizado no nordeste brasileiro, durante os meses de agosto a dezembro de 2022, utilizando um questionário com dados sociodemográficos, clínicos e a escala de Cubbin & Jackson a cada 24 horas desde a admissão até alta e/ou o aparecimento da LPP. A escala avalia idade, peso, antecedentes pessoais, pele, estado de consciência, mobilidade, estado hemodinâmico, respiração, necessidades de oxigênio, nutrição, incontinência e higiene, esses itens são pontuados 1 a 4 pontos, classificando os pacientes como alto (≤ 29) ou baixo risco (≥ 30) para desenvolver LPP. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, sob CAAE: 60611922.5.0000.5192. **Resultados:** Dos 53 pacientes neurocríticos, houve uma predominância do sexo feminino destes 54,5% apareceram com LPP e 59,5% não apareceram LPP. A média de idade para os indivíduos que apareceram com LPP foi 61 anos e dos que não apareceram com LPP foi de 52 anos. A raça predominante foi a raça parda com 63,6% dos indivíduos com LPP e 81,0% sem LPP. Quanto aos aspectos clínicos, 100% dos casos de LPP estavam relacionados às causas neurológicas e 88,1% dos que não apresentaram LPP. Em relação avaliação de risco segundo a Escala de Cubbin & Jackson, os indivíduos com alto risco e que desenvolveram LPP representaram apenas 27,3%, no entanto, o baixo risco e com LPP foram 72,7%, já os classificados em baixo risco e não possuía LPP representaram 73,8% dos indivíduos estudados. Quanto à classificação de LPP e região anatômica dos indivíduos, observou-se que 87,5% apareceram com LPP estágio 1 em região sacra, 75,0% possuía LPP tissular profunda em região dos calcâneos e 50,0% desenvolveram LPP estágio 1 ou 2 em região do trocanter, com um valor de p: 0,021. **Conclusão:** A escala de Cubbin & Jackson por meio das 12 categorias investigadas foi capaz de avaliar o risco de LPP em pacientes neurocríticos de terapia intensiva. Desse modo, esse instrumento revelou-se válido aos pacientes de terapia intensiva, tornando-se uma ferramenta útil no rastreamento de LPP pelo enfermeiro intensivista. Contribuições e implicações para prática: A implementação da escala de Cubbin & Jackson nas instituições hospitalares, torna-se necessário, como alternativa de contribuir na prática clínica do enfermeiro e na identificação precoce do risco de LPP dos pacientes críticos de UTI.

Descritores: Lesão por Pressão. Medição de Risco. Unidades de Terapia Intensiva.

Referências:

1. Huang C, Ma Y, Wang C, Jiang M, Foon L, Lv L, et al. Predictive validity of the braden scale for pressure injury risk assessment in adults: A systematic review and meta-analysis. *Nursing open* [internet]. 2021 [cited 2022 mar 10]; 8(5): 2194-2207. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.792>.
2. Higgins J, Casey S, Taylor E, Wilson R, Halcomb P. Comparing the Braden and Jackson/Cubbin Pressure Injury Risk Scales in Trauma-Surgery ICU Patients. *Crit Care Nurse* [internet]. 2020 [cited 2022 mar 11]; 40(6): 52-61. Available from: <https://aacnjournals.org/ccnonline/article-abstract/40/6/52/31230/Comparing-the-Braden-and-Jackson-Cubbin-Pressure?redirectedFrom=fulltext>

RESUMOS EXPANDIDOS

AUTONOMIA DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA: ANALGOSEDAÇÃO GUIADA PELO ENFERMEIRO

Ariane Teixeira

Introdução: Apesar dos inúmeros avanços ocorridos na terapia intensiva, a analgesia e sedação continuam sendo temas complexos com evidente potencial de melhoria nas UTIs dos hospitais brasileiros e ao redor do mundo. Diversos estudos têm apontado a importância do uso de protocolos e escalas de avaliação da analgesia e sedação ou o controle do despertar diário dos pacientes sedados, pois é sabido que poucos pacientes têm indicação do uso de sedação profunda.

O enfermeiro intensivista desempenha um papel fundamental no controle da analgo-sedação sendo o principal responsável pela aplicação e gerenciamento de protocolos assistenciais.

Objetivos: Apresentar um resumo das últimas evidências das melhores práticas no controle da analgo-sedação dos pacientes na unidade de terapia intensiva (UTI).

Desenvolvimento: Ao longo das últimas décadas, houve mudanças substanciais nas abordagens de sedação em unidades de terapia intensiva, com o objetivo de manter os pacientes mais despertos e confortáveis, usando a menor quantidade de sedativos necessária para seu bem-estar e recuperação. Vários estudos destacaram a importância de um uso criterioso de benzodiazepínicos, recomendando a sua administração apenas a pacientes específicos e em doses terapêuticas pelo menor período possível. Isso levou a uma crescente preocupação com a sedação excessiva em pacientes.

A publicação do Dr Kress de 2000 foi pioneira ao apresentar a realização do teste de despertar espontâneo como uma prática capaz de reduzir o tempo dos pacientes em ventilação mecânica. No transcorrer do tempo também surgiram artigos salientando o conceito da analgo-sedação que prioriza o tratamento da dor antes de avaliar a necessidade de sedação, nesse sentido o surgimento da dexmedetomidina pareceu promissor para o controle da dor, redução do tempo em ventilação mecânica e a prevenção de delirium.

O surgimento de publicações sobre a aplicação de *bundles* do tipo A, B, C, D, E, F que agregam cuidados com avaliação, prevenção e manejo da dor, realização de despertar e teste de ventilação espontânea, escolha adequada de analgesia e sedação, avaliação, prevenção e manejo de delirium, mobilização precoce e empoderamento do familiar na UTI revelaram uma preocupação para além da recuperação dos pacientes dentro do contexto hospitalar mas na busca da prevenção e minimização dos indesejados sinais e sintomas da Síndrome Pós Terapia Intensiva.

A introdução de protocolos de sedação e a incorporação do despertar diário emergiram como elementos cruciais na garantia de práticas de cuidados de alta qualidade para pacientes que requerem sedação nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Notavelmente, as diretrizes mais recentes destacam o papel central do enfermeiro como o profissional principal encarregado de liderar essa iniciativa.

Descritores: analgesia, unidades de terapia intensiva, sedação profunda

Referências:

KRESS, John P.; POHLMAN, Anne S.; O'CONNOR, Michael F.; HALL, Jesse B.. Daily Interruption of Sedative Infusions in Critically Ill Patients Undergoing Mechanical Ventilation. **New England Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 342, n. 20, p. 1471-1477, 18 maio 2000. Massachusetts Medical Society. <http://dx.doi.org/10.1056/nejm200005183422002>.

Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, et al. Caring for critically ill patients with the ABCDEF Bundle: results of the ICU liberation collaborative in over 15,000 adults. *Crit Care Med*. 2019;47(1):3-14.

SEO, Yijun; LEE, Hak-Jae; HA, Eun Jin; HA, Tae Sun. 2021 KSCCM clinical practice guidelines for pain, agitation, delirium, immobility, and sleep disturbance in the intensive care unit. **Acute And Critical Care**, [S.L.], v. 37, n. 1, p. 1-25, 28 fev. 2022. The Korean Society of Critical Care Medicine. <http://dx.doi.org/10.4266/acc.2022.00094>.

STOLLINGS, Joanna L.; BALAS, Michelle C.; CHANQUES, Gerald. Evolution of sedation management in the intensive care unit (ICU). **Intensive Care Medicine**, [S.L.], v. 48, n. 11, p. 1625-1628, 29 jul. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-022-06806-x>.

GUIDELINE SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN: O QUE HÁ DE NOVO?

Ana Paula Souza Lima

Introdução:

Pela primeira vez em 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu um relatório sobre a epidemiologia global e o impacto da sepse. Estima-se que, em 2017, ocorreram no mundo 49 milhões de casos de sepse e 11 milhões de mortes relacionadas à sepse, o que representou quase 20% de todas as mortes^{1,2}.

Para frear estes números, representantes internacionais se uniram através da Aliança Global de Sepse para discutir o estado e as limitações das pesquisas até o momento e para identificar abordagens e prioridades da sepse. Uma das principais iniciativas é a Campanha de Sobrevivência à Sepse (CSS), inicialmente desenvolvida pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, que levou ao desenvolvimento de guidelines para o manejo da sepse e choque séptico. Entre os pilares da CSS, destacamos a prevenção, o reconhecimento precoce, o tratamento imediato e a reabilitação³.

Objetivo:

O objetivo desta apresentação é trazer o que vem sendo mais discutido no contexto da sepse.

Desenvolvimento:

A heterogeneidade com que a sepse se apresenta torna o reconhecimento precoce um desafio e faz com que muitos pacientes recebam cuidado tardio, impactando no desfecho destes. Atualmente, a CSS recomenda contra o uso do qSOFA em comparação a SIRS, NEWS e MEWS como ferramenta única de triagem para sepse e choque séptico³. Contudo, na era do aprendizado de máquina, descobriu-se que os sistemas de alerta automatizados têm um efeito benéfico fora da UTI⁴. Um estudo prospectivo recente em vários locais mostrou que um sistema de alerta precoce em tempo real direcionado (TREWS) potencialmente reduziu a mortalidade relacionada à sepse em 3%⁵.

