

III Simpósio Internacional de
Enfermagem em
Terapia Intensiva

Neonatal, Pediátrico e Adulto

- ABENTI -



Anais

22 a 24 de junho de 2017

Promoção



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA - ABENTI

**Anais do III Simpósio Internacional de Enfermagem em Terapia Intensiva –
neonatal, pediátrico e adulto – ABENTI**

1ª Edição

Porto Alegre

ABENTI

2018

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA - ABENTI

Presidente

Débora Feijó Villas Bôas Vieira

Vice-Presidente

Andrezza Serpa Franco

1º Secretário

Widlaini Sousa Montenegro

2º Secretário

Laércia Ferreira Martins

1º Tesoureiro

James Francisco Pedro dos Santos

2º Tesoureiro

Renata Andrea Pietro Pereira Viana

Conselho Fiscal

1º Conselheiro

Virgínia de Araújo Porto

2º Conselheiro

Thaís Oliveira Gomes

Conselheiro Suplente

Susany Teixeira da Silva

ORGANIZAÇÃO DOS ANAIS

Sabrina dos Santos Pinheiro

Débora Feijó Villas Bôas Vieira

S612e Simpósio Internacional de Enfermagem em Terapia Intensiva (3. : 2017 : Porto Alegre, RS)

Anais do III Simpósio Internacional de Enfermagem em Terapia Intensiva - neonatal, pediátrico e adulto – ABENTI [recurso eletrônico] / III Simpósio Internacional de Enfermagem em Terapia Intensiva; organização dos anais: Sabrina dos Santos Pinheiro, Débora Feijó Villas Bôas Vieira. – São Paulo: ABENTI, 2018.

Ebook

Evento realizado de 22 a 24 de junho de 2017.

ISBN: 978-85-906670-0-1

1. Enfermagem em terapia intensiva – Eventos. 2. Segurança do paciente. I. Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva. II. Pinheiro, Sabrina dos Santos. III. Vieira, Débora Feijó Villas Boas. IV. Título.

NLM: WY154

Biblioteca responsável: Jacira Gil Bernardes — CRB 10/463

PROMOÇÃO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA

REALIZAÇÃO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
FUNDAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL

APOIO
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
HOSPITAL MÃE DE DEUS
HOSPITAL ERNESTO DORNELES
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS

COMISSÃO ORGANIZADORA

Coordenadora Geral:

Débora Feijó Villas Bôas Vieira

Coordenação Pediatria:

Sabrina dos Santos Pinheiro

Coordenação Neonatologia:

Maria Luzia Chollopetz da Cunha

Coordenação Adulto:

Daniela Marona Borba

Thaís dos Santos Donato Schmitz

Taís Hochegger

MEMBROS:

Denise Cardoso Berto

Perla Adriana Di Leone

Andreia Amorim

Ana Paula Gubert

Edite Moraes

Tamara Soares

Deise Cristianetti

Graciane Schmitt

Rosa Ines Etchichury Rolim

Anna Gabriela Cavalcanti Arrais

Miriam Neis

Letícia Andrade

Nara Azeredo

Daiana Barbosa da Silva

Sofia Barilli

Alexandre Formighieri de Melo

PROGRAMAÇÃO

22 DE JUNHO DE 2017 - QUINTA-FEIRA

CURSOS PRÉ-EVENTO:

1 - ESTRATÉGIAS PARA OPTIMIZAR A PERFORMANCE DE SUA UTI

Coordenadoras do curso: MS Widlaine Montenegro e Profª Ayla Mesquita

Conteúdos:

1. Mapeando o processo Terapia Intensiva.
2. Gestão de vagas e segurança no processo de admissão do paciente.
3. Plano e projeto terapêutico, plano de cuidados. O enfermeiro nesse contexto.
4. Gerenciando a previsão de permanência dos pacientes e alinhando com os riscos assistenciais.
5. Protocolos de prevenção.
6. Dimensionamento da equipe.
7. Custo-efetividade na UTI.

Carga Horária: 08 horas.

Local: Anfiteatro José Baldi

2 - INTERPRETAÇÃO BÁSICA DE ECG

Coordenadora do curso: Profª Andrezza Franco

Objetivos: conhecer os princípios da Eletrofisiologia cardíaca e sua aplicação na prática relacionada com o exame de Eletrocardiograma. (ECG); aprender a realizar a interpretação básica de um ECG com direcionamento para intervenção em situações de emergência.

Conteúdos: Anatomia e Fisiologia cardiovascular, Eletrofisiologia Cardíaca Básica, Interpretação do ECG básico, Arritmias malignas, Marcapasso, Exercícios de Interpretação de ECG.

Metodologia de ensino: contará com exposições dos conteúdos a partir de aulas expositivas. Utilização de vídeos de ciclo cardíacos e aplicativo de anatomia cardíaca em 3D. Os participantes ao final do módulo de ECG realizaram leituras de eletrocardiogramas realizados na prática. O processo de avaliação contará com aplicação de exercícios de interpretação de ECG realizados em dupla.

Carga Horária: 08 horas.

Local: Sala de Aula do SEDE

3 - ATUALIZAÇÃO EM TERAPIA INTRAVENOSA CATETER DE PICC

08h00 – 08h30	Entrega dos materiais e apresentação
08h30 – 09h30	Indicação individualizada dos dispositivos e fluxograma de acessos vasculares – INS 2016 <i>Instrutor:</i> Enf Marcos Garcia – Bard Brasil
10h00 – 11h00	Ultrassonografia e Seldinger para PICC – Quais os benefícios <i>Instrutor:</i> Enf Carla Barbosa – Saavedra Saúde
11h00 – 12h00	Complicações relacionadas à PICC: Trombose e infecção, como evitá-las? <i>Instrutor:</i> Enf Duílio Miranda – Bard Brasil
13h30 – 14h30	Novas tecnologias para a terapia intravenosa - Desafios para Neonatologia <i>Instrutor:</i> Enf Marcos Garcia – Bard Brasil
14h30 – 15h30	Time de PICC: Justificando o seu valor. Enfermeiro exclusivo no Time de PICC: qual é o meu papel? <i>Instrutor:</i> Enf Cristiane Vizcaychipi – Saavedra Saúde
16h00 – 17h30	Estações Práticas: Estação 1 - Punção guiada em Phantom Estação 2 – Diferenças entre os dispositivos Estação 3 – Sistema Sherlock 3CG <i>Instrutores:</i> Cristiane Vizcaychipi, Carla Barbosa, Clarice Fagundes e Duílio Miranda
17h30 – 18h00	Avaliação de Reação e Encerramento

Local: Sala de Aula do CTI

ASSEMBLÉIA EXTRAORDINÁRIA DA ABENTI

Sala 160- 18hs

Anfiteatro Carlos César de Albuquerque

- 8h15 Abertura
- 8h45 **Conferência: Segurança do paciente: nos sentimos inseridos neste contexto?**
Palestrante: Widlaini Montenegro (MA)
Moderadores: Christian Negeliskii (RS) e Valéria de Sá Sottomaior (RS)
- 9h30 **Conferência: Ferramentas para otimização do Handover no cuidado do paciente crítico**
Palestrante: Clayton Lima Melo (MG)
Moderadores: Andrea Beck (RS) e Alexandre Formighieri de Melo (RS)
- 10h30 Intervalo

Saguão do 2º andar

Simulação realística: Avaliação da qualidade da RCP: teste a sua performance

- 11h **Painel UTIs no contexto atual**
– A tecnologia dá conta do cuidado em terapia intensiva?
Nara Azeredo (RS)
– Humanização: o que há de banal?
Rita Gomes Prieb (RS)
– Autonomia do cuidado
José Roberto Goldim (RS)
Moderadores: Carmem Lazzari (RS) e Ayla Mesquita (RJ)
- 12h **Simpósio satélite: Smith e Nepheu: desafios na prevenção e tratamento de lesões em terapia intensiva**
Juliana Favoretto (SP)

UTI Cardíaca - 3º andar norte e Sala de Aula do SEDE

Simulação realística: Cenário de prática no atendimento ao paciente crítico (para esta atividade os participantes deverão se inscrever na secretaria) - adulto e pediátrico

Saguão do 2º andar

- 13h Apresentação de e-pôster
- 14h **Prêmio de pesquisa Débora Feijó Vieira**
Banca Avaliadora: Débora Feijó Vieira (RS), Nara Azeredo (RS), Solange Diccini (SP) e Ayla Mesquita (RJ)
- 15h **Mesa-redonda: Pilares do cuidado de enfermagem na terapia intensiva**
– Novos conceitos sobre sepse
Viviane Gusmão (DF)
– O paciente cirúrgico
James Francisco dos Santos (SP)
– Hemorragia intracerebral espontânea
Solange Diccini (SP)
Moderadores: Thais Schimitz (RS) e Rossana Bruno (RS)
- 15h50 **Mesa-redonda: ECMO: como fazemos**
Viviane Rodrigues Bernardi (RS) e Fernanda Bandeira Domingues (RS)
Moderadores: Andrezza Franco (RJ) e Daiana Silvia (RS)
- 16h40 Intervalo

Saguão do 2º andar

Simulação realística: Avaliação da qualidade da RCP: teste a sua performance

- 16h40** Apresentação de e-pôster
- 17h** **Mesa-redonda: Enfermeiro de UTI fazendo a diferença**
– Time de resposta rápida
Marcos Schlinz (MG)
– Transporte do paciente crítico
Virgínia de Araújo Porto (PB)
– Ecografia à beira do leito
Odon Melo Soares (RS)
Moderadores: Tais Hochegger (RS) e James Santos (SP)

Auditório José Baldi

- 11h** **Mesa-redonda: Hipotermia terapêutica: como eu faço**
Tamara Soares (RS) e Jerusa Amorim (RS)
Moderador: Ricardo Schuh (RS)
- 15h** **Mesa-redonda: O papel do enfermeiro nos transplantes cardíaco, renal e hepático**
Anna Gabriela Cavalcanti (RS) e Joice Gonçalves Prestes (RS) e Mirian Neis (RS)
Moderador: Michele Nogueira (RS)
- 17h** **Mesa-redonda: Criança com dor: a atuação do enfermeiro**
Tatiana Nunes Figueira (RS)
Moderador: Perla Leone (RS)

24 DE JUNHO DE 2017 - SÁBADO

Anfiteatro Carlos César de Albuquerque

- 8h** **Mesa-redonda: Gestão e as novas perspectivas em UTI**
– Diminuição de custos
Ayla Mesquita (RJ)
– Web conferência Reconhecendo lideranças
Antonio Almeida (PT)
– Engajamento e bem-estar no trabalho
Adriana Alves dos Santos (RS)
– Mudanças no modelo assistencial
Andreza Werli (MG)
Moderadores: Daniela Marona Borba (RS) e Laércia Martins (CE)
- 9h** **Conferência: Dados do projeto UTI-SAMU**
Palestrante: Débora Feijó Vieira (RS)
Moderadores: Solange Diccini (SP) e Nara Azeredo (RS)
- 10h** Intervalo