Com relação ao tratamento correto, grande foco é dado ao antibiótico na primeira hora a partir da suspeita ou confirmação de sepse. Contudo, o ILAS traz em sua campanha desde ano uma discussão sobre o assunto com o tema “Antibiótico: muito além da primeira hora”, ou seja, deve-se atentar para a coleta adequada de amostras e tratamento empírico do agente suspeito, diagnóstico microbiológico e molecular, stewardship de diagnóstico, tratamento otimizado do patógeno e uso racional de antimicrobianos⁶. O stewardship de diagnóstico tem como objetivo a otimização de antimicrobianos, e o papel do enfermeiro neste processo era até então citado apenas no controle de infecção. Contudo, a OMS vem expandindo as competências do enfermeiro neste processo e incluiu a identificação do foco de infecção do paciente, o registro de alergias, a administração e o registro das doses de antimicrobianos. No ambiente hospitalar, o papel do enfermeiro inclui a preparação, administração e descarte de antibióticos intravenosos, e tem influência no sucesso do tratamento, desenvolvimento de bactérias resistentes aos antimicrobianos e a exposição dos enfermeiros e meio ambiente aos antibióticos⁷.

A administração de fluidos é um componente importante no tratamento de pacientes gravemente doentes com sepse. Embora o manejo ideal de fluidos permaneça incerto, deve-se

considerar os riscos e benefícios da fluidoterapia em cada fase da doença crítica: ressuscitação, otimização, estabilização, remoção⁸. As atuais evidências sobre fluidoterapia segura apoiam tanto a abordagem restritiva quanto liberal, e sugerem individualizar a ressuscitação volêmica de acordo com o estado do paciente e sua capacidade de resposta⁹. A administração venosa periférica de vasopressor também se mostrou segura, com baixa incidência de extravasamento¹⁰.

Os programas de melhoria no desempenho da sepse estão associados a uma melhor adesão aos pacotes de sepse com uma redução na mortalidade. Um estudo de coorte retrospectivo considerou mais de 1 milhão de admissões por sepse em 509 hospitais norte-americanos e evidenciou redução de mortalidade após a implementação de protocolos de sepse¹¹.

Os sobreviventes de cuidados intensivos muitas vezes apresentam sequelas pós-cuidados intensivos, que são frequentemente reunidas no termo “síndrome pós-cuidados intensivos” (PICS). As consequências das PICS na qualidade de vida, nos custos relacionados com a saúde, bem como as readmissões hospitalares são verdadeiros problemas de saúde pública. Faz-se necessário maior conscientização sobre PICS e acompanhamento mais longo dos sobreviventes da UTI, além de pesquisas que avaliem o efeito de estratégias conduzidas durante a internação para prevenir ou limitar essas sequelas¹².

Conclusão:

Muitas questões relacionadas ao diagnóstico e tratamento da sepse permanecem sem resposta, e o benefício de uma intervenção específica provavelmente depende da identificação do subconjunto adequado de pacientes. Contudo, os pontos relevantes tratados nesta apresentação merecem atenção e cuidado tanto em pesquisas quanto na linha de frente do cuidado.

Descritores: Sepse, Cuidados Críticos

Referências:

1. World Health Organization. Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions. Geneva: World Health Organization; 2020. Available on: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010789>
2. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, Colombara DV, Ikuta KS, Kissoon N, Finfer S, Fleischmann-Struzek C, Machado FR, Reinhart KK, Rowan K, Seymour CW, Watson RS, West TE, Marinho F, Hay SI, Lozano R, Lopez AD, Angus DC, Murray CJL, Naghavi M. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2020 Jan 18;395(10219):200-211. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32989-7.
3. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med*. [Internet]. 2021 [cited Nov 25, 2021];47(11):1181-1247.
4. Zhang, Z.; Chen, L.; Xu, P.; Wang, Q.; Zhang, J.; Chen, K.; Clements, C.M.; Celi, L.A.; Herasevich, V.; Hong, Y. Effectiveness of automated alerting system compared to usual care for the management of sepsis. *NPJ Digit. Med*. 2022, 5, 101
5. Adams, R.; Henry, K.E.; Sridharan, A.; Soleimani, H.; Zhan, A.; Rawat, N.; Johnson, L.; Hager, D.N.; Cosgrove, S.E.; Markowski, A.; et al. Prospective, multi-site study of patient outcomes after implementation of the TREWS machine learning-based early warning system for sepsis. *Nat. Med*. 2022, 28, 1455–1460
6. Campanha Dia Mundial de Sepse 2023. Instituto latino-Americano de Sepse, 2023. Disponível em www.ilas.org.br. Acesso em 19 set 2023.
7. Pheona van Huizen, Lisa Kuhn, Philip L. Russo, Clifford J. Connell, The nurses' role in antimicrobial stewardship: A scoping review, *International Journal of Nursing Studies*. 2020.
8. Zampieri FG, Bagshaw SM, Semler MW. Fluid Therapy for Critically Ill Adults With Sepsis: A Review. *JAMA*. 2023 Jun 13;329(22):1967-1980. doi: 10.1001/jama.2023.7560.
9. National Heart, Lung, and Blood Institute Prevention and Early Treatment of Acute Lung Injury Clinical Trials Network; Shapiro NI, Douglas IS, Brower RG, Brown SM, Exline MC, Ginde AA, Gong MN, Grissom CK, Hayden D, Hough CL, Huang W, Iwashyna TJ, Jones AE, Khan A, Lai P, Liu KD, Miller CD, Oldmixon K, Park PK, Rice TW, Ringwood N, Semler MW, Steingrub JS, Talmor D, Thompson BT, Yealy DM, Self WH.

Early Restrictive or Liberal Fluid Management for Sepsis-Induced Hypotension. *N Engl J Med.* 2023 Feb 9;388(6):499-510. doi: 10.1056/NEJMoa2212663.

10. Kamath, S.; Hammad Altaq, H.; Abdo, T. Management of Sepsis and Septic Shock: What Have We Learned in the Last Two Decades? *Microorganisms* **2023**, 11, 2231. <https://doi.org/10.3390/microorganisms11092231>

11. Kahn JM, Davis BS, Yabes JG, Chang CH, Chong DH, Hershey TB, Martsolf GR, Angus DC. Association Between State-Mandated Protocolized Sepsis Care and In-hospital Mortality Among Adults With Sepsis. *JAMA.* 2019 Jul 16;322(3):240-250. doi: 10.1001/jama.2019.9021.

12. Rousseau AF, Prescott HC, Brett SJ, Weiss B, Azoulay E, Creteur J, Latronico N, Hough CL, Weber-Carstens S, Vincent JL, Preiser JC. Long-term outcomes after critical illness: recent insights. *Crit Care.* 2021 Mar 17;25(1):108. doi: 10.1186/s13054-021-03535-3.

HOCUS POCUS: O ULTRASSOM COMO UM PASSE DE MÁGICA

Ana Paula Souza Lima

Introdução:

O processo de enfermagem é um método científico de solução de problemas, organizado de modo a auxiliar a equipe de enfermagem a abordar, de forma lógica, necessidades apresentadas para os pacientes. A sua aplicação pode favorecer o pensamento crítico e a tomada de decisão que precisa ser efetiva, eficaz, centrada no paciente e segura¹.

A ultrassonografia no local de atendimento (POCUS) vem ganhando destaque na prática do enfermeiro, pois permite a aquisição, interpretação e integração clínica imediata de ultrassonografia imagens realizadas por um profissional responsável pelo cuidado a beira leito do paciente, não sendo limitado a nenhuma especialidade, protocolo ou órgão².

Objetivo:

O objetivo desta apresentação é trazer a aplicabilidade do ultrassom na prática clínica do enfermeiro intensivista.

Desenvolvimento:

Sondas gástricas são comumente usadas para administrar medicamentos para pacientes que não conseguem engolir ou fornecer nutrição diretamente no trato gastrointestinal³. A verificação do posicionamento correto do tubo antes de iniciar a nutrição enteral é absolutamente necessária para evitar complicações como pneumonia por aspiração⁴. A ultrassonografia apresenta vantagens, pois é um exame não invasivo, não expõe o paciente à radiação e a visualização é em tempo real, o que favorece a verificação diária da localização da ponta da sonda, além de permitir o início precoce da dieta⁵.

Uma revisão sistemática encontrou evidências sobre a validade do ultrassom como método eficiente para verificar o posicionamento da sonda nasogástrica, embora não haja evidências suficientes para sugerir que pode ser usado como uma ferramenta de diagnóstico para posicionamento incorreto da sonda gástrica⁶. Ainda assim, se faz necessário mais pesquisas, a fim de construir protocolos seguros de uso do ultrassom como tecnologia confiável de confirmação do tubo de alimentação enteral⁷. Outro apontamento sobre a ultrassonografia gástrica é a avaliação do risco de broncoaspiração de forma qualitativa e quantitativa através da medição da área transversa do antro gástrico e consequente estimativa do volume residual gástrico⁸.

Alguns pacientes críticos podem experimentar um quadro de incapacidade total ou parcial de esvaziamento de bexiga, enquanto outros podem enfrentar problemas no volume urinário drenado por meio de um dispositivo vesical de demora. De modo oportuno, o emprego do ultrassom pelo enfermeiro na identificação do volume urinário surge como um método diagnóstico útil à beira do leito para investigar obstrução de cateter vesical e presença de bexigoma, potencializar o raciocínio clínico e evitar procedimentos de cateterismo desnecessários e detectar retenção urinária, monitorar a produção de urina e nortear a

discussão clínica multiprofissional⁹. Estudos apontam para uma boa acurácia entre o volume vesical medido através da ultrassonografia e o volume drenado através de cateter vesical¹⁰.

Uma proporção substancial de pacientes que se apresentam ao departamento de emergência com dispneia tem uma avaliação incorreta e, conseqüentemente, um cuidado inadequado com prejuízo nos desfechos. Muitas dúvidas surgem sobre o verdadeiro valor do exame clínico nestes pacientes. Nos últimos anos, uma série de estudos demonstraram consistentemente uma boa precisão da ultrassonografia pulmonar. Em pacientes que apresentam dispneia, a facilidade e a abordagem confiável da ultrassonografia de tórax permitiu diferenciar rapidamente com boa reprodutibilidade entre as causas cardiogênicas e não cardiogênicas da dispneia. Estudos sugerem um papel potencial da ultrassonografia pulmonar e apontam para uma boa acurácia desta avaliação realizada por enfermeiros¹¹.

A avaliação do volume intravascular é uma condição bastante desafiadora para o manejo de pacientes críticos. A história clínica e o exame físico fornecem as primeiras informações sobre a volemia. Todavia, ainda que combinados com exames laboratoriais, radiografia de tórax, observação da pressão venosa central e pós-carga cardíaca, esses parâmetros não demonstram precisão e nem confiabilidade suficientes para diagnosticar o real estado do volume intravascular, particularmente em quadros de hipovolemia não associada à perda sanguínea¹².

Nos últimos anos, diante dessas limitações, a ultrassonografia da Veia Cava Inferior (VCI) tem sido amplamente utilizada como método diagnóstico não invasivo do volume intravascular e da predição da fluido-responsividade. A VCI é o meio pelo qual acontece a maior parte do retorno venoso ao coração. É possível considerar que corretas avaliações de seu diâmetro, bem como sua dinâmica durante os ciclos respiratórios, fornecem estimativa aproximada da pré-carga ventricular e, conseqüentemente, da relação desta com a pós-carga e o débito cardíaco¹³. Uma revisão sistemática concluiu que a avaliação do volume intravascular e da fluido-responsividade por meio dos índices ultrassonográficos da veia cava inferior apresenta aplicabilidade e segurança no diagnóstico e no monitoramento da instabilidade hemodinâmica. Entretanto, são necessários estudos de padronização de valores em razão das divergências quanto aos pontos de corte utilizados em cada índice¹⁴.

A punção venosa periférica para instalação de cateter é rotineira entre pacientes hospitalizados para administração de medicamentos, hidratação, hemotransfusão e outros. Contudo, a obtenção do acesso pode ser difícil, especialmente naqueles pacientes em que a visualização e palpação da veia se tornam difíceis. Para aumentar a taxa de sucesso deste procedimento, a ultrassonografia vem se destacando, pois aumenta a taxa de sucesso na primeira tentativa de punção, reduz o número de punções e aumenta a satisfação do paciente¹⁵.

Conclusão:

A ultrassonografia à beira leito realizada pelo enfermeiro vem se mostrando uma ferramenta com maior acessibilidade e alta aplicabilidade na prática intensiva. Ela tem sido útil na identificação e resolução de problemas, para guiar procedimentos, e fundamental na tomada de decisão à beira do leito. Assim, o enfermeiro intensivista pode se beneficiar da integração desta tecnologia em suas práticas clínicas ao cuidar de pessoas gravemente enfermas.

Descritores: Ultrassom, Cuidados Críticos

Referências:

1. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: sistematização da assistência de enfermagem – guia prático. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. 340p.
2. Díaz-Gómez JL, Mayo PH, Koenig SJ. Point-of-Care Ultrasonography. N Engl J Med. 2021 Oct 21;385(17):1593-1602.
3. McLaren S, Arbuckle C. Providing optimal nursing care for patients undergoing enteral feeding. Nurs Stand 2020; 35: 60-65.

4. Taylor SJ, Allan K, Clemente R. Undetected Cortrak tube misplacements in the United Kingdom 2010-17: An audit of trace interpretation. *Intensive Crit Care Nurs.* 2019 Dec;55:102766.
5. Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition. Diretriz BRASPEN de Enfermagem em Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral. *BRASPEN J.*2021; 36 (Supl 3): 2-62.
6. Peng J, Tang M, Liu LL, Chen WT, Ye QH. Diagnostic accuracy of ultrasonography for detecting gastric tube placement: an updated meta-analysis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2022 Sep;26(17):6328-6339.
7. Spala R, Souza Lima AP, Satiko Takemura Matsuba C. Ultrassonografia para confirmação do posicionamento do tubo enteral: Descrição da técnica e confiabilidade do método. *Rev. Enferm. Atual In Derme [Internet].* 9º de janeiro de 2023 [citado 30º de outubro de 2023];97(1):e023008.
8. Bouvet L, Mazoit JX, Chassard D, Allaouchiche B, Boselli E, Benhamou D. Clinical assessment of the ultrasonographic measurement of antral area for estimating preoperative gastric content and volume. *Anesthesiology.* 2011 May;114(5):1086-92.
9. Viana RAPP, Neto JMR. *Enfermagem em terapia intensiva: práticas baseadas em evidências.* 2ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.656p.
10. Schallom M, Prentice D, Sona C, Vyers K, Arroyo C, Wessman B, Ablordeppey E. Accuracy of Measuring Bladder Volumes With Ultrasound and Bladder Scanning. *Am J Crit Care.* 2020 Nov 1;29(6):458-467.
11. Mumoli N, Vitale J, Giorgi-Pierfranceschi M, Cresci A, Cei M, Basile V, Brondi B, Russo E, Giuntini L, Masi L, Cociolo M, Dentali F. Accuracy of Nurse-Performed Lung Ultrasound in Patients With Acute Dyspnea: A Prospective Observational Study. *Medicine (Baltimore).* 2016 Mar;95(9):e2925.
12. Pinho-Gomes AC. Assessing volume status and fluid responsiveness in critical care. *Br J Hosp Med (Lond).* 2018;79(10):597.
13. Blanco P, Volpicelli G. Common pitfalls in point-of-care ultrasound: a practical guide for emergency and critical care physicians. *Crit Ultrasound J.* 2016;8(1):15.
14. Xavier Filho DG et al. Ultrassonografia da Veia Cava Inferior na Avaliação do Volume Intravascular e Fluido-Responsividade em Pacientes Críticos: Uma Revisão Sistemática. *Arq Bras Cardiol: Imagem cardiovasc.* 2021;34(3):eabc193.
15. van Loon FHJ, Buise MP, Claassen JJF, Dierick-van Daele ATM, Bouwman ARA. Comparison of ultrasound guidance with palpation and direct visualisation for peripheral vein cannulation in adult patients: a systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth.* 2018 Aug;121(2):358-366.

HUMANIZAÇÃO NA UTI: COMO REALMENTE COLOCAR EM PRÁTICA

Renata Ventura Ricoy de Souza Castro

O ambiente da terapia intensiva é um setor que oferecer suporte vital de alta complexidade, destinado ao atendimento de pacientes graves e que possuem o máximo de recursos tecnológicos e uma equipe multiprofissional disponível para prestar os cuidados necessários, porém para os paciente e acompanhantes este ambiente é associado a morte que gera medo, angústia e insegurança. Por isso a importância de colocar em prática o cuidado humanizado para minimizar essas dores.

Humanização significa tornar humano, considerar o ser humano como único, ter um cuidado integral com respeito e compaixão. Vale ressaltar que o que é bom para um indivíduo pode não ser para o outro, sendo assim é necessário individualizar as ações, conhecendo o gera valor para o paciente e seu acompanhante.

Existem vários desafios para a implementação desse cuidado como a falta de tempo do profissional de saúde, falta de envolvimento e engajamento da equipe multidisciplinar e falta de recursos disponíveis. Sendo assim é necessário que o gestor esteja envolvido e defenda a importância desse cuidado, que a equipe esteja alinhada, que os familiares e acompanhantes estejam totalmente envolvidos para que possam estabelecer um vínculo de confiança com eles e com o próprio paciente.

Um exemplo de alinhamento com a equipe é o repasse de resultados. Toda equipe precisa estar envolvida e saber se os familiares e pacientes estão satisfeitos ou não com o atendimento prestado. Outro exemplo apresentado são as reuniões diárias de alinhamento com a equipe de enfermagem, chamadas de DDSA, diálogo diário de segurança assistencial.

Reconhecimento dos profissionais homenageados, eventos internos e cuidado com os colaboradores também são extremamente importantes para engajar a equipe. A equipe precisa se sentir cuidada e respeitada para que consigam prestar um cuidado humanizado.

Um exemplo apresentado para auxiliar o envolvimento do acompanhante e escuta direcionada do paciente é o questionário estruturado que é aplicado diariamente pelo enfermeiro supervisor. Dessa forma é possível compreender as necessidades individuais e personalizar as ações.

Alguns exemplos aplicados na terapia intensiva em que eu sou gestora são: os atendimentos religiosos quando solicitado pela família, capela ecumênica com culto ou batizado, lista de pessoas que falam outras línguas (inglês, espanhol, libras), quadro cuidando com o paciente que fica disponível no leito, comemoração de datas especiais como aniversário, dia das mães, dia dos pais e aniversário de casamento, pet terapia, musicoterapia e jardim terapia.

Pode-se concluir que é possível colocar em prática o cuidado humanizado na UTI com uma equipe alinhada e processos descritos, porém a individualização das ações é o que vai gerar valor e conseqüentemente pode auxiliar no tratamento do paciente, melhorar a relação de confiança com a equipe, aumentar autonomia do paciente diante do tratamento prestado, reduzir os quadros delirium, além de melhorar a satisfação e a experiência dele e do acompanhante em um momento tão delicado que é a internação hospitalar.

Descritores: Humanização, Unidades de Terapia Intensiva

Referências:

Abreu DMX de, Araújo LHL de, Reis CMR dos, Lima ÂM de LD de, Santos A de F dos, Jorge AO, et al.. Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2018;27(3):e2017111. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300002>

Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo?. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2005Mar;9(17):389–94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200014>

COSTA, S.C.; FIGUEIREDO, M.R.B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, supl.1, p.571-80, 2009.