Saguão do 2º andar

Simulação realística: Avaliação da qualidade da RCP: teste a sua performance

- 10h** Apresentação de e-pôster
- 10h20** **Conferência: Simulação realística**
Palestrante: Miriane Mello Silveira (RS) e Andrezza Franco (RJ)
Moderadores: Clayton Lima Melo (MG)

- 11h** **Mesa-redonda: Prevenção de danos na UTI**
– Banho com clorexidina: quais as evidências?
Laércia Martins (CE)
– Web conferência Estratégias para implantar e monitorar bundles
Maria Manoel Varela (PT)
– Avaliação e cuidados com a córnea de paciente crítico
Andreza Werli (MG)
Moderadores: Angelina Azevedo (RS) e Denise Castro (RS)

12h Intervalo

UTI Cardíaca - 3º andar norte e Sala de Aula do SEDE

Simulação realística: Cenário de prática no atendimento ao paciente crítico (para esta atividade os participantes deverão se inscrever na secretaria) - adulto e pediátrico

Saguão do 2º andar

12h Apresentação de e-pôster

14h **Conferência: Implementing the ABCDEF Bundle in the ICU: strategies for team based improvements**
Palestrante: Ruth Kleinpell (USA)
Moderadores: Thais Gomes (MG) e Marcos Schlinz (MG)

14h50 **Mesa-redonda: Decisões compartilhadas na terapia intensiva**
– Extubação terminal
Rodrigo Kappel Castilho (RS)
– Participação e acolhimento da família
Daiana Barbosa da Silva (RS)
– Limitação terapêutica
Vanuzia Sari (RS)
Moderadores: Marilene Bock (RS) e Sofia Barilli (RS)

15h50 Intervalo

Saguão do 2º andar

Simulação realística: Avaliação da qualidade da RCP: teste a sua performance

16h **Conferência: The future of ICU: influencing healthcare for patients and providers**
Palestrante: Ruth Kleinpell (USA) e Ayla Mesquita (RJ)
Moderadores: Thais Gomes (MG) e Widlaine Montenegro (MA)

16h45 **Entrega do prêmio de pesquisa Débora Feijó Vieira**
Encerramento - Andrezza Franco (RJ), Débora Feijó Vieira (RS) e Ruth Kleinpell (USA)

Auditório José Baldi

10h20 **Conferência: Pós operatório cardíaco de alta complexidade**
Palestrante: Anna Gabriela Cavalcanti Arais (RS)
Moderadores: Mirian Neis (RS)

11h **Mesa-redonda: Cuidados de enfermagem com a pele do RN e da criança**
Vanisse Kochhann (RS) e Carla Rigon (RS)
Moderador: Edite Moraes (RS)

14h **Conferência: Sepses neonatal**
Palestrante: Vitório Guedes Gomes (MG)
Moderadores: Andreia Amorim (RS)

14h50 **Mesa-redonda: Terminalidade e cuidados paliativos**
Cristine Nilson (RS) e Jeniffer Lorenzi (RS)
Moderador: Rosa Rolim (RS)

PALESTRANTES

PALESTRANTES INTERNACIONAIS

António Almeida – Portugal

Maria Manuel Varega – Portugal

Ruth Kleinpell - USA

PALESTRANTES NACIONAIS

Adriana Santos (RS)

Anna Gabriela Cavalcanti Arais (RS)

Andreza Werli (MG)

Andreza Franco (RJ)

Ayla Mesquita (RJ)

Carla Rigon (RS)

Clayton Melo (MG)

Cristine Nilson (RS)

Débora Feijó Vieira (RS)

James Santos (SP)

Jeniffer Lorenzi (RS)

Jerusa Amorim (RS)

Joice Gonçalves Prestes (RS)

Laércia Martins (CE)

Miriam Neis (RS)

Nara S Azeredo (RS)

Thais Gomes (MG)

Tamara Soares (RS)

Tatiana Nunes Figueira (RS)

Vanisse Kochhann (RS)

Virgínia Porto (PB)

Widlaini Montenegro (MA)

Miriane Mello Silveira Moretti (RS)

Vitório Guedes Gomes (MG)

Odon Melo Soares (RS)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

16

PRÊMIO DE PESQUISA PROF^a DR^a DÉBORA FEIJÓ VIEIRA

17

1º LUGAR: Impacto da implantação de um round multidisciplinar diário na média de permanência e tempo de ventilação mecânica dos pacientes em unidade de terapia intensiva.	17
2º LUGAR: Nursing Activities Score e escala de trabalho de profissionais de enfermagem: dados de uma coorte selecionada de adultos críticos	19
3º LUGAR: Uso da Contenção mecânica/medicamentosa em pacientes com sintomatologia psiquiátrica em unidade de terapia intensiva	21
Avaliação Situada de Usabilidade de Bombas de Infusão: Um Estudo Sobre a Satisfação de Usuários e as Implicações para a Segurança do Paciente em Terapia de Infusão Intravenosa Contínua na UTI	23
A família no processo de doação de órgãos: uma análise segundo Bardin.	25

TEMAS LIVRES – APRESENTAÇÃO E-PÔSTER

27

DESTAQUES: Perfil dos pacientes com SARA moderada a grave submetidos à posição prona no CTI adulto de um Hospital Universitário.	27
DESTAQUES: Implantação do protocolo assistencial de manejo na Hemorragia Subaracnóidea Aneurismática (HSAa), utilizando o Ciclo PDCA: experiência do Hospital	27
Parada cardiorrespiratória secundária a acidose e hipercalemia associada ao consumo de cocaína– Evolução para morte encefálica.	28
Cuidados de enfermagem no aneurisma de aorta torácica com tratamento endovascular	28
Parametrização de alarmes de monitorização em unidade de cuidados intensivos traumato-ortopédicos	28
Perfil epidemiológico dos óbitos de pacientes internados em UTI proveniente de TCE e AVC	29
Auditoria em registros de enfermagem em unidade de terapia intensiva	29
Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes Idosos em uma Unidade De Terapia Intensiva de um Hospital Universitário	30
A importância da abordagem na graduação de enfermagem com relação à doação e transplante de órgãos	30
Percepção de médicos e enfermeiros em relação protocolo de hipotermia terapêutica pós-parada cardiorrespiratória em uma unidade de terapia intensiva adulto	30
O uso de cartões ilustrados na facilitação da comunicação com o paciente internado em uma unidade de terapia intensiva	31
Relato de caso: Assistência de enfermagem na hipotermia terapêutica	31
Percepção da enfermagem no acompanhamento pós-alta de egressos de uma unidade de tratamento intensivo neonatal: Relato de caso	32
Pseudomonas aeruginosa: relação entre colonização e infecção em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto	32
Ação multidisciplinar em um grupo de pais de bebês internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: um relato de experiência	33
Manejo do paciente grande queimado em Unidade de Terapia Intensiva: um desafio para a equipe de enfermagem	33
Cuidados paliativos na terminalidade direcionados a pacientes oncológicos na unidade de terapia intensiva	33
Cuidado de lesão por pressão na Unidade de Tratamento Intensivo: Alginato de Cálcio como evidente fator desbridante	34
Métodos de Comunicação Efetiva na Unidade de Terapia Intensiva	34
Risco para Lesão por Pressão em pacientes críticos segundo a Escala de Braden	35
Relato de Experiência sobre a criação de um grupo multiprofissional para avaliação da dor neonatal em um Hospital Privado de Porto Alegre/ RS	35
Grupo da dor na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma construção multiprofissional	36
A enfermagem e a família de pacientes com sintomatologia psiquiátrica em unidade de terapia intensiva	36
Volume de Líquidos Excessivo em pacientes adultos sob cuidados intensivos: características definidoras, fatores relacionados e intervenções de enfermagem	37
Cuidados de enfermagem ao paciente neurocrítico com complicações de colesteatoma: relato de caso	37
Diagnósticos de Enfermagem e sinais clínicos prevalentes de pacientes com disfunção respiratória atendidos pelo Time de Resposta Rápida	38
Incidência de infecção primária de corrente sanguínea, pneumonia associada à ventilação mecânica e infecção do trato urinário em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de médio porte do interior do Rio de Janeiro	38
Tratamento humanizado às crianças internadas em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica	38
Sobrecarga de trabalho de enfermagem em pacientes com infecções relacionadas à assistência à saúde em UTI: estudo de coorte	39
A morte da criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: a visão maternal da despedida	39
Aplicabilidade do Nursing Activities Score em Unidade de Terapia Intensiva: médias dos turnos de trabalho	40
O Transplante Hepático Infantil na visão dos enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	40
Protagonismo do enfermeiro na escolha do acesso vascular e manutenção da terapia intravenosa em UTI Pediátrica	41
O uso do Lúdico na Unidade de Terapia Intensiva: reflexões para a prática de enfermagem	41
Percepção da equipe multiprofissional sobre o protocolo de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em unidade de terapia intensiva adulto	42
Uso de ecografia vesical a beira leito em unidade de terapia intensiva para identificar permeabilidade da sonda vesical de demora	42
Indicadores assistenciais em terapia intensiva: estudo comparativo entre instituições de saúde no Brasil	42
Avaliando o conhecimento do enfermeiro sobre lesões por pressão: estudo comparativo entre enfermeiros de terapia intensiva e de unidade clínica	43
Prevalência de sepse em unidades clínicas e terapia intensiva em Hospital de Fortaleza-CE	43
Comparando o perfil microbiológico da sepse em Serviço de terapia intensiva com o estudo epidemiológico sepse Brasil (2006)	44
Conhecimentos dos enfermeiros sobre ventilação mecânica	44

Relato de caso sobre os cuidados de enfermagem em pacientes em pós operatório de ressecção de tumor cardíaco	45
Preparo e administração medicamentosa - uma avaliação da cultura da segurança do paciente	45
Assistência de enfermagem à criança em pós operatório de cirurgia cardíaca em uso de ECMO: um estudo de caso	46
Implementação do protocolo de prevenção de úlcera de pressão à criança submetida a cirurgia cardíaca	46
Implementação do protocolo de retirada de dreno de mediastino pelo enfermeiro em crianças submetidas a cirurgia cardíaca	47

PALESTRAS/ RESUMOS

PALESTRAS/ RESUMOS	48
Simulação Realística: Educação em Saúde	48
Extubação Paliativa	50
Decisões compartilhadas em limitação terapêutica na Terapia Intensiva	51
Oxigenação por Membrana Extracorpórea (ECMO): como fazemos	54
Mesa redonda: "Humanização: O que é banal?"	55
Assistência de Enfermagem no Transplante Hepático Infantil: expertise adquirida ao longo de 22 anos de experiência	55
Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca de Alta Complexidade em Pediatria	57
O Papel do Enfermeiro no Transplante Cardíaco Pediátrico	59
Cuidados com Lesões de Pele em Crianças Criticamente Enfermas	61

APRESENTAÇÃO

Foi com grande satisfação que realizamos o III Simpósio Internacional de Enfermagem ABENTI em Terapia Intensiva – Neonatal, Pediátrico e Adulto. Uma história que começou em 2008, com um despretenso fórum, e que hoje faz parte do calendário de eventos científicos dos enfermeiros intensivistas brasileiros, ganhando a partir de 2013 status internacional. Esse é um momento onde nós nos reunimos para compartilhar os nossos saberes e trocar experiências.

Na terceira edição recebemos vocês com muito carinho, nos dias 22 a 24 de junho de 2017, em Porto Alegre, RS, tendo como anfitriões os colegas enfermeiros das UTIs do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Moinhos de Vento, Hospital Mãe de Deus, Hospital Ernesto Dorneles, Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Hospital da Criança Santo Antônio, Hospital São Lucas da PUCRS.

Nosso objetivo foi de congregarmos enfermeiros de todo o Brasil para debater questões de enfermagem em terapia intensiva nas diferentes faixas etárias. Tivemos um anfiteatro destinado ao paciente adulto e outro para enfermagem neonatal e pediátrica, com discussões acerca dos cuidados dessa população que é tão específica, como opção de programação, além das demais temáticas, que envolvem segurança, monitorização hemodinâmica, tecnologias inovadoras no paciente crítico, cuidado paliativo e terminalidade, entre outros.

A comissão organizadora ofereceu 3 cursos Pré-Simpósio que discorrem sobre Gestão em UTI, ECG Interpretação Básica de ECG e Acesso Vasculares, sendo este último específico dos pacientes neonatais e pediátricos. Contamos com a presença do Enfermeiro Doutor António Almeida, de Lisboa/ Portugal que nos contou um pouco das suas experiências de trabalho além do Atlântico.

Tivemos mais uma vez temas livres no formato de pôster com anais com inscrição no ISBN. O Prêmio Débora Feijó Vieira foi dado ao melhor trabalho de pesquisa, o contemplado ganhou um tablet. Para isso, os autores necessitaram se inscrever especificamente para concorrer ao prêmio. É importante consultar no site o Regulamento para Premiação.

Todo esse trabalho foi pensado e desenvolvido com muito carinho, o mesmo que temos ao cuidar do paciente em cuidados intensivos nas mais diferentes esferas, com intuito de enriquecer o processo contínuo de melhoria da qualidade da enfermagem nesse nosso grande Brasil.

Esperamos que tenham aproveitado o evento.

Débora Feijó Villas Bôas Vieira
Presidente da ABENTI
Gestão 2017/218

PRÊMIO DE PESQUISA PROF^a DR^a DÉBORA FEIJÓ VIEIRA

1º LUGAR: IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DE UM ROUND MULTIDISCIPLINAR DIÁRIO NA MÉDIA DE PERMANÊNCIA E TEMPO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA DOS PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Ruy de Almeida Barcellos, José Miguel Chatkin

Introdução: A garantia da adesão às boas práticas na assistência a doentes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), apesar dos grandes avanços na gestão e nas tecnologias, ainda necessita que se busque o cumprimento e efetividade das ações da equipe multidisciplinar. Torna-se necessário que amparados pelas evidências científicas seja oferecida aos pacientes uma assistência segura, de qualidade e sustentável. Para isso, a padronização para confirmação das práticas diárias favorece com que a assistência prestada ganhe orientação no sentido de garantir cuidados de melhor qualidade e com frequências menores de complicações ^{1 2 3}.

Objetivo: Conhecer o impacto da implantação de um round multidisciplinar diário, na média de permanência e tempo de ventilação mecânica dos pacientes em unidade de terapia intensiva.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, que apresenta resultados parciais de uma pesquisa de doutorado em andamento, que se realizou em uma instituição hospitalar da região nordeste do Rio Grande do Sul. O estudo ocorreu em duas fases, pré e pós a implantação de um round multiprofissional diário, entre os anos de 2014 a 2016. Participaram do estudo os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão na pesquisa. Com a finalidade de dar cumprimento às questões éticas em pesquisa o estudo foi aprovado pelos comitês de ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e da Instituição coparticipante. A coleta de dados realizou-se através de dados secundários, via prontuário eletrônico. Para análise descritiva, os dados categóricos serão apresentados por frequências absolutas e relativas.

Resultados: Compuseram o grupo pré-intervenção 235 pacientes e o grupo pós-intervenção 231 pacientes, a amostra foi composta por 64% e 57% de sujeitos do sexo masculino nos períodos de pré e pós-intervenção respectivamente. A idade média ficou em 50 anos no primeiro momento e 55 anos no segundo. Em relação às causas de internação encontraram-se respectivamente nos dois períodos, clínicas 47% e 50%, cirúrgicas 28% e 33% e por trauma 25% e 17%. Quanto à presença de infecção apresentavam pré e pós-intervenção, 17% e 18% infecção da comunidade, 38% e

30% de infecção nosocomial e 45% e 52% dos pacientes não apresentaram infecção nos períodos supracitados. A pontuação média no Simplified Acute Physiology Score – SAPS III foi de 50 pontos no grupo pré-intervenção e de 52 pontos no grupo pós. A média de dias de permanência nas unidades de terapia intensiva foi de 14 e 8 dias, a taxa de dias de uso de ventilação mecânica foi de 11 e 5 dias e a taxa de reinternação foi de 2% e 1% nos grupos respectivamente.

A taxa de óbito foi de 24% no grupo pré-intervenção e de 25% no grupo pós-intervenção.

	Pré Intervenção		Pós Intervenção	
	n 235		n 231	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	83	36%	98	42%
Masculino	152	64%	133	57%
Idade (média)	50	—	55	—
Internação				
Clínica	112	47%	117	50%
Cirúrgica	68	28%	76	33%
Trauma	59	25%	38	17%
Infecção				
Comunitária	40	17%	42	18%
Nosocomial	90	38%	70	30%
Sem infecção	105	45%	119	52%
SAPS III	50	—	52	—
Permanência (dias)	14	—	8	—
Ventilação Mecânica (dias)	11	—	5	—
Reinternação	4	2%	3	1%
Óbito UTI	57	24%	59	25%

Discussão: O round diário multidisciplinar, ocorre todas as manhãs nas três UTIs do hospital participante da pesquisa. Para aplicação do checklist reúnem-se os profissionais que atuam exclusivamente nestas unidades, os quais são: Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Farmacêutico e Nutricionista. O formulário foi estruturado pela equipe multiprofissional após revisão da literatura referente às necessidades diárias de intervenção ao doente crítico, este se apresenta em formato eletrônico no sistema de informação utilizado pela instituição, é aplicado à beira do leito e tem duração de aproximadamente cinco minutos em cada paciente. Após a conferência é gerado um relatório em formato de evolução no prontuário do paciente, o qual é assinado por todos os integrantes da equipe multidisciplinar, onde se evidencia o plano terapêutico com todas as metas propostas para intervenções individualizadas durante as próximas 24 horas.

A utilização de um checklist diário permite que seja revisada diariamente a adesão às boas práticas em terapia intensiva, dentre as quais se podem citar manejo da dor, nutrição, sedação, glicemia etc. No entanto, nos cenários de alta complexidade da terapia intensiva, a comunicação entre as equipes por vezes ineficaz e o trabalho em constantes situações de pressão favorece que o cumprimento de alguns cuidados seja por muitas vezes negligenciados no decorrer dos atendimentos, o que possibilita que desfechos potencialmente favoráveis possam ser modificados em virtude de pequenas falhas diárias^{1 2}. Neste sentido torna-se necessário que ferramentas que visem à gestão e garantia do cumprimento das rotinas em uma UTI sejam utilizadas como barreiras e como possíveis garantias do oferecimento de atendimento sistematizado e multidisciplinar aos doentes críticos. Esta prática, ainda apresenta impacto econômico na gestão das unidades, uma vez, que a possibilidade de maior rotatividade de pacientes, bem como a diminuição de disfunções orgânicas e complicações durante a internação contribuam nos resultados das unidades^{2 3}. Observa-se nesta pesquisa, que a média de dias de permanência na UTI assim como os dias de uso de ventilação mecânica, apresentaram significativa redução de 57% e 45% respectivamente e quando comparados os dois grupos. Destaca-se que considerando a gravidade dos pacientes internados nos períodos conforme o Simplified Acute Physiology Score – SAPS III, assim como as demais variáveis, estas não tiveram variação significativa, ou seja, nos permite inferir que a intervenção apresenta resultados relevantes os quais merecem uma análise aprofundada. Em relação à mortalidade observada, esta intervenção não apresentou diferença significativa, uma vez que, as mortalidades esperadas nos dois períodos foram muito próximas.

Conclusão: Rounds possibilitam um atendimento mais seguro ao paciente, pois são mecanismos essenciais pelo qual a equipe de saúde se comunica e toma decisões na assistência ao paciente crítico. A redução do tempo de permanência, bem como do tempo de ventilação mecânica na UTI envolve a discussão programada dos casos para rever a informação clínica e desenvolver planos terapêuticos. Este mecanismo é uma configuração chave para a comunicação entre a equipe assistencial, que desta forma mitiga falhas que podem ter profundo impacto sobre a qualidade e segurança da assistência ao paciente, bem como para uma gestão sustentável destas unidades.

Referências:

1. Weiss, C, H., Moazed F, Mc Evoy CA, Singer BD, Szleifer I, Amaral LA, et al. Prompting physicians to address a daily checklist and process of care and clinical outcomes: a single-site study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 184.6 (2011): 680.
2. Lane, D, Ferri M, Lemaire J, McLaughlin K, Stelfox HT. A Systematic Review of Evidence-Informed Practices for Patient Care Rounds in the ICU. *Critical Care Medicine* 41.8 (2013): 2015-2029.
3. Khorfan, F. Daily Goals Checklist - A Goal Directed Method to Eliminate Nosocomial Infection in the Intensive Care Unit. *Journal for Healthcare Quality* 30.6 (2008): 13-17.