Cutler LR, Hayter M, Ryan T. A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013 Jun;29(3):147-57. doi: 10.1016/j.iccn.2012.12.001. Epub 2013 Jan 9. PMID: 23312486.

Egerod I, Bergbom I, Lindahl B, Henricson M, Granberg-Axell A, Storli SL. The patient experience of intensive care: a meta-synthesis of Nordic studies. *Int J Nurs Stud*. 2015 Aug;52(8):1354-61. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.04.017. Epub 2015 May 8. PMID: 25986960.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3 Curitiba: Editora Positivo, 2004, 2120 p.

Kvande ME, Angel S, Højager Nielsen A. “Humanizando cuidados intensivos: uma revisão de escopo (HumanIC).” *Ética em Enfermagem*. 2022;29(2):498-510. doi: 10.1177/09697330211050998

Nascimento, F.J.; Humanização e tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. *Revista Nursing*, 2021; 24 (279): 6035-6039. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i279p6035-6044>

RESOLUÇÃO CFM N° 2.271/2020 -
<https://www.amib.org.br/documentos/resolucao-cfm-no-2-271-2020/#:~:text=Trata%2Dse%20de%20ambiente%20hospitalar,de%20morte%20por%20insufici%C3%Aancia%20org%C3%A2nica>

CASO CLÍNICO: TRANSPORTE DO PACIENTE CRÍTICO - TRAUMA PEDIÁTRICO

Selma de Almeida Pinto

Introdução: o trauma é a principal causa de morbidade e mortalidade na infância e o transporte aeromédico eficaz e especializado desempenha um papel vital na melhoria dos

resultados clínicos e na sobrevivência desses pacientes. **Objetivo:** destacar a importância desse meio de transporte e a necessidade de uma equipe altamente treinada e especializada ao transporte aeromédico de pacientes pediátricos vítimas de trauma. **Método:** relato de experiência baseado no transporte de modal aéreo de um paciente pediátrico do sexo masculino de oito anos de idade com trauma cranioencefálico grave. **Resultados:** o estudo ressalta a importância de uma equipe especializada em transporte de pacientes críticos, principalmente em unidades de terapia aérea.

Palavras-chave: resgate aéreo; trauma pediátrico e transferência de paciente.

Introdução:

O trauma é a causa mais comum de mortes e sequelas na infância. A morbidade e a mortalidade relacionadas a essa doença evitável superam as taxas de todas as principais patologias em crianças e adultos jovens, tornando o trauma o principal problema de saúde pública e assistência médica nessa população¹.

Neste contexto, o transporte aeromédico surge como um recurso fundamental para salvar vidas, especialmente no caso de pacientes pediátricos vítimas de trauma. O transporte inter-hospitalar por via aérea é considerado o meio mais eficaz para transferir pacientes que sofreram acidentes em áreas com recursos limitados, permitindo seu rápido deslocamento para centros de referências em trauma em comparação com o transporte terrestre. Isso resulta em uma redução da mortalidade e um aumento significativo na sobrevivência².

Além disso, o transporte aeromédico é amplamente reconhecido como parte integrante dos sistemas de saúde em todo o mundo. No âmbito do Brasil, muitos desafios permeiam o transporte aeromédico. Esses estão relacionados à extensão continental do país, distância e difícil acesso a serviços de referências e condições aeroportuárias que podem interferir na logística da operação, assim como, nas condições clínicas do paciente³.

Pacientes gravemente enfermos devem ser acompanhados por, no mínimo, dois profissionais de saúde especializados e com expertise no atendimento dos pacientes críticos. É imperativo que o nível de cuidados prestados durante o transporte seja igual e/ou superior ao da origem. Ressalta a responsabilidade da equipe de transporte proporcionar conforto e prevenir lesões adicionais, garantindo um atendimento seguro e de qualidade em todas as fases do cuidado⁴. Segundo JOSEPH et al⁵ transportes com equipe especializada em cuidados intensivos pediátricos estão normalmente relacionados a melhores desfechos.

Considerando a relevância do tema e os desafios do transporte aeromédico, questionou-se: quais as evidências atuais acerca de transporte aeromédico de pacientes pediátricos vítimas de trauma.

Esse estudo justificou-se pela alta prevalência do trauma, associado à sua mortalidade e morbidade na faixa etária pediátrica.

Método: este estudo consiste em um relato de caso ou relato de experiência, realizado por uma equipe de voo, composta por um médico e uma enfermeira que realizaram um transporte aeromédico pediátrico. A pesquisa de literatura científica foi realizada por meio de buscas dos artigos no Portal Capes, Biblioteca Virtual em Saúde; bases eletrônicas de dados U.S. National Library of Medicine (PubMed), Science Direct e SCOPUS. Para identificar os artigos pertinentes, foram utilizados os seguintes descritores controlados: resgate aéreo, trauma pediátrico e transferência de paciente. Os critérios de inclusão foram definidos como artigos publicados em português e inglês no período compreendido entre janeiro de 2019 e outubro de 2023. Essa revisão da literatura foi apresentada para aprofundar a compreensão das melhores práticas e desafios associados ao transporte aeromédico pediátrico em situações de trauma.

Resultados: relato de caso de um paciente do sexo masculino de oito anos de idade com história de trauma cranioencefálico (TCE) grave após queda da bicicleta. Devido à necessidade de recursos especializados, foi solicitado um transporte aeromédico de urgência para transferir a criança de uma cidade do interior de Minas Gerais para Belo Horizonte, MG. De acordo com o relato da médica assistente da origem, o paciente foi admitido na unidade hospitalar com um TCE, Escala de Coma de Glasgow (ECG) de 12 e intubação endotraqueal. Ele estava sob ventilação mecânica com FiO_2 de 30% e PEEP de 5. A tomografia computadorizada revelou um hematoma subdural com desvio da linha média. Apresentava os seguintes sinais vitais: Frequência Respiratória (FR): 16 ipm, Frequência Cardíaca (FC): 60 bpm, Pressão Arterial (PA): 110/70 mmHg e Saturação Periférica de Oxigênio (SpO_2): 99%. O paciente tinha dois acessos venosos periféricos, sonda nasogástrica e sonda vesical de demora. Em uso de midazolam e soroterapia por via intravenosa. Devido às restrições para operações noturnas no aeroporto, a criança foi transferida por ambulância terrestre e acompanhada pela equipe de origem até a cidade mais próxima com disponibilidade de balizamento noturno. Na pista do aeroporto, a equipe de transporte aeromédico assumiu o cuidado do paciente. Na avaliação inicial, a criança mantinha os seguintes sinais vitais: FR: 16 ipm, FC: 60 bpm, PA: 121/58 mmHg e a SpO_2 : 100%. Foram realizadas condutas iniciais como: avaliação focada no trauma pediátrico, seguindo as diretrizes do *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*; substituição dos equipamentos de infusão das soluções intravenosas; monitorização dos parâmetros vitais, incluindo temperatura axilar ($37,4^\circ C$), glicemia capilar (166 mg/dl) e capnografia (32 mmHg); ajuste do ventilador mecânico e transferência do doente para maca da aeronave. Durante o transporte aéreo, a criança foi monitorada continuamente com foco na lesão encefálica e nas possíveis interferências da fisiologia de voo. Foi seguindo as recomendações da *Commission on Accreditation of Medical Transport Systems*⁶ (CAMTS). Paciente manteve a estabilidade clínica até a transferência dos cuidados para a equipe de destino.

Conclusão: este estudo de caso ilustra a importância do transporte aeromédico no atendimento de pacientes pediátricos vítimas de trauma, enfatizando a necessidade de uma equipe altamente treinada e capacitada para garantir uma assistência segura e de qualidade. O transporte inter-hospitalar aéreo emergencial desempenha um papel vital na redução da mortalidade e no aumento da sobrevivência, permitindo a transferência eficiente de pacientes para centros de referência em trauma. Uma abordagem sistemática, seguindo as diretrizes do ATLS e as recomendações do CAMTS, contribuiu para a estabilidade clínica do paciente durante o transporte aéreo. No entanto, os desafios logísticos e clínicos específicos ao transporte aeromédico em um país de extensão continental, como o Brasil, destacam a necessidade de um planejamento cuidadoso e contínuo aprimoramento desse serviço para garantir o melhor atendimento possível a pacientes pediátricos em situações de trauma. Portanto, enfatiza a importância da expertise da equipe e do comprometimento com as melhores práticas no transporte aeromédico pediátrico para melhorar os resultados clínicos e aumentar a sobrevivência desses pacientes.

Descritores: resgate aéreo; trauma pediátrico e transferência de paciente.

Referências:

- 1- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. ATLS – **Advanced Trauma Life Support for Doctors**. 10. ed. Chicago: Committee on Trauma, 2018.
- 2- CHOI, Pamela M. et al. Air transportation over-utilization in pediatric trauma patients. **Journal of pediatric surgery**, v. 56, n. 5, p. 1035-1038, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33008637/>. Acesso em: 31 out 2023.
- 3- DIAS, Carla Pena et al. The interdisciplinary team experiences of managing patient safety during a fixed-wing inter-hospital aeromedical transport: A qualitative study. **International Emergency Nursing**, v. 58, p. 101052, 2021.

- 4- SPOELDER, E. J. et al. Transport of the patient with trauma: a narrative review. **Anaesthesia**, v. 77, n. 11, p. 1281-1287, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36089885/>. Acesso em: 30 out 2023.
- 5- JOSEPH, Allan M. et al. Helicopter versus ground ambulance transport for interfacility transfer of critically ill children. **The American Journal of Emergency Medicine**, v. 61, p. 44-51, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9783622/>. Acesso em 31 out 2023.
- 6- COMMISSION ON ACCREDITATION OF MEDICAL TRANSPORT SYSTEMS. Disponível em: <https://www.camts.org/>. Acesso em 31 out 2023.

BUNDLE ABCDEF: ENTENDENDO ESSA SOPA DE LETRINHAS

Erika Azevedo Portes

Introdução:

Há pouco mais de 25 anos o objetivo da equipe multiprofissional de Terapia Intensiva era impedir a morte dos pacientes gravemente enfermos e internados na UTI. Hoje, com os avanços científicos, tecnológicos e o seguimento dos pacientes após a alta, compreende-se que não basta evitar a morte ou um desfecho ruim, precisa-se recuperar o paciente em todas as dimensões do ser humano. Para que isso aconteça, entre outras inúmeras variáveis, precisa-se diminuir as complicações advindas da patologia de base e àquelas associadas à internação em UTI. Diante desse contexto, a *Critical Care Society* inaugurou um programa para abreviar o tempo de permanência do paciente na UTI e melhorar o desfecho do paciente, minimizando as complicações pós alta da UTI e pós alta hospitalar. Assim a *Critical Care Society* publicou em 2013 uma proposta de pacote de medidas/intervenções (*bundle*) embasado em estimulação física e cognitiva com foco no paciente, objetivando fundamentalmente reduzir a incidência e a gravidade da síndrome pós UTI. A síndrome pós UTI reduz a capacidade cognitiva e aumenta a morbidade dos pacientes e a mortalidade mesmo após um ano de alta da UTI. Esse *bundle* e a descrição do protocolo é representado pelo mnemônico ABCDEF.

Objetivo:

Compreender o ABCDEF e sua importância na recuperação integral do paciente criticamente enfermo.

Desenvolvimento:

A letra A - Avaliação, prevenção e manejo da dor consiste em uma avaliação criteriosa da dor do paciente com base em escalas validadas como a Escala Numérica da dor - NRS (1-10) e CPOT (*Critical Care Pain Observation Tool*) para pacientes inconscientes, por exemplo. É importante considerar que a dor ocorre em repouso em 30% dos pacientes e em mais de 50% deles em procedimentos de rotina, como banho, troca de curativos, coleta de sangue arterial, mudança de decúbito e aspiração traqueal. Apesar de a dor ser um parâmetro subjetivo, ela varia quanto à temporalidade e origem, percepção e tolerabilidade e pior desfecho do paciente, exigindo a utilização de estratégias multimodais para seu manejo. Com o cuidado para que a analgesia não seja insuficiente, mas que também não provoque mais danos ao paciente. A letra B consiste nos testes de despertar espontâneo e de respiração espontânea coordenadamente. Pacientes devidamente analgesiados toleram uma superficialização da sedação, que pode melhorar a chance de manter respiração espontânea ou de uma progressão mais assertiva e necessária do desmame ventilatório, já que o desmame representa quase 2/3 do tempo de ventilação mecânica dos pacientes. A letra C- compreende a escolha da analgesia e sedação, com foco nas melhores evidências disponíveis e no uso da farmacologia das drogas servindo ao objetivo de cada paciente. O uso de benzodiazepínicos está associado a maior incidência de delirium e de falhas de extubação traqueal. Os estudos atuais apontam para o uso de dexmedetomidina ou propofol como sedativos de escolha, e para a prioridade

em garantir uma analgesia adequada antes da sedação, para que essa possa ser guiada de acordo com a necessidade do paciente, evitando sobredosagens de sedativos e as complicações decorrentes. A letra D- Identificação e manejo do delirium consiste na educação da equipe para o diagnóstico precoce do delirium, e no seu manejo ainda na UTI. De acordo com o DSM-5, delirium é um distúrbio agudo da consciência, de caráter flutuante, que não é explicado por doença neurológica preexistente e que não ocorre no contexto de uma redução essencial do despertar, como no coma. Então obrigatoriamente delirium implica em alteração do estado mental de forma aguda e flutuante mais inatenção e pensamento desorganizado ou alteração do nível de consciência. Delirium acomete cerca de 80% dos pacientes internados em UTI e sua ocorrência aumenta o tempo de ventilação mecânica, de permanência na UTI e de internação hospitalar, aumenta a institucionalização e morbidade, aumenta a mortalidade tanto no hospital como em 1 ano após a alta e reduz a função cognitiva do paciente. O mecanismo fisiopatológico do delirium está associado à diminuição da produção e transporte de neurotransmissores e ao sistema colinérgico, com redução da produção e transmissão de acetilcolina. Além disso, o uso de benzodiazepínicos, a contenção física, o estado de confinamento e imobilização prolongada a que estão sujeitos os pacientes criticamente enfermos, aumentam a ocorrência de delirium. Contudo, o delirium também pode ser consequência direta de uma condição clínica e pode ser induzido por disfunção orgânica aguda e o tratamento da patologia é importantíssimo para reduzir a incidência, a gravidade e a duração do delirium. O uso de antipsicóticos como haloperidol ou ziprasidona está indicado para tratamento do delirium, entretanto não há estudos de alta qualidade que demonstrem um benefício desses ou de outros medicamentos profiláticos para o delirium na população geral da UTI. A letra E se refere a mobilização precoce do paciente, essa mobilização otimiza a sua recuperação, diminui a ocorrência dos mecanismos inflamatórios, melhora a polineuropatia do paciente, diminuindo a incidência de delirium, diminuindo o tempo de permanência na UTI, melhorando o desfecho. Por último, mas igualmente importante, a letra F- representa o fortalecimento e envolvimento da família no processo de tratamento do paciente gravemente enfermo. O pacote ABDCEF, inicialmente ABCDE, evoluiu para incluir o envolvimento familiar – Letra F, já que nenhum plano terapêutico está completo sem a incorporação de desejos, preocupações, perguntas e participação da família. Por meio dessa parceria, as preferências dos pacientes podem ser identificadas, a ansiedade das famílias pode ser diminuída, e a equipe pode ter a devida contribuição para as decisões. A presença de familiares é benéfica, as famílias relatam aumento nos sentimentos de inclusão, respeito e melhor compreensão do cuidado de seus entes queridos. Alguns estudos sugerem que uma comunicação assertiva com os familiares pode reduzir o tempo de permanência na UTI para aqueles pacientes cujo desfecho é o óbito, com significativa redução de terapias fúteis.

Conclusão:

As evidências científicas atuais apontam que as práticas de avaliação e manejo da sedoanalgesia são heterogêneas e não empregam medidas não farmacológicas de conforto, estando distantes de uma abordagem multimodal como indicado. A associação de educação e treinamento da equipe multiprofissional aumenta a conformidade com o *bundle* e melhora os resultados dos pacientes na UTI (mortalidade na UTI e hospital, tempo de VM, alta hospitalar). Entretanto, a adesão ao *bundle* não se associou a uma menor prevalência da Síndrome pós-uti, embora a mortalidade aos 6 meses foi menor nos centros com maior adesão ao *bundle*.

Referências:

Anderson BJ, Mikkelsen ME. Bringing the ABCDEF bundle to life and saving lives through the process. Crit Care Med. 2017 Feb;45(2):363–5.

Balzer F, Weib B, Kumpf O, Treskatsch S, Spies C, Wernecke KD, et al. Early deep sedation is associated with decreased in-hospital and two-year follow-up survival. *Crit Care*. 2015 Apr;19:197.

Daisuke Kawakami, et al. Evaluation of the Impact of ABCDEF Bundle Compliance Rates on Postintensive Care Syndrome: A Secondary Analysis Study. Society of Critical Care Medicine and Wolters Kluwer Health, Inc. All Rights Reserved 2023. vol 51. N 00.

Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018 Sep;46(9):e825–73.

Faust AC, Rajan P, Sheperd LA, Alvarez CA, McCorstin P, Doebele RL. Impact of an analgesia-based sedation protocol on mechanically ventilated patients in a medical Intensive care unit. *Anesth Analg*. 2016 Oct;123(4):903–9.

Gélinas C. Pain assessment in the critically ill adult: recent evidence and new trends. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016 Jun;34:1–11.

Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF bundle in critical care. *Crit Care Clin*. 2017 Apr;33(2):225–43.

Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S. Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses*. 2011 Dec;12(4):230–50.

Pandharipande PP, Ely EW, Arora RC, Balas MC, Boustani MA, La Calle GH, et al. The intensive care delirium research agenda: a multinational, interprofessional perspective. *Intensive Care Med*. 2017 Sep;43(9):1329–39.

Ribeiro CJN, Araújo ACS, Brito SB, Dantas DV, Nunes MS, Alves JAB, et al. Pain assessment of traumatic brain injury victims using the Brazilian version of the behavioral pain scale. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018 Mar;30(1):42–9.

Sakata RK. Analgesia and sedation in intensive care unit. *Rev Bras Anestesiol*. 2010 Nov–Dec;60(6):653–8.

Society of Critical Care Medicine: ICU Liberation Collaborative. 2018. Available at: <https://www.sccm.org/Clinical-Resources/ICULiberation-Home/Get-Started>. Accessed July 1, 2020

A VALORIZAÇÃO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA - NOSSA HISTÓRIA: AONDE CHEGAMOS...

Carmen Maria Lazzari

Introdução: A Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal – ABENTI representa os enfermeiros intensivistas brasileiros, promove a integração e o intercâmbio de conhecimentos e experiências entre os mesmos e, além disso, promove a outorga do Título de Enfermeiro Especialista em Terapia Intensiva, mediante aprovação no processo de Certificação Profissional de provas e título, organizada pela Comissão de Titulação de Enfermeiros Especialistas em Terapia Intensiva.

Objetivo: mostrar à comunidade de enfermeiros intensivistas a trajetória de nossa sociedade: ABENTI e seus propósitos.