2º LUGAR: NURSING ACTIVITIES SCORE E ESCALA DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: DADOS DE UMA COORTE SELECIONADA DE ADULTOS CRÍTICOS

Erica Batassini, Mariur Gomes Beghetto, Bárbara Amaral da Silva, Bárbara Elis Dal Soler, Franciele Anzillero

Introdução: Menos segurança na assistência aos pacientes e piores desfechos clínicos têm sido associados à uma relação inadequada entre o número de pacientes por profissionais de enfermagem, especialmente nos cenários onde há maior dependência de cuidados, como a Terapia Intensiva¹. No Brasil, Resolução do Conselho Federal de Enfermagem determina que sejam implementados instrumentos para avaliar relação entre as necessidades de cuidados de enfermagem e o número de profissionais na assistência, como meio de gestão da assistência de enfermagem. Também, em resolução específica para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), a avaliação dos pacientes por meio de um Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem é uma exigência. Ao longo dos anos diferentes instrumentos têm sido propostos para estimar a razão entre pacientes por profissionais de enfermagem nas UTIs. O Nursing Activities Score (NAS) é um instrumento derivado do Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28), adaptado e validado para uso no Brasil, que objetiva estimar a demanda de tempo de assistência de enfermagem em terapia intensiva. É composto por 7 domínios (atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas), subdivididos em 23 itens. Cada item avaliado recebe uma pontuação específica e 100 pontos de NAS equivalem a demanda de 100% do tempo de um profissional de enfermagem nas 24 horas para o cuidado a um paciente, 50 pontos equivalem a 50% do tempo de um profissional, e assim subsequentemente. Estudo de uma década atrás realizado em uma UTI privada de São Paulo concluiu que o NAS é um interessante instrumento de classificação de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em terapia intensiva². Desde então, estudos em UTIs tem se encarregado de avaliar sua aplicabilidade e a estimativa de tempo de profissional de enfermagem para cuidar de pacientes em diferentes níveis de dependência e demonstrado, como esperado, haver elevada carga de trabalho para a enfermagem no cenário da terapia intensiva. Por outro lado, tempo despendido para a aplicação do NAS e a necessidade de capacitação e padronização na coleta dos dados constituem-se como barreiras para sua adoção nas rotinas assistenciais das UTIs. Também, o fato de reportar-se a eventos contemporâneos, ou seja, a aferição do escore se dá enquanto o plantel de profissionais já foi alocado na escala de cuidados, dificulta que os profissionais identifiquem claramente sua utilidade. Neste sentido, o presente estudo buscou avaliar o quanto o valor do escore-NAS, já mensurado na rotina de um Centro de Terapia Intensiva (CTI) do sul do Brasil, estava ajustado à distribuição dos profissionais de enfermagem nas escalas de trabalho, a uma coorte selecionada de pacientes adultos.

Objetivo: Avaliar a proporção de dias em que houve adequação quantitativa de profissionais de enfermagem em Centro de Terapia Intensiva (CTI) adulto, de acordo com o NAS.

Método: Este estudo é uma subanálise de dados de uma coorte conduzida para avaliar a presença de constipação em adultos internados em CTI de um hospital público, universitário, de grande porte no sul do Brasil. Trata-se de uma CTI geral de 40 leitos divididos em três UTIs: (1) pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas e com distúrbios cardiovasculares; (2) pacientes com germe multirresistente e (3) pacientes clínicos e cirúrgicos de diferentes especialidades. Dado o objetivo da coorte original, foram incluídos pacientes com permanência >3 dias no CTI excetuando-se os que apresentavam diarreia ou constipação na admissão, que tivessem realizado preparo pré-operatório do intestino com enemas, fossem ostomizados, submetidos a procedimento endovascular e aqueles transferidos de outro CTI. Todos foram prospectivamente acompanhados por enfermeiros previamente capacitados, especialistas em cuidados ao adulto crítico, durante a internação no CTI e, para fins de análise, os dados foram censurados nos primeiros 10 dias de internação. Foi adotado um instrumento padronizado para a coleta de dados composto por variáveis relacionadas à história clínica pregressa e atual, intervenções e suportes diagnósticos e terapêuticos, escalas e escores como Acute Physiologic Chronic Health Evaluation II (APACHE II), Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA) e NAS. A cada turno de trabalho foi identificado o número de profissionais de enfermagem (técnicos e enfermeiros) em atividade, calculando-se a razão de profissionais de enfermagem/paciente. A razão de pacientes/profissionais recomendada (estimada pelo NAS) foi comparada com a realizada (observada no dia). Foi considerada que a razão de profissionais de enfermagem observada estava “adequada” à recomendação do NAS quando ambas apresentavam o mesmo valor, com uma variação de até $\pm 0,1$; Valores superiores a este parâmetro foram categorizados como “inadequado” e valores abaixo como “acima do recomendado”. O projeto original foi aprovado pelo CEP da instituição.

Resultados: Foram acompanhados 157 pacientes, predominantemente homens (53,5%), cuja média de idade foi de $58,3 \pm 15,2$ anos admitidos por necessidade de recuperação ou presença de complicações pós-operatórias (29,9%), sepse (24,2%) e causas respiratórias (15,3%), com APACHE = $21 \pm 8,4$, SOFA = $6,5 \pm 3,8$. A mediana do tempo de internação no CTI foi de 6 (P25:4 – P75: 10) dias e ao longo dos dias de acompanhamento no CTI, 79% usou ventilação mecânica invasiva, 25% necessitou hemodiálise, 66% vasopressor, 79% sedação, 17,2% bloqueador neuromuscular, 61% nutrição enteral, 54% apresentou Glasgow <9 ou RAAS <-2 e 23,6% evoluiu para óbito. O NAS médio foi $81,9 \pm 21$, sendo que em 6,4% foi <50, em 29,5% foi pontuado entre 50,1 e 75 e 64,1% foi >75,1. Observou-se, ainda, que ao longo dos dias de acompanhamento, houve redução na média do NAS, sendo que no primeiro dia de internação no CTI o valor médio foi de 91,3, enquanto no 10º dia foi de 81,2 (Figura 1).

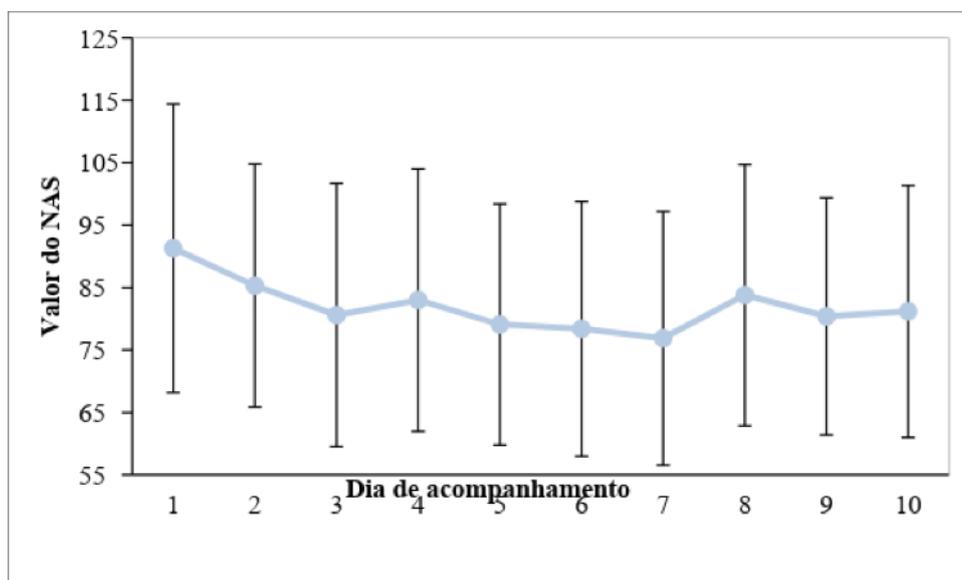


Figura 1 – Média e desvio padrão do Nursing Activities Score ao longo dos dias de acompanhamento.
Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Em 50,2% dos dias de observação o quantitativo de enfermagem em atividade estava “adequado”, em 42,8% foi “inadequado” (inferior) e em 7% foi “acima do recomendado” pelo NAS (Figura 2).

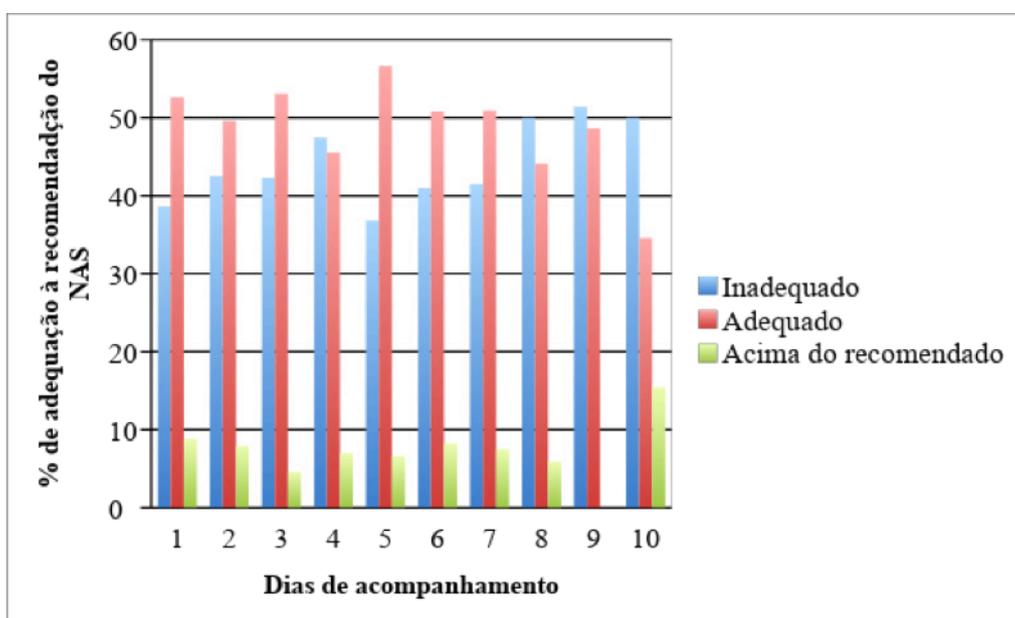


Figura 2 – Comparação dos profissionais em atividade no CTI com a recomendação do NAS ao longo dos dias de acompanhamento.
Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Discussão: No presente estudo foi possível observar que o quantitativo de profissionais de enfermagem observado e o estimado pelo NAS coincidiram em cerca da metade das observações. Além disso, essa coincidência não foi maior que 56% (5º dia) e não foi inferior a 34% (10º dia). O NAS, assim como outras ferramentas desenvolvidas para dimensionamento da equipe de enfermagem, não considera variáveis como a estrutura física dos serviços e a dinâmica de trabalho específica de cada área. Observa-se, na prática, que é comum haverem pacientes com maior dependência de cuidados, alocados em área física próximos a outros pacientes também com grande dependência, e, assim, observa-se inadequação da escala de enfermagem em atividade quando comparado ao NAS. Da mesma forma, existem situação de pacientes com menor dependência de cuidados que acabam ficando próximos a outros com a mesma característica, o pode explicar, pelo menos em parte, os casos em que a comparação dos profissionais em atividade com o NAS é “acima do recomendado”.

Conclusão: Embora a presente análise tenha sido realizada em uma amostra selecionada de pacientes e que não tenha sido possível avaliar o ajuste do número trabalhadores por categoria profissional (técnicos de enfermagem e enfermeiros) e para a totalidade da unidade, observou-se que a média do NAS nos primeiros 10 dias de internação no CTI foi de $81,9 \pm 21$ e que em 42,8% dos dias observados não houve adequação no quantitativo de pessoal às recomendações do NAS, sendo preocupante, na perspectiva de segurança do paciente, a proporção de dias em que o número de profissionais foi menor do que o desejável.

Referências:

- 1 Gonçalves LA, Andolhe R, Oliveira EM, Barbosa RL, Faro ACM, Galloti RMD, et al. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos: incidentes em unidade de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP . 2012;46:71-1.
- 2 Queijo AF; Padilha KG. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. Rev. esc. enferm. USP. 2009; 43:1018-1025.