A história da ABENTI e da CERTIFICAÇÃO

A ABENTI foi fundada em 2009, durante o XIX Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva-CBIMI em SP, com a presença, apoio e desejo de 36 enfermeiros intensivistas. Em fevereiro/2010 foi registrada como associação e seu estatuto concluído e registrado em dezembro/2010.

Em julho de 2012, a ABENTI obteve no COFEN o registro como entidade representante dos enfermeiros intensivistas na área Adulto, Pediatria e Neonatologia, com o propósito de promover a integração e o intercâmbio de conhecimentos e experiências entre os enfermeiros da terapia intensiva em todo o território nacional e internacional, divulgando o trabalho desta classe. A partir de então passou a ser a entidade Certificadora, que estabelece padrões e procedimentos metodológicos para a certificação profissional do enfermeiro intensivista, em consonância com os parâmetros estabelecidos pelo Repertório Nacional de Qualificações Certificáveis. Este é um processo negociado pelas representações dos setores sociais e regulado pelo Estado, onde participam instituições PÚBLICAS ou PRIVADAS que

implementam processos de identificação, avaliação e validação dos conhecimentos, saberes, competências, habilidades e aptidões profissionais do(a) trabalhador(a), desenvolvidos em processos de aprendizagem formal ou informal.

O certificado de formação profissional é importante porque é uma forma de reconhecimento profissional. Demonstra o compromisso do enfermeiro em se especializar em uma área altamente complexa da prática da enfermagem, contribui para a promoção de cuidados de qualidade e segurança, bem como fortalece a confiança dos pacientes e suas famílias na equipe de enfermagem.

Entre os resultados esperados de um enfermeiro certificado estão o aumento da satisfação do paciente e a redução do tempo para tratamento e de internação, custos e mortalidade na terapia intensiva.

O processo de certificação profissional deve conjugar TÉCNICAS e INSTRUMENTOS de avaliação diversificados, adaptados às especificidades do(a) trabalhador(a) e às diferentes exigências de desenvolvimento do mundo do trabalho.

Processos de Certificação

De 2011 a 2015, a certificação foi realizada por Proficiência (para enfermeiros com mais de 10 anos de experiência e avaliação curricular) e, por Prova Teórica e avaliação curricular. Em 2016 é suspensa a obtenção do Título por Proficiência (decisão de assembleia) sendo acrescentada uma prova de habilidades/atitudes à prova teórica. Desde então, uma prova TEÓRICA e PRÁTICA é realizada anualmente durante o Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva (CBMI) com exceção do ano 2020 (auge da pandemia de COVID-19). Além destas, foi realizada prova de certificação durante o IV Simpósio Internacional de Enfermagem em Terapia Intensiva em BH/MG (2018) e I CIETI em São Luís/MA (2019). Devido ainda à pandemia, em 2021, o processo de certificação, com prova teórica e prática, foi realizado de forma on-line.

Segue quadro com número de titulados, por área de atuação, desde a criação da ABENTI:

ANO	PROFICIÊNCIA	NEO	PED	ADULTO
2011	3	-	1	23
2012	15	8	5	32
2013	10	12	7	28
2014	6	2	4	18
2015	13	13	6	25
2016	-	4	3	14
2017	-	2	2	26
2018	-	9	8	28
2019	-	2	6	15
2020(pandemia)	-	-	-	-
2021(on-line)	-	4	3	31
2022	-	-	-	15
TOTAL (403)	47	56	45	255

Para usar o título de Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva é necessário fazer o registro no COFEN, conforme Resolução **COFEN 0581/2018**: “Art. 1º O Enfermeiro deverá, obrigatoriamente, promover o registro de seus títulos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto*

sensu, este último na modalidade profissionalizante, no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.”

Deve ser solicitado o registro junto ao respectivo COREN, via requerimento, anexando o CERTIFICADO e o EDITAL da prova.

Trajatória da Enfermagem em Terapia Intensiva nos últimos 20 anos

Em 2003, no congresso Sul Brasileiro de Terapia Intensiva, surge a proposta de fortalecer o Departamento de Enfermagem na AMIB e organizar a enfermagem em terapia intensiva brasileira. A partir de então, fóruns de Enfermagem em Terapia Intensiva foram realizados (2004, 2006, 2008, 2010 e 2012). Em 2013, o fórum deu espaço para o I Simpósio Internacional de Enfermagem em Terapia Intensiva (SP), II (2015/SP), III (2017/POA) e IV (2018/BH). Este último com a participação de cerca de 600 enfermeiros, estudantes, educadores e profissionais da área da saúde. E, no ano seguinte (2019/SL) foi realizado o I Congresso Internacional de Enfermagem em Terapia Intensiva-CIETI, com aproximadamente 800 participantes. Trajetória interrompida pela pandemia. Somente neste ano de 2023 é realizado o II CIETI, com a colaboração da ExpoHospital. Em 2024 será realizado o III CIETI juntamente com o 9º. Congresso Latinoamericano da Federação Latino Americana de Enfermagem em Cuidados Intensivos-FLECI, em POA/RS.

Conclusão: A valorização, o reconhecimento e o respeito ao enfermeiro intensivista têm ficado cada vez mais visíveis. São profissionais altamente capacitados, com conhecimento especializado e habilidades aprimoradas. Porém, necessitam estar constantemente se aprimorando, habilitados a novas tecnologias e novos saberes.

Descritores: Enfermeiro intensivista; certificação profissional; prova especialista.

LOOPS E CURVAS: COMPREENDENDO AS CURVAS DO VENTILADOR

Allan Peixoto de Assis

Introdução: A análise dos loops e das curvas de ventilação mecânica (VM), são aspectos pertencentes à competência do enfermeiro voltada para a monitorização ventilatória, permitindo assim avaliar a interação paciente-ventilador, as falhas no sistema de ventilação, a necessidade de realizar uma intervenção no paciente e a necessidade de realizar ajustes dos parâmetros ventilatórios. Segundo as diretrizes brasileiras de VM de 2013 e a Resolução 639 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de 2020, cabe ao enfermeiro, no contexto da sua prática, a monitorização, o registro, a checagem de alarmes, o ajuste e o manejo dos parâmetros da VM, fazendo parte do seu escopo de atividades a análise e interpretação gráfica dos loops e das curvas de VM, quando realiza o processo de enfermagem a beira leito, ou seja, a avaliação clínica, o diagnóstico de enfermagem, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem. **Objetivo:** Descrever como se dá a interpretação dos loops e curvas de VM no paciente adulto. **Desenvolvimento:** A primeira forma de avaliação gráfica da VM e mais utilizada dá-se por meio das curvas de ventilação por tempo, quais sejam: fluxo x tempo, pressão x tempo e volume x tempo. Estas curvas representam respectivamente o padrão de velocidade do ar que entra e sai das vias aéreas (fluxo), o padrão pressórico exercido pelo ar nas vias aéreas e o padrão volumétrico (volume) de ar que enche os pulmões ao longo do tempo (eixo “x”). O tempo normalmente se apresenta em segundos (s). Por meio da análise destas curvas é possível avaliar o status de enchimento e esvaziamento pulmonar, se existem excessos/insuficiências de ajustes ou ainda se existem assincronias ventilatórias. É possível também por meio da análise das curvas de pressão e fluxo x tempo, avaliar qual a modalidade ventilatória o paciente se encontra, se é a pressão ou a volume, pois na modalidade “Ventilação com Pressão Constante ciclada a Tempo” - PCV, a curva de pressão

assume um formato constante (ou quadrado), devido ao valor fixo deste parâmetro atribuído ao operador e a curva de fluxo, como é livre, assume um formato variável, fazendo uma convexidade da alça inspiratória. Já na modalidade “Ventilação Ciclada a Volume” - VCV, a curva de pressão não é constante (não é quadrada), variando sua amplitude ao longo do tempo e a curva de fluxo é constante e sem convexidade, podendo assumir um formato quadrado da sua alça inspiratória, pois o fluxo em VCV é uma configuração fixa. Também é possível avaliar pela curva de pressão x tempo quando o paciente assiste a ventilação mecânica, ou seja, quando o paciente dispara a fase inspiratória. Este evento representa-se graficamente por uma deflexão negativa da curva de pressão no seu ponto de disparo, já que a contração diafragmática do paciente gera uma pressão negativa na via aérea, que pode ser detectada no gráfico e chega a ativar a sensibilidade ajustada pelo operador. As principais alterações ou falhas ventilatórias identificáveis das curvas de fluxo, pressão e volume x tempo são a presença de líquidos condensados ou secreções em vias aéreas, fuga aérea e auto-PEEP. Na presença de condensação do circuito e secreções em vias aéreas é possível identificar um “serrilhamento” nas linhas das curvas de fluxo e pressão, correspondentes ao circuito acometido, se é inspiratório ou expiratório. As fugas aéreas por vazamento do sistema de ventilação, seja no CUFF, no circuito ou em alguma conexão, aparecem graficamente como uma perda de continuidade da alça exalatória da curva de volume. A auto-PEEP, um evento perigoso em que o paciente não está exalando por completo o ar dos pulmões, surge como uma impossibilidade da alça exalatória da curva de fluxo encostar em zero, mostrando que o ar exalado pode estar sendo “empilhado” cumulativamente na via aérea do paciente, levando a uma hiperinsuflação dinâmica do pulmão com diversos riscos associados. No que concerne a análise dos loops, estas são representações gráficas das curvas de VM sem considerar o tempo, mostrando uma associação entre dois parâmetros do conjunto pressão, volume e fluxo que se fecham em duas alças, uma alça inspiratória e outra expiratória. Por meio do loop volume x pressão é possível acompanhar os seguintes eventos fisiológicos: recrutamento alveolar, ventilação alveolar de unidades previamente abertas e hiperdistensão alveolar. A transição da fase de recrutamento alveolar para a fase de ventilação dos alvéolos abertos é representada pelo ponto de inflexão inferior (PII) da curva inspiratória e da fase de ventilação alveolar para a fase de hiperdistensão, pelo ponto de inflexão superior (PIS) desta mesma curva. Quando a alça expiratória retorna a zero no gráfico, ela deve unir-se à alça inspiratória, fechando o loop. É possível avaliar no loop volume x pressão, quando o paciente está em modo controlado, assisto-controlado ou espontâneo. No modo controlado (paciente passivo), as alças fazem o loop encontrando-se em zero, sempre no sentido anti-horário e positivo do gráfico, já no modo assisto-controlado, o loop se apresenta como um “número 8”, fazendo uma volta no lado negativo do gráfico, no sentido horário e uma outra volta no lado positivo de gráfico no sentido anti-horário. No modo espontâneo, as alças também se encontram como no modo controlado, porém em sentido sempre horário. O loop volume x pressão possibilita ainda uma análise gráfica da complacência do sistema respiratório, pois concebendo que este loop encontra-se entre um eixo “y” de volume e um eixo “x” de pressão, quanto maior a complacência (mais volume dentro do sistema com pressões menores), mais próximo de “y” vai estar o loop e quanto menor a complacência (menos volume dentro de um sistema às custas de altas pressões), mais próximo de “x” vai estar o loop. Além disso, é possível estimar a resistência de vias aéreas pelo loop volume x pressão, pois quanto maior a resistência das vias aéreas, maior dar-se-á a distância entre as alças inspiratória e expiratória do loop. O loop que associa as curvas de fluxo x pressão tem o fluxo como eixo “y” e o volume como eixo “x”, estando estes eixos perpendiculares com o loop formando-se ao meio, a fase inspiratória projetando-se acima de zero e a fase expiratória abaixo de zero. Por meio deste loop é possível diagnosticar aumento de resistência de vias aéreas quando a alça