3º LUGAR: USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA/MEDICAMENTOSA EM PACIENTES COM SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Nara Reisdorfer, Graciela Machado de Araújo

Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um dos cenários que esses pacientes podem transitar por complicações clínicas, a exemplo de delirium tremens e após tentativas de suicídio. Além disso, alguns pacientes se encontram internados para a estabilização do quadro orgânico apresentam comprometimento de sua saúde mental prévio, ou desenvolver alguma sintomatologia psiquiátrica após a internação na unidade. Independente da patologia que leva o paciente a internação em UTI, o cuidado prestado pela equipe de enfermagem deve basear-se na integralidade, respeitando as questões éticas e técnicas relativas ao cuidado. É importante salientar que os pacientes que apresentam sintomatologia psiquiátrica prévia ou em decorrência da internação necessitam de olhar sensível, a fim de identificar suas necessidades para além das biológicas e prestar assistência de forma integral, com vistas a minimizar seu sofrimento.

Objetivo: Conhecer as intervenções realizadas pela equipe de enfermagem em duas unidades de terapia intensiva junto a pacientes com sintomatologia psiquiátrica, com ênfase na contenção mecânica, em dois municípios do estado do Rio Grande do Sul.

Métodos: Estudo qualitativo e descritivo, realizado junto a duas Unidades de Terapia Intensiva Adulto, uma localizada em hospital da região noroeste e outra da região central do Rio Grande do Sul. A unidade possui 10 leitos, a equipe de enfermagem é composta por 32 profissionais, seis enfermeiros e 26 técnicos de enfermagem. A segunda conta com nove leitos, destes dois de isolamento. Atuam na unidade 34 profissionais, destes 24 técnicos de enfermagem e 10 enfermeiros. Constituíram-se em participantes da pesquisa, os profissionais que atenderam os critérios de inclusão: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem, estar atuando em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Excluíram-se os profissionais que se encontravam de férias ou licença saúde/maternidade. Todos os profissionais foram convidados a participar e tendo em vista que se trata de uma pesquisa de cunho qualitativo, o número de participantes foi definido pela saturação dos dados. O estudo contou com a participação de 28 profissionais, destes 21 técnicos de enfermagem e sete enfermeiros. Houve predominância do sexo feminino, 25 mulheres e três homens. A faixa etária variou de 20 a 57 anos. Quanto ao estado civil, a maioria declarou-se casado (13), seguido de solteiros (9), divorciados (4) e em união estável (3). Em relação ao tempo de formação, este variou de um a 34 anos, com média de oito anos e três meses. Os participantes atuavam nas instituições entre 11 meses e 22 anos, com média de cinco anos e um mês. Quanto à formação complementar, 20 entrevistados relataram ter realizado pelo menos um curso de capacitação na área de intensivismo. Para a coleta de dados utilizou-se entrevista individual, semiestruturada, com questões abertas e fechadas, gravada e posteriormente transcrita. A coleta ocorreu nos meses de janeiro e outubro de 2016. Para análise dos dados, utilizou-se o método de análise de conteúdo, que se constitui de três fases, a pré-análise, a categorização e interpretação dos dados. Para codificar as entrevistas utilizou-se a letra "E" para profissional enfermeiro e "T" para técnico de enfermagem, seguido do número da entrevista. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, conforme Parecer Consubstanciado Nº 1.376.489.

Resultados: A análise de conteúdo permitiu elencar vários pontos relativos ao cuidado de enfermagem a pacientes com sintomatologia psiquiátrica em UTI. Optou-se neste trabalho pela discussão de elementos relativos a contenção física e química realizada nas unidades pesquisadas. A equipe de enfermagem relata a necessidade de atenção e vigilância para com os pacientes com sintomatologia psiquiátrica. Elencam essa necessidade tendo em vista o entendimento de que esses são imprevisíveis e incapazes de medir as consequências de seus atos: Então tem que estar atenta, eu acho que te exige mais cuidado do que um paciente digamos que não seja psiquiátrico (T2). Claro com cuidados que tu nunca sabes do que eles são capazes, então tu tens que ter um olho de cada lado (T12). A visão de imprevisibilidade dos pacientes, da probabilidade de atitudes que prolongam o processo de reabilitação associada à impossibilidade de o profissional estar constantemente ao seu dispor, leva a equipe a optar pela contenção mecânica e/ou medicamentosa. Citada por quase todos os profissionais, a contenção mecânica ocorre com frequência nas unidades, sendo vista pelos profissionais como uma das estratégias de minimização de danos: Se é um paciente calmo tu não contém, tenta explicar, se é muito agitado contém, porque ele acaba machucando ele mesmo, arrancando coisas, soro, sonda, daí tem que conter mesmo (T5). Isso que eu digo as vezes tu vais conter um paciente pelo próprio bem-estar dele, tu fazes a medicação também, tu comunicas o médico, vê o que ele acha se pode fazer uma medicação, porque isso é para o próprio bem do paciente, porque se ele cai e se machuca a consequência é pior. A gente pensa se medicar hoje talvez amanhã o surto pode ter passado (T13). A contenção mecânica ocorre sem avaliação de sua real necessidade, poucas vezes prescrita ou debatida entre a equipe, efeitos benéficos ou maléficos ao paciente, forma com que será feita, inspeção prévia da pele. Por falta de protocolo acaba permanecendo por longos períodos sem reavaliações. A contenção medicamentosa ou química também foi citada como um recurso para o controle da sintomatologia psiquiátrica: Sempre tento levar até que dá, que tu vê que ele vai se prejudicar, aí tu toma a atitude de ter que acabar contendo ou fazer medicação que eu também não gosto muito, então a gente vai levando até onde dá, mas quando a gente vê que acaba tumultuando demais, agitando de mais os outros pacientes a gente faz medicação, se está prescrito faz, se não está liga para o plantonista (E4).

Discussão: O uso da restrição física está associado a sensações desagradáveis vivenciadas pelos pacientes. Estudo que avaliou as memórias de pacientes submetidos à sedação e ventilação mecânica em UTI mostrou que a memória da contenção física foi uma das mais citadas, relatada por 53,7% dos participantes. Apesar de os profissionais considerarem um recurso terapêutico e forma de proteção, os pacientes perceberam as medidas restritivas como punitivas, por causarem impactos psicológicos negativos e traumatizantes¹. A restrição física pode ser indicada em algumas situações de confusão mental decorrentes ou não da hospitalização. A ocorrência de estados confusionais relacionados à internação merecem olhar mais atento da equipe, no que se refere à prevenção, diagnóstico e intervenções rápidas evitando necessidade de contenção mecânica. Episódios de agressividade e agitação intensa, independente se causados por confusão mental ou não, que apresentam risco de agravos para paciente ou equipe, podem ser controlados por meios de restrição química ou física². A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem número 427 de 2012 define que a contenção mecânica só pode ser empregada sob supervisão direta do enfermeiro e levar em conta os protocolos da instituição. A resolução ressalta, ainda, que a contenção pode ser utilizada quando for o único meio possível para prevenção de danos aos pacientes ou aos demais. Essa prática necessita de reavaliações constantes quanto a sua necessidade, não deve ser utilizada como forma de disciplinar, punir ou coagir o paciente, tampouco por conveniência da equipe³. A interação profissional paciente pode ficar prejudicada com a adoção de medidas como a contenção mecânica e química. O diálogo, normalmente, passa a ser inexistente, em caso de sedação, ou pobre, na contenção mecânica. Os profissionais de enfermagem comumente entendem que, nesses momentos, não é necessário conversar com o paciente para deixá-lo tranquilizar-se. Ainda, pode haver sentimento de culpa do profissional e mágoa expressa pelo paciente por estar restrito ao leito. Observou-se preocupação por parte dos profissionais referente ao uso indiscriminado da restrição física e/ou medicamentosa, ao mesmo tempo percebeu-se o temor da equipe com possíveis intercorrências como quedas e remoções de acessos e sondas. O medo da responsabilização da equipe de enfermagem caso o paciente se lesione e a necessidade de realizar novamente o procedimento, como repassar sondas, são alguns dos motivos elencados pelos profissionais para uso de contenção. Frequentemente, a tomada de decisão da equipe, referente ao uso ou não da restrição, é influenciada pelas características pessoais de cada profissional.

Conclusão: Os pacientes internados nessa unidade demandam de inúmeros cuidados, destaca-se que, com o surgimento de alguma sintomatologia psiquiátrica essa demanda de cuidado intensifica-se. A equipe de enfermagem intensivista deve estar apto para identificar e intervir de forma rápida e assertiva ao surgimento de alterações de ordem psíquica, evitando assim a acentuação do sintoma e a necessidade de contenção.

Referências:

1. Costa JB, Marcon SS, Macedo CRL, Jorge AC, Duarte PAD. Sedação e memórias de pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2014;26(2):122-129.
2. Faria H, Paiva A, Marques P. A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. Rev. Enf. 2012 mar; 3(6).
3. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN no 427/2012. [acesso 17 dez 2016]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluocofen-n-4272012_9146.html

AVALIAÇÃO SITUADA DE USABILIDADE DE BOMBAS DE INFUSÃO: UM ESTUDO SOBRE A SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS E AS IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA DE INFUSÃO INTRAVENOSA CONTÍNUA NA UTI

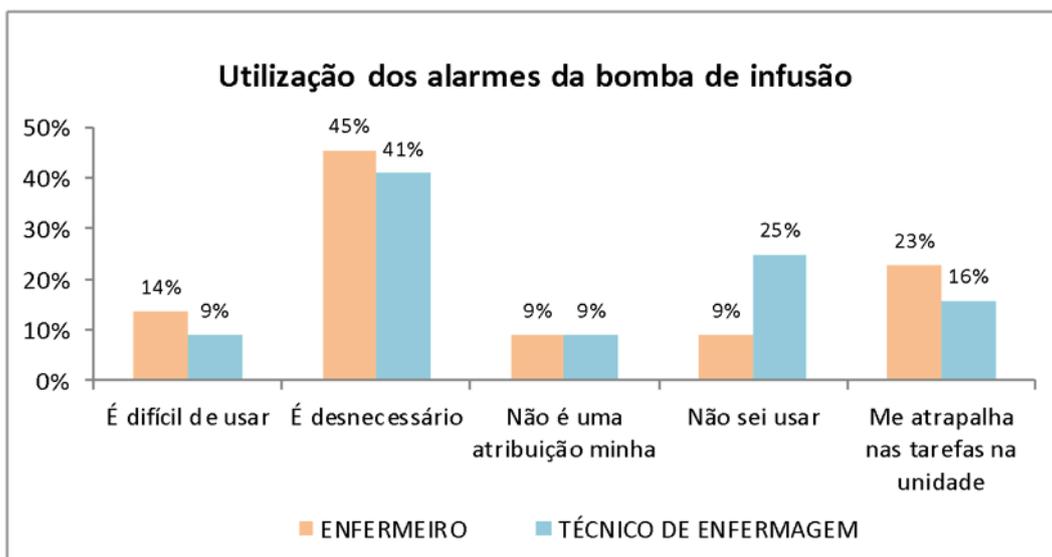
Elson Santos de Oliveira, Roberto Carlos Lyra da Silva, Tânia Catarina Sobral Soares, Marglory Fraga Carvalho, Ana Paula Amorim, Juliana Mendes Marques

Introdução: Equipamentos médicos-assistenciais (EMA) estão inseridos em um contexto muito complexo formado pelo ambiente, pelos usuários (profissionais de saúde), pelo paciente e sua doença e pelo conjunto de equipamentos utilizados na assistência. O que temos percebido nas unidades de cuidados intensivos é que cada vez mais nós profissionais, usuários de EMA, estamos nos deparando com dispositivos com interfaces computacionais dotados de diferentes recursos, como as bibliotecas de fármacos e infusão multicanais - das “Smart Pump”, os sistemas de alarmes e o Display “Multi Telas” touch screen dos monitores multiparamétricos; os Sistemas de Monitoramento de Glicemia à beira do leito e em tempo real, o prontuário eletrônico completamente digital e a possibilidade de interoperabilidade entre os EMA, que são exemplos dessas novas interfaces e recursos. O desenvolvimento de novas soluções tecnológicas para os problemas da saúde tem elevado também a complexidade do funcionamento e manejo desses serviços, com impactos sobre os recursos humanos disponíveis, para os quais tem se tornado cada vez mais complexo acompanhar todo este desenvolvimento, sobretudo no que se refere à utilização, na prática, dessas soluções tecnológicas¹.

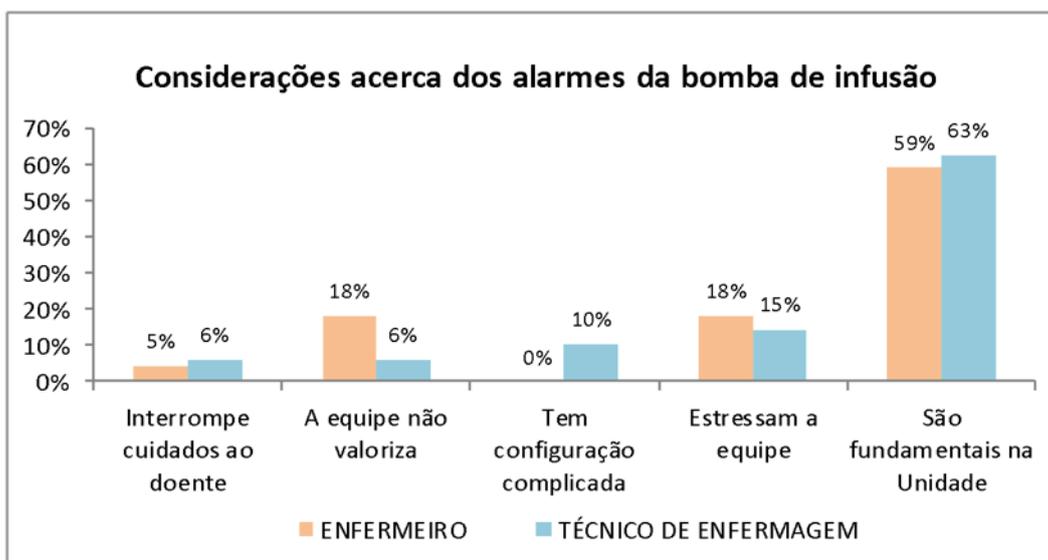
Objetivo: Foi analisar a usabilidade da bomba de infusão pelos profissionais de enfermagem (usuários) no cotidiano da prática de cuidar em unidades de cuidados intensivos, na perspectiva da satisfação do usuário, portanto, em condições normais ou habituais de uso, para propor modelos de melhorias na usabilidade e segurança do paciente durante a utilização de bombas de infusão para a administração de medicamentos.

Métodos: O estudo é de natureza descritiva do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa. Foi por se tratar da escassez de estudos acerca de avaliação de equipamento médico-assistencial nos moldes da avaliação de tecnologias em saúde (ATS) no Brasil, especificamente no que se refere à satisfação do usuário, que optamos por uma Avaliação Situada de Usabilidade. A Diretriz Metodológica para Estudos de Avaliação de EMA da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) recomenda levantar informações e avaliá-las diante dos seguintes domínios: clínico, admissibilidade, técnico, operacional, econômico e da inovação². Foram sujeitos desta pesquisa os usuários da bomba de infusão (profissionais de enfermagem), onde aceitaram participar 21 Enfermeiros e 46 Técnicos de Enfermagem, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, considerando e respeitando a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, onde responderam um questionário com perguntas abertas e fechadas. Os dados dos questionários foram organizados em figuras, tabelas e quadros, após terem sido tratados estatisticamente, apenas para determinar a frequência simples. Utilizamos o editor de planilha Microsoft Office Excel 2007, para a criação e organização do banco de dados. O cenário de estudo foi uma Unidade de Tratamento Intensivo Adulto (UTI) com 24 leitos com perfil clínico e cirúrgico de um hospital público com emergência aberta, situado no município do Rio de Janeiro com capacidade funcional de 350 leitos.

Resultados: Alguns achados deste estudo nos chamam a atenção, pois 5% (n=1) dos Enfermeiros (ENF) e 13% (n=6) dos Técnicos de Enfermagem (TE) não souberam informar a marca e o modelo do equipamento que utilizam na UTI; 14% (n=3) de ENF e 14% (n=6) de TE afirmaram que pouco sabem sobre o recurso de alarme da bomba de infusão (BI) com que trabalham; 5% (n=1) de ENF e 4% (n=3) de TE não compreendem as mensagens e informações emitidas pela BI; outro dado alarmante é que 82% (n=18) de ENF e 84% (n=34) informaram que não foram treinados para manusear esta BI formalmente e o conhecimento que possuíam foi passado por seus pares; quando perguntados sobre o que lhes fazia deixar de utilizar alguma funcionalidade de BI 55% (N=11) dos ENF e 64% (n=27) dos TE afirmaram que ela é desnecessária; sobre os alarmes 32% (n=7) dos ENF e 24% (n=11) dos TE afirmaram possuir dificuldade para configurar os alarmes, mesmo sabendo da sua importância; sobre a perspectiva dos alarmes 50% dos ENF e 40% dos TE afirmaram que as configurações dificultam seu dia a dia para manuseio da BI; ainda sobre os alarmes 45% dos ENF e 41% dos TE entendem como desnecessários os alarmes da BI e outros 23% dos ENF e 16% dos TE afirmaram que os alarmes atrapalham a realização das tarefas na UTI, ainda outros 9% dos ENF e 25% dos TE informaram não saber utilizar os alarmes da BI; ao comparar suas experiências com outras BI's em outras instituições, 73% dos ENF e 58% dos TE afirmaram que a BI da UTI cenário do estudo é mais fácil de manusear; no que tange a satisfação como usuários da BI, 82% dos ENF e 87% dos TE informaram que são satisfeitos com esse EMA.



Fonte: OLIVEIRA, 2015.



Fonte: OLIVEIRA, 2015.

Discussão: Embora muito legislado, os EMAs continuam sendo motivo de muita preocupação e seus sistemas de alarmes, que deveriam ser motivo de tranquilidade em termos de segurança do paciente, têm se tornado uma enorme preocupação, como visto neste estudo relacionado a BI. Constatamos a dificuldade encontrada pelos profissionais de enfermagem em ajustar e configurar os equipamentos. Nos parece muito claro o objetivo de alarmes clínicos em bombas de infusão. Quer seja para informar o término da infusão ou para nos chamar a atenção quanto a problemas relacionados a ela, sabemos o quanto esse recurso é importante para a segurança da infusão venosa, na medida em que os alarmes são uma fonte primária de informações valiosas. Daí a necessidade de serem utilizados como um forte aliado para a garantia da segurança do paciente, sobretudo durante a infusão contínua de fluidos e medicamentos. A ausência de treinamento ou proposta de educação permanente para manuseio adequado da BI, coloca em risco a segurança do paciente, tendo em vista que os achados deste estudo apontam para problemas de usabilidade. Faz-se necessário a compreensão pelos profissionais usuários da BI, independentemente de sua categoria profissional, a importância de que tais equipamentos sejam considerados parte de suas funções assistenciais e que quando ignorados ou não cuidados, podem colocar em risco a segurança dos pacientes na UTI.

Conclusão: O objetivo de fazer uma avaliação de usabilidade é encontrar possíveis problemas que usuários de um sistema, software ou de um equipamento médico-assistencial podem encontrar quando esses são utilizados em condições ou cenários reais de uso. Não poderíamos deixar de ressaltar ainda que a demanda por estudos acerca da usabilidade de EMA tende a crescer a cada dia, diante das evidências que têm sido mostradas não somente pelos resultados de estudos de avaliação de tecnologia e avaliação econômica em saúde, mas principalmente pelo que temos constatado na prática, quando nos deparamos com a constante modernização e incorporação de novos EMA's, a um custo cada vez maior. Portanto, acreditamos que esse estudo possa contribuir para o desenvolvimento de novos sistemas e software, que permitam cada vez mais melhorias na interação humano-computador, através de interfaces, digamos, mais "amigáveis", e que seus resultados possam realimentar o ciclo do projeto da bomba de infusão, mesmo sabendo que no Brasil, particularmente, a legislação não exige, ainda, a certificação de fatores humanos para o registro de equipamentos médico assistenciais.

Referências:

1. ANVISA. Resolução RDC nº 02, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Brasília, 2010b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/anvisa/102722-2.html>>. Acesso em: 12 setembro de 2013.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de estudos para avaliação de equipamentos médicos assistenciais / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/bvs>> e na página da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde: <www.saude.gov.br/rebrats>. Acesso em: 10 de dezembro de 2013.

A FAMÍLIA NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA ANÁLISE SEGUNDO BARDIN.

Layana de Paula Cavalcante, Violante Augusta Braga Batista, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Islane Costa Ramos, Michell Ângelo Marques Araújo

Introdução: O Enfermeiro intensivista possui um papel relevante no processo de doação e transplante de órgãos. Por ser o profissional que presta cuidados diretos ao paciente, ele tem a oportunidade de acompanhar, de maneira mais próxima, a evolução da doença, com condições de identificar, precocemente, um coma arreativo e aperceptivo, o que torna todo o processo de abertura do protocolo mais ágil. Culmina com o início, também precoce, da manutenção das disfunções sistêmicas ocasionada pela morte encefálica (ME). Desta maneira, a viabilidade dos órgãos a serem transplantados é otimizada. Também pela proximidade que esse profissional possui com os familiares a sua conduta pode influenciar, diretamente, o ato de doar da família. A família do potencial doador, em geral, apresenta-se fragilizada e necessita de cuidado e atenção por parte da equipe de saúde, pois enfrenta um momento de dor, com a perda de um ente querido. Nesse momento as dúvidas dos familiares devem ser sanadas em todas as fases do processo. Desta forma, é possível estabelecer um vínculo entre a equipe e a família, o que pode influenciar positivamente, ou não, no momento da decisão pela doação de órgãos (BOUSSO, 2008; SANTOS; MASSAROLLO, 2005). Segundo Rech e Rodrigues Filho (2015), a recusa familiar é, atualmente a primeira causa de não captação de órgãos. Para os autores, a forma como a família é recebida pelos profissionais de saúde da UTI, o interesse demonstrado por estes em relação ao potencial doador, ou o descontentamento com o atendimento prestado pela equipe de saúde, podem influenciar de forma positiva ou negativa a decisão familiar de doar ou não os órgãos. Outras questões como religião, etnia, grau de entendimento sobre ME e pouco conhecimento sobre o processo de doação também podem influenciar no momento da decisão.