exalatória fecha o loop com uma curva convexa, vazamentos do sistema, quando a alça exalatória não fecha o loop em zero e sim depois, auto-PEEP quando a alça exalatória não fecha o loop em zero e sim antes de zero e líquidos condensados e secreções, quando a alça exalatória apresenta-se em padrão serrilhado. **Conclusão:** A VM como um suporte de vida do paciente crítico é um tratamento que deve ser administrado e monitorado visando reverter a insuficiência respiratória de forma segura e livre de danos. O enfermeiro possui competências específicas em relação a VM, principalmente na sua implementação, monitorização e ajustes. As curvas e os loops são informações gráficas da mecânica ventilatória capazes de auxiliar na avaliação de modos, modalidades, problemas clínicos e tomadas de decisão à beira leito.

Descritores: ventilação mecânica, monitorização, enfermagem

Referências:

Barbas CSV, Ísola AM, Farias AMC, Cavalcanti AB, Gama AMC, Duarte ACM, et al. Brazilian recommendations of mechanical ventilation 2013. Part I. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2014
Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 639. 2020
Valiatti, Jorge Luis dos Santos. Ventilação mecânica: fundamentos e prática clínica. Loops e curvas da ventilação mecânica. Segunda edição - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

OS 10 PRINCIPAIS RISCOS RELACIONADOS ÀS TECNOLOGIAS EM SAÚDE PARA 2023

Vanessa Pareja Coelho

INTRODUÇÃO

Anualmente, o ECRI – Emergency Care Research Institute elabora um relatório descrevendo os 10 principais riscos relacionados às tecnologias em saúde que merecem maior cuidado para o próximo ano. Trata-se de uma organização independente sem fins lucrativos empenhada na segurança, qualidade e relação custo-benefício dos cuidados de saúde. Foi fundada em 1968 a partir da trágica morte de uma criança em uma sala de urgência da Filadélfia causada pela falha de um dispositivo médico - reanimador. São mais de 50 anos fornecendo soluções de tecnologia e orientação baseada em evidências para tomadores de decisão de saúde em todo o mundo.

Os tópicos escolhidos pelo ECRI não são necessariamente os problemas relatados com maior frequência ou associados a consequências mais graves, mas são aqueles que refletem uma opinião sobre quais riscos devem receber uma atenção de forma mais imediata visando auxiliar os profissionais de saúde assim como os fabricantes de dispositivos e equipamentos a priorizarem seus esforços na segurança do paciente.

OBJETIVO

O relatório é uma importante ferramenta para prevenir danos. A utilização segura das tecnologias em saúde – desde dispositivos simples até sistemas de informação complexos possibilita identificar possíveis falhas auxiliando na tomada de decisão reduzindo o risco de ocorrência de eventos adversos. Conhecer os riscos inerentes aos tópicos relacionados nesta edição permite gerenciá-los de forma eficiente e eficaz, garantindo assistência de qualidade, melhoria de processos com implantação de barreiras minimizando riscos, redução de custo, menor incidência de erros e acima de tudo proporcionar maior segurança ao paciente.

DESENVOLVIMENTO

Os tópicos descritos no relatório estão relacionados a problemas que resultam dos riscos inerentes à utilização de certos tipos ou combinações de tecnologias médicas. São nomeados tendo como base a investigação de incidentes e revisão de literatura e a definição final é estabelecida considerando alguns fatores tais como: probabilidade de gerar dano grave,

frequência de ocorrência, dificuldade no reconhecimento do problema, perfil público, abrangência e evitabilidade. Portanto, os 10 principais riscos relacionados às tecnologias em saúde para 2023 são:

TOP 1: Lacunas sobre recalls em dispositivos médicos de uso domésticos causam confusão e danos ao paciente

Informações precisas e compreensíveis sobre recall de tecnologias médicas muitas vezes não chegam aos pacientes que usam esses dispositivos em casa. Os fabricantes de dispositivos raramente têm comunicação direta esses pacientes e como resultado, os pacientes que usam dispositivos médicos em casa podem ter conhecimento de um recall – e das etapas necessárias para garantir o uso seguro – muito depois de ele ter sido emitido ou através de uma fonte não confiável, como um comercial de televisão, uma ação coletiva ou por meio da mídia social.

Mesmo que os pacientes recebam uma notificação, a linguagem pode ser repleta de jargões e termos técnicos dificultando o entendimento em determinar se o seu dispositivo está afetado ou o que fazer a respeito. Sem uma compreensão clara dos riscos, os pacientes podem ser prejudicados por continuarem a utilizar um dispositivo inseguro ou por interromperem inadequadamente a sua utilização, cujos benefícios superam os riscos.

TOP 2: Crescente número de dispositivos médicos de uso único com defeito expõe o paciente a riscos

Os dispositivos médicos de uso único – desempenham um papel importante no cuidado do paciente e temos observado que um número inaceitavelmente elevado de dispositivos médicos descartáveis defeituosos continua a estar presente nessa assistência. Alguns exemplos de relatos: tubos e conectores rachados; esterilidade comprometida de agulhas, cateteres e kits de procedimentos; e rotulagem incorreta do produto.

Como resultado, os produtos defeituosos podem ter um impacto amplo e negativo no atendimento ao paciente, causando atrasos e aumentando os custos – e, o que é mais preocupante, contribuindo para danos ou morte do paciente em algumas circunstâncias.

As instituições de saúde podem mitigar esses riscos encorajando os profissionais de saúde a notificar produtos defeituosos; rastrear o uso do dispositivo para identificar possíveis desperdícios devido a defeitos; identificar produtos funcionalmente equivalentes para itens críticos de uso único assim como responsabilizar os fabricantes e distribuidores por produtos defeituosos.

TOP 3: Uso inapropriado do recurso de substituição de um sistema automatizado de distribuição pode resultar em erros de medicação

Os armários de distribuição automatizados (ADC) possibilitam acesso controlado a medicamentos, possuindo gavetas para armazenamento de medicamentos trancadas ou com tampa. Durante o uso rotineiro, os profissionais inserem suas credenciais no ADC e selecionam os medicamentos que foram previamente revisados e verificados por um farmacêutico. Em situações de emergências, os controles de um ADC podem ser cancelados para que os medicamentos possam ser acessados mais rapidamente. Nessa condição pode haver substituições que ocasionalmente são necessárias; mas sem uma validação prévia.

Alguns eventos de erros quanto ao uso de medicamentos potencialmente perigosos, incluindo incidentes fatais, foram associados ao uso inadequado do recurso de substituição de um ADC. Condição preocupante, pois os profissionais enxergam o processo de substituição como uma etapa rotineira ao invés de uma etapa perigosa.

Qualquer desvio das práticas seguras de uso de ADC pode levar à seleção, tipo, dosagem de medicamento errado – erros que podem causar danos graves. Por esta razão, os ADCs devem ser configurados para exigir a aprovação do farmacêutico antes de permitir o acesso a um medicamento; o cancelamento do gabinete deve ser usado apenas para a finalidade pretendida

(avaliar se um pequeno atraso colocaria o paciente em risco) e o uso do recurso de substituição deve ser rastreado e monitorado rotineiramente.

TOP 4: Não detecção do deslocamento da agulha venosa ou separação da linha de acesso durante a hemodiálise pode levar à morte

Podem ser riscos potencialmente fatais durante a hemodiálise, o deslocamento da agulha venosa no ponto de acesso vascular ou a separação do cateter venoso central da linha de sangue usada para tratamento. Qualquer um dos eventos pode levar muito rapidamente a uma perda maciça de sangue e, portanto, a ferimentos graves ou morte. Muitas vezes, tais eventos não podem ser detectados pelo monitor de pressão venosa de uma máquina de hemodiálise – e, portanto, não produzem um alarme.