Objetivos: Objetivou-se analisar a percepção dos Enfermeiros de terapia intensiva sobre a família no processo de doação de órgãos e tecidos.

Método: Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e analítica, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) clínico de um hospital público estadual em Fortaleza - CE. Os sujeitos do estudo foram 30 Enfermeiros que atuam no serviço. A produção de dados ocorreu entre agosto de 2013 a janeiro de 2014, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, conforme Parecer nº 376.423. Os dados deste estudo foram produzidos através de entrevista e a partir da observação sistemática. Na análise do material optamos pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, segundo Bardin (2011). Para a ordenação do material empírico e constituição do corpus, aplicamos a técnica de análise categorial. O processo de análise e discussão foi construído com base no discurso do Enfermeiro do CTI, nas informações da observação e diário de campo. O processo de análise e discussão iniciou-se com o agrupamento e classificação do material produzido em categorias e subcategorias. A observação sistemática da assistência dos Enfermeiros ao potencial doador de órgãos foi utilizada como contraponto ao discurso dos sujeitos ao definirem sua prática junto ao paciente e sua família.

Resultados e Discussão: Na percepção dos Enfermeiros intensivistas sobre a doação de órgãos e tecidos aparece a referência à família como parte desse processo, associada aos seguintes fatores: à falta de entendimento sobre o conceito de morte encefálica; à fragilidade emocional; doação considerada como mutilação do corpo; possibilidade de interferir na decisão da família quanto à doação. A dúvida quanto à definição de morte encefálica ou aceitação como morte está presente em estudos realizados no Brasil (BARCELLOS et al., 2005; MENDES-SASSO et al., 2008; MORAES et al., 2009; DUARTE et al., 2002). Em um desses estudos essa dificuldade pode ser evidenciada na troca do termo morte por ME em uma das questões feitas à população, o que levou a uma redução de aproximadamente 20% na autorização para a doação, sugerindo a falta de conhecimento ou não aceitação (BARCELLOS et al., 2005).

[...] às vezes, eles (familiares) não têm o conhecimento necessário para entender que, realmente, a pessoa não está mais viva, só aquele órgão continua funcionando, que a pessoa não vai restabelecer ao que era antes (E5). [...] fica complicado para eles entenderem, aplicarem o conceito de que a pessoa não está mais viva, apesar deles verem que a pessoa está respirando, mesmo que por meio de aparelhos (E5).

Dados coletados em agosto de 2013 a janeiro de 2014.

Nesse momento o Enfermeiro intensivista pode atuar de maneira a minimizar as dúvidas dos familiares acerca da falta de entendimento do conceito de morte encefálica. Conhecer os fatores que influenciam os familiares na tomada de decisão é importante para saber como agir frente à angústia da família. O desconhecimento, as crenças populares e as questões religiosas, entre outras motivações, podem fazer com que o familiar atribua à doação conotações negativas ou distorcidas, entre elas a associação com a mutilação do corpo.

É difícil pra família entender. Ainda é muito novo, né? Eles, ainda, tem o estigma de que vai desestruturar todo o corpo, que vai mexer com todo o corpo (E7). O processo de perda é muito difícil e a pessoa que vai receber o seu familiar, o seu ente querido retalhado depois da doação de órgãos é uma coisa complicada, por isso que eu acho muito bonito (E11).

Dados coletados em agosto de 2013 a janeiro de 2014.

Sabe-se que os familiares devem receber o corpo dignamente e composto, conforme previsto pela Lei 9.434/1997 (DOU, 1997a). Diante disso, é necessário que o Enfermeiro possua competência técnico-científica, além do conhecimento da legislação específica que rege o processo de doação-transplante, para que com essas habilidades possa lidar com situações conflituosas na tomada de decisão. O medo da desfiguração e da perda da integridade física do corpo do falecido faz com que a família veja a doação como uma mutilação, e não como um ato cirúrgico. (Barber et al, 2006; Siminoff et al., 2007). A tomada de decisão da família, ao autorizar a doação de órgão e tecidos é considerada pelos Enfermeiros como um fato que pode ser direcionado e modificado pela sua influência junto ao familiar.

[...] eu sinto falta de conversar com a família sobre a doação [...]Principalmente, as que são contra, para tentar convencer, entendeu?(E1). Então eu sou muito a favor. Sempre que eu posso tá conversando com a família para incentivar uma doação, explicar... (E8).

Dados coletados em agosto de 2013 a janeiro de 2014.

É importante salientar que a decisão de doar fica a cargo, apenas, da família. Desse modo, os Enfermeiros que lidam com essas famílias devem ser bem treinados para, efetivamente, informar e esclarecer sobre o assunto, além de serem capazes de perceber quando não conseguem entender o processo de doação. Daí a importância da capacitação para habilitá-los a lidar com a situação de maneira adequada, esclarecendo os conceitos e etapas que envolvem o processo, abstendo-se de influenciar na tomada de decisão dos familiares. Na situação de morte encefálica nenhum profissional da saúde, e nesse caso o Enfermeiro intensivista, deve procurar convencer ou induzir a família a concordar com a doação dos órgãos do familiar, mas sim informar e esclarecer sobre a opção de doação dos órgãos. Segundo Sadala (2004), as famílias que têm suas dúvidas sanadas a respeito do processo de doação julgaram a experiência positiva, pois puderam fazer a sua opção de forma consciente, correspondendo ao seu desejo genuíno de doar. Em situações diferentes, quando a definição pela doação ocorreu passivamente, mais em resposta a pressões externas do que à convicção de que seria o correto doar, a experiência familiar aconteceu de forma traumática e foi avaliada por seus membros como uma experiência negativa. Conclusão: A concepção do Enfermeiro intensivista sobre o processo de doação de órgãos, constituiu-se de atribuição de valores, de objetivação de finalidades e de atribuição de responsabilidades sobre a decisão da família de doar órgãos e tecidos do parente em morte encefálica. Com base no discurso dos sujeitos foi possível apreender dificuldades, inadequações e, até mesmo, despreparo do profissional para lidar com as situações que envolvem o processo de doação de órgãos e tecidos. Os resultados sugerem, portanto, como questão imprescindível no processo doação e transplante de órgão e tecidos, a necessidade de adequação das ações dos enfermeiros envolvidos na assistência ao paciente potencial doador de órgão e seus familiares.

Referências:

1. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.
2. BRASIL. Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, seção 1, 2001 mar. 24. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10211.htm>. Acesso em: 20mar. 2010.
3. PARKES, C.M. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998

TEMAS LIVRES – APRESENTAÇÃO E-PÔSTER

DESTAQUES: PERFIL DOS PACIENTES COM SARA MODERADA A GRAVE SUBMETIDOS À POSIÇÃO PRONA NO CTI ADULTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Miriane Melo Silveira Moretti, Marcele Chisté, Gracieli Nadalon Deponti, Daniele Martins Piekala, Silvia Daniela Minossi, Dulce Welter

Objetivo: Descrever o perfil dos pacientes com Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) moderada à grave submetidos à posição Prona no Centro de Terapia Intensiva (CTI) e acompanhados pelo Programa Multidisciplinar de Ensino e Pesquisa em Prona (PEPRONA) de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo a partir do banco de dados dos pacientes com SARA moderada a grave colocados em posição prona no CTI no período de janeiro de 2015 a março de 2017. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. Foram coletados dados a partir da revisão dos prontuários eletrônicos e inseridos em um formulário estruturado, constando de dados sócio demográficos e clínicos dos pacientes durante internação no CTI. Os dados foram sumarizados no programa Excel e analisados por estatística descritiva.

Resultados: Foram incluídos 24 pacientes, sendo 60% do sexo masculino, com média de idade de $45,4 \pm 15,8$ e IMC (Índice de Massa Corporal) $29,3 \pm 6,3$. Com relação à internação no CTI, os pacientes tiveram uma média de APACHE de $23,9 \pm 7,6$, o motivo principal de internação foi SARA primária causada por pneumonia em 64%, seguido de choque séptico em 47% dos casos. Em relação às comorbidades, 36% dos pacientes possuíam Hipertensão Arterial Sistêmica e 16% Diabetes Mellitus. Dos pacientes submetidos à posição prona, 100% tinham relação PaO₂/FIO₂ abaixo de 150 mmHg (média de $106,4 \pm 17,8$) no momento de diagnóstico da SARA. Permaneceram em média $17,5 \pm 4,02$ horas em Prona e 64,7% tiveram alta do CTI.

Conclusão: Os dados avaliados demonstram adequação de indicação do prona, segundo protocolo da instituição, o tempo de manutenção da posição e a taxa de sobrevivência são similares às descritas na literatura internacional. O conhecimento do perfil de pacientes com SARA moderada a grave que são submetidos à posição Prona contribui para um melhor planejamento do cuidado, garantindo uma assistência de qualidade, com maior segurança e melhores desfechos. Além disso, é fundamental conscientizar a equipe assistencial multidisciplinar sobre a importância e o benefício da realização dessa manobra nos pacientes com SARA moderada ou grave.

DESTAQUES: IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE MANEJO NA HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA ANEURISMÁTICA (HSA), UTILIZANDO O CICLO PDCA: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL

Natália Britz de Lima, Gabriela da Silva, Vanessa Pegoraro Maschke, Luisa Gomes Klein, Tobias Ludwig do Nascimento, Carla Bittencourt Rynkowski

Objetivo: Descrever o uso do PDCA (planejamento, desenvolvimento, controle, ação), na implantação de um protocolo assistencial para manejo da HSA.