Deslocamentos ou descolamentos podem ser causados, por exemplo, por uma pessoa tropeçando em uma linha, uma linha presa em um objeto durante o movimento do paciente ou alguém puxando a linha (consciente ou inconscientemente). Tais ocorrências, que provavelmente são subnotificadas, são particularmente preocupantes se a diálise for realizada em casa ou em algum outro local onde um profissional de saúde treinado não esteja disponível para responder imediatamente.

Outras precauções incluem verificar se a agulha e as conexões estão seguras, assim como manter esses locais visíveis (por exemplo, não cobertos por roupas ou cobertores) visando permitir acompanhamentos frequentes.

TOP 5: Falha no gerenciamento dos riscos de segurança cibernética baseada em nuvem pode resultar em interrupções de atendimento

Acessar um serviço clínico, como um prontuário eletrônico ou um sistema de radiologia através da nuvem, pode oferecer benefícios significativos em comparação com sistemas mais tradicionais. Este modelo de implementação, no entanto, não elimina os riscos de segurança de uma instituição de saúde, apenas os muda.

Em uma implantação na nuvem, grande parte da carga de trabalho e do controle é transferida para o provedor de nuvem. As consequências desta mudança são que a instituição de saúde deve confiar na empresa prestadora de serviço para garantir a segurança e confiabilidade das suas operações online, para remediar qualquer evento de segurança e restaurar prontamente o serviço. No entanto, na maioria dos casos, a responsabilidade por qualquer falha permanece com a instituição de saúde.

A interrupção de um serviço baseado em nuvem em um ambiente de saúde pode levar à perda de disponibilidade ou integridade deste serviço, com o potencial de causar longos atrasos no atendimento e resultados adversos para os pacientes. Potenciais violações das informações de saúde protegidas dos pacientes são uma preocupação adicional. Desta forma, a instituição de saúde deve avaliar como um fornecedor de nuvem protege tanto a funcionalidade do seu sistema como a confidencialidade e disponibilidade dos dados dos pacientes. Além disso, deve-se implementar controles de segurança internos adequados para reduzir os riscos.

TOP 6: Infusores de pressão infláveis podem possibilitar a infusão de ar em bolsas de solução IV causando embolia.

Os Infusores de pressão infláveis (IPIs) são dispositivos mecânicos simples que comprimem uma bolsa de solução intravenosa para permitir infusões assistidas por pressão. Em certas circunstâncias, o uso de um IPI para administrar fluidos cria um risco aumentado de infusão de ar da bolsa intravenosa no paciente - especificamente, se (1) o ar não for purgado da bolsa antes do uso e (2) a bolsa for completamente colapsada pelo IPI durante o uso.

Isto pode causar uma embolia que, dependendo do seu tamanho e localização, pode levar ao colapso circulatório, acidente vascular cerebral ou morte. Ao contrário das bombas de infusão, os IPIs não possuem nenhum mecanismo para detectar ou eliminar o ar na linha intravenosa e, portanto, não podem impedir a infusão de ar. Portanto, cabe ao usuário purgar

o máximo de ar possível da bolsa intravenosa antes de colocá-la em um IPI; pendurar sempre a bolsa e não colocá-la na horizontal (para manter o ar restante na parte superior do saco); e evitar que a bolsa seja completamente comprimida pelo IPI.

TOP 7: Má informação em torno dos requisitos de limpeza e desinfecção do ventilador pulmonar pode levar à contaminação cruzada.

A importância de limpar de forma eficaz os ventiladores é óbvia: os componentes do ventilador podem ser contaminados por gases exalados e, potencialmente, por secreções das vias aéreas. Infelizmente, as instruções de reprocessamento fornecidas pelos fabricantes de ventiladores são, em alguns casos, incompletas ou confusas. O resultado é que a equipe assistencial pode ficar confusa sobre quais componentes do ventilador precisam de limpeza/desinfecção, como realizar esse processo e com que frequência isso deve ser feito.

A falta de clareza sobre as etapas de limpeza e desinfecção a serem realizadas pode levar ao reprocessamento ineficaz dos componentes do ventilador, aumentando o risco de contaminação cruzada.

As discussões incluem: (1) se as válvulas expiratórias ou os componentes que entram em contato com o gás exalado do paciente exigem desinfecção (ou esterilização) de alto nível entre os pacientes. O ECRI acredita que sim. (2) se o uso de um filtro no circuito respiratório é suficiente para evitar a contaminação dos componentes do ventilador. O ECRI acredita que não, pois o objetivo principal do filtro é limitar a propagação de patógenos pela atmosfera e não proteger os componentes do ventilador contra contaminação.

TOP 8: Equívocos comuns sobre eletrocirurgia podem causar queimaduras graves

As unidades eletrocirúrgicas (bisturis eletrônicos) utilizam correntes elétricas concentradas para cortar e coagular o tecido do paciente no local da cirurgia. No entanto, persistem ideias erradas ou uma compreensão incompleta sobre a sua utilização e os sistemas podem causar queimaduras indesejadas se os utilizadores não compreenderem totalmente os riscos.

Os principais equívocos associados à eletrocirurgia monopolar incluem: a) a utilização de mais de um bisturi simultaneamente em um paciente não apresenta risco adicional. Na realidade, os riscos de queimaduras podem aumentar exponencialmente quando mais de um bisturi é utilizado de forma simultânea.

b) o cirurgião ativa o eletrodo do bisturi eletrônico antes que sua ponta entre em contato com o paciente. Na verdade, isso causa o desenvolvimento de uma alta tensão no circuito do bisturi, aumentando a probabilidade de lesões no paciente ou no médico.

c) a placa de retorno nunca pode ser aplicada com segurança sobre um implante metálico ortopédico, tatuagem ou piercing – uma suposição que pode levar os profissionais a colocar a placa de retorno sobre uma parte menos segura da anatomia (por exemplo, uma proeminência óssea). Na verdade, os testes de laboratório do ECRI indicam que a colocação da placa de retorno sobre objetos metálicos embutidos em tecido cirúrgico simulado não aquece nem queima o tecido circundante durante a ativação do bisturi.

TOP 9: O uso excessivo de telemetria cardíaca pode levar a sobrecarga da equipe assistencial e perda de eventos críticos

O uso excessivo do monitoramento por telemetria cardíaca – especificamente seu uso em pacientes não cardíacos – pode levar à fadiga de alarmes, à sobrecarga cognitiva do médico e, em última análise, a eventos críticos não reconhecidos. Monitores de telemetria são dispositivos usados pelo paciente que permitem avaliar a frequência cardíaca, o ritmo cardíaco e outras condições fisiológicas do paciente sem restringir o paciente a uma cama.

No entanto, tem havido uma tendência de utilização do monitoramento por telemetria como rede de segurança para pacientes que não apresentam problemas cardíacos. Esse aumento do uso da monitorização por telemetria cardíaca (para pacientes que não necessitam dela) pode fazer com que os pacientes em geral sejam monitorados de forma menos eficaz:

invariavelmente leva a um aumento nos alarmes – alguns dos quais não exigirão ação imediata, mesmo assim disputam a atenção do médico. Esta condição pode sobrecarregar e distrair os profissionais de saúde, criando condições que podem fazer com que um alarme crítico seja perdido e a deterioração do paciente não seja reconhecida.

Para minimizar os riscos, as instituições de saúde devem estabelecer critérios claros que definam quando a monitorização por telemetria deve ser utilizada, bem como quando deve ser interrompida. Na prática, isso significa verificar se a telemetria está sendo prescrita de forma adequada (ou seja, para monitorar as populações corretas de pacientes) e avaliar regularmente a necessidade de monitoramento contínuo da telemetria de cada paciente.

TOP 10: Subnotificação de problemas relacionados às tecnologias pode resultar em risco de recorrência

Relatar problemas relacionados a dispositivos médicos é crucial para manter a segurança dos pacientes e da equipe. Infelizmente, os problemas nem sempre são relatados e as razões podem variar:

- a) Os usuários das tecnologias não conseguem interromper uma tarefa urgente para enviar um relatório.
- b) Os profissionais podem não estar familiarizados com o método de notificação.
- c) Os profissionais podem ver poucos benefícios em denunciar, especialmente se não houver danos.
- d) Os profissionais podem temer ação disciplinar ou outras consequências pessoais.

Como resultado, dispositivos quebrados, com defeito, mal fabricados ou mal projetados podem permanecer em uso. Por outro lado, quando os problemas são relatados assim que são percebidos, muitas vezes podem ser solucionados antes que o atendimento ao paciente seja afetado. Para atingir este objetivo, as instituições de saúde precisam identificar e eliminar barreiras à notificação, tornando o processo o mais fácil possível.

Outras medidas incluem a construção de uma cultura de segurança (notificar), treinar os profissionais sobre como identificar riscos relacionados ao dispositivo, fornecer feedbacks e acompanhar melhorias.

CONCLUSÃO

A disseminação de informações sobre potenciais perigos relacionados às tecnologias em saúde permite que instituições e profissionais de saúde adotem estratégias para minimizar a ocorrência de eventos aumentando a segurança do paciente. A indústria também possui papel importante nesse contexto, pois a disponibilização de dispositivos no mercado com baixa qualidade ocasiona de forma exponencial a incidência de danos. Portanto, o relatório apresentado pelo ECRI busca de forma sistemática dissertar sobre os principais riscos evidenciados para 2023, contribuindo na realização de ações e medidas para diminuição de ocorrência de eventos adversos.

PALAVRA-CHAVE: Tecnologia em Saúde

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

Top 10 Health Technology Hazards for 2023 – Expert insights from ECRI’s Device Evaluation Program – Special Report.

ANAIS DO 2º CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA- CIETI

ISBN: 978-85-906670-2-5