Método: Descritivo, dos passos do desenvolvimento do ciclo PDCA utilizados na implantação de um protocolo assistencial. A fase de PLANEJAMENTO, foi baseada na avaliação de estudo retrospectivo local (2014/15). Este identificou, que o tempo até o tratamento do aneurisma era prolongado (média de 6 dias) em relação ao preconizado na literatura (3 dias). O que pode agravar o risco de ressangramento. Como também, identificada a necessidade de implantação de um protocolo institucional para manejo da HSA. No DESENVOLVIMENTO, foi elaborado o protocolo institucional (março – setembro/2016) baseado em revisão bibliográfica, discussão e ajuste da melhor evidência para realidade do que há disponível no HCR. Em outubro/2016, o protocolo foi divulgado através de apresentação e treinamento das equipes dos setores envolvidos na assistência desses pacientes. Também foi criada equipe multiassistencial específica para controle do mesmo. O protocolo foi efetivamente iniciado em Novembro de 2016. Na parte de CONTROLE, foi implantado um banco de dados prospectivo com diversas informações epidemiológicas, evolutivas e a respeito do desfecho hospitalar e a longo prazo desses pacientes. E, por fim, na AÇÃO CORRETIVA, foram identificados principais desajustes das metas iniciais, comparando-se os dados obtidos aos do estudo retrospectivo e programados ajustes necessários. Para essa fase foi criada equipe multiassistencial para avaliação do seguimento do protocolo, bem como de seus resultados e planejamento de futuras intervenções.

Resultados: Observou-se de forma geral adesão ao protocolo, bem como uma melhora nos registros dos pacientes em prontuário eletrônico. Apesar da impressão da equipe, que após a implantação do protocolo os processos ficaram mais ágeis, com os 44 pacientes iniciais observou-se que o tempo do ictus até tratamento ficou em 7 dias, ainda superior ao preconizado na literatura. Muito provavelmente esse dado deve-se ao fato que 72% deles vieram encaminhados de outros serviço e podem já ter chegado ao hospital após os 3 dias do ictus.

Conclusões: Observou-se que para implantação de melhorias no cenário assistencial, é fundamental o conhecimento, a monitoração e discussão dos dados, bem como o envolvimento de toda equipe assistencial. Como a maioria dos pacientes chega num tempo tardio para tratamento no centro de referência, a próxima meta é uma campanha de conscientização nos principais centros fornecedores de pacientes. Será enfatizada necessidade de agilidade no diagnóstico e encaminhamento para tratamento definitivo no centro especializado.

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA SECUNDÁRIA A ACIDOSE E HIPERCALEMIA ASSOCIADA AO CONSUMO DE COCAÍNA- EVOLUÇÃO PARA MORTE ENCEFÁLICA.

Juliana Martins Bessa, Carolina Chitolina Eberle

Define-se como parada cardiorrespiratória (PCR) a interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e ou da respiração. No Brasil, ocorrem cerca de 200.000 PCR/ano, sendo que 50% ocorrem extra-hospitalar, por fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso. A acidose e a hipercalemia, são possíveis causas de PCR. Além da acidose, outros tipos de lesões podem fazer com que as células liberem mais potássio para a corrente sanguínea, como a rhabdomiólise causada por drogas, principalmente a cocaína. Este relato trata-se de um paciente, do sexo masculino, 32 anos, histórico de drogadição e tentativas de suicídio, encontrado em um motel sozinho e com vestígios de uso de drogas. Apresentou agitação psicomotora importante, seguida de crise convulsiva e duas PCRs, com tempo de aproximadamente 10 minutos cada. Interna na Unidade de Terapia Intensiva por PCR secundária a acidose e hipercalemia, associado ao consumo de cocaína, evoluindo para rhabdomiólise e insuficiência renal aguda. No dia seguinte, apresenta miofasciculações na língua, sem resposta a estímulos, com taquicardia, taquipnéia e hipertensão, apresentando diurese de cor amarronzada – mioglobulinúria, com baixo débito com plano de iniciar hemodiálise convencional. Três dias após a internação, paciente apresenta midríase bilateral, sem fotorreação, encaminhado para tomografia de urgência, evidenciado edema cerebral difuso com sinais de herniação transtentorial e colapso do quarto ventrículo. Durante o transporte à tomografia paciente ficou hipotenso e bradicárdico, após retorno a UTI foi iniciado uso de vasopressor e suspensa a sedação. Após 24 horas, realizaram-se dois testes clínicos e cintilografia cerebral, onde não se observou atividade perfusional do radiofármaco no parênquima, confirmando o diagnóstico de morte encefálica. No caso de morte encefálica, a família deve ser comunicada sobre o óbito e deve-se informar a central intra-hospitalar de transplante, com vistas à abordagem de uma possível doação de órgãos, bem como, realizar a manutenção e cuidados com potencial doador baseando-se nas premissas de controle hemodinâmico, hidroeletrólítico, glicêmico, da temperatura corporal e da ventilação adequada. Neste caso, só foi possível a doação dos rins, os demais órgãos apresentaram alteração nos exames sanguíneos.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA COM TRATAMENTO ENDOVASCULAR

Carolina Chitolina Eberle, Juliana Martins Bessa

O aneurisma de aorta torácica é uma dilatação do diâmetro da parede da artéria em pelo menos 50% do tamanho normal, é resultante de múltiplos fatores de risco, entre eles a hipertensão arterial, sua apresentação é 75% assintomática, porém pode-se apresentar dor torácica, hemorragia digestiva alta, disfagia, entre outros. Sua incidência é de 6 a cada 100.000 pessoas por ano. A principal complicação é a dissecação deste aneurisma, podendo levar à hemorragia incontrolável. Este relato de caso trata-se de um paciente do sexo masculino, 64 anos, história de hipertensão, que procura atendimento por tosse e hemoptise, sendo diagnosticado com aneurisma de aorta torácica. No dia seguinte, interna na Unidade de Terapia Intensiva, mantendo-se lúcido, orientado, ventilando em ar ambiente e estável hemodinamicamente. Realizou angiotomografia de tórax onde observou-se dilatação aneurismática da aorta torácica, comprometendo especialmente o arco, com medida de 10,1 centímetros, presença de flap de dissecação que se iniciava logo após a emergência da subclávia esquerda e se estendia inferiormente até às artérias ilíacas. Optou-se, neste caso, por tratamento endovascular com endoprótese. No retorno do bloco cirúrgico, o paciente encontrava-se sedado, em ventilação mecânica, instável hemodinamicamente e presença de sangramento em vias aéreas. Dois dias após a cirurgia, paciente encontrava-se acordado, permanecia em ventilação mecânica, hemodinâmica estável, e apresentou episódio de hipotensão súbita, grande quantidade de secreção hemática pelo tubo orotraqueal, rebaixamento do sensório e bradicardia, evoluindo para parada cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso, sendo possível etiologia, a ruptura do aneurisma. Neste caso clínico optou-se pelo tratamento endovascular porque a inserção de endoprótese na aorta torácica é uma importante alternativa à cirurgia convencional, apresentando risco de mortalidade de 9% de paraplegia de 3%, além de menor necessidade de hemotransfusão e redução do tempo de internação hospitalar. Dentre as possíveis complicações deste procedimento estão: infarto do miocárdio, insuficiência renal aguda, embolia para membros inferiores, ruptura de falsa luz e síndrome pós-implantação. O paciente deste caso apresentou ruptura do aneurisma mesmo após a inserção da endoprótese, era um risco possível pela extensão do aneurisma, evoluindo para uma parada cardiorrespiratória com possível etiologia de hipovolemia. Os cuidados de enfermagem baseiam-se fundamentalmente na identificação precoce dos sinais e sintomas das complicações deste tipo de patologia e procedimento, bem como atentar para nível de consciência, manejo da pressão arterial, dispnéia e orientar pacientes e familiares, enfim, proporcionar um cuidado integral.

PARAMETRIZAÇÃO DE ALARMES DE MONITORIZAÇÃO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS TRAUMATO-ORTOPÉDICOS

Carolina Corrêa Pinto de Farias, Monique de Sousa Furtado, Adriana Carla Bridi, Roberto Carlos Lyra da Silva

Objetivo: Avaliar a contribuição da parametrização individualizada dos valores limítrofes de alarmes das variáveis fisiológicas monitoradas pelos monitores multiparamétricos na redução da fadiga de alarmes.

Método: Abordagem quantitativa, com delineamento quase experimental e técnica de observação participante para coleta de dados. O cenário foi uma unidade de cuidados intensivos com 10 leitos, de um hospital público federal de traumatologia e ortopedia no município do Rio de Janeiro. A produção de dados se deu em 2 momentos de observação (pré e pós-parametrização dos limites de alarmes das variáveis fisiológicas) sendo 30 horas de pré-parametrização e 10 horas de pós. Resultados: Nas primeiras 20 horas do momento pré-parametrização foram registrados 1988 alarmes de equipamentos médico-assistenciais, dos quais 1715 (86%) foram provenientes dos monitores multiparamétricos. Nas 10 horas seguintes, registrando apenas alarmes disparados por estes monitores, foram contabilizados 643 alarmes. A fadiga de alarmes chegou a 99,4% e o tempo médio de atendimento foi de 3:08 minutos. No momento pós-parametrização, foram registrados 948 alarmes provenientes dos monitores multiparamétricos, dos quais 97% foram classificados como inconsistentes. A fadiga de alarmes alcançou 99,7% e o tempo médio de atendimento foi de 2:30 minutos. Observou-se um incremento de 36,4% no número de alarmes disparados e na fadiga de alarmes entre os momentos pré e pós-parametrização dos alarmes.

Conclusão: Embora a parametrização dos alarmes tivesse reduzido o tempo de resposta da equipe aos alarmes disparados, ela isoladamente não foi efetiva na redução dos alarmes disparados pelos monitores multiparamétricos.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS DE PACIENTES INTERNADOS EM UTI PROVENIENTE DE TCE E AVC

Adriana Scher Soares de Amorim, Maria Izabel Mota Xavier, Alexandra Noemi Silva

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico dos óbitos em pacientes com TCE e AVC nas UTIs da região Nordeste do Brasil, no período de 2010 a 2016.

Metodologia: Estudo epidemiológico, descritivo e quantitativo. Foram utilizados dados secundários disponíveis no DATASUS/TABNET proveniente do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH). Os dados coletados se referem ao período de 2010 a 2016 analisados por percentuais. As variáveis utilizadas foram: sexo, faixa etária, Capítulos (CID-10) e região. O estudo teve como referência a classificação pelos capítulos da CID-10, os capítulos IX e o XIX são respectivamente, referentes às doenças do aparelho circulatório, lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas. Por se tratar de dados secundários de domínio público não há implicações éticas. Resultados/Discussão: O total de óbitos em 2016 por doenças do aparelho circulatório e das lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas correspondeu a 19,86% e 6,20%, respectivamente. Do capítulo IX, 32,90% dos óbitos foram por AVC. A maior população afetada por AVC são os idosos com 77,97% dos óbitos. Já o traumatismo intracraniano – TCE – tem grande importância entre população do sexo masculino, sendo 82,19% dos óbitos e entre os jovens-adultos, com 23,41% dos óbitos entre 20 a 29 anos e 18,58% entre 30 e 39 anos. Dos estados que compõe a região Nordeste, o maior percentual de óbitos, entre 2010 a 2016 foi registrado na Bahia onde 28,13% referem-se às doenças cardiovasculares e 22,61% foram lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas em 2016.

Conclusão: Informações sobre as características epidemiológicas dos pacientes internados em UTI subsidiam a preparação da unidade para receber casos específicos como de TCE e AVC, além de qualificar os profissionais para desenvolver ações de educação permanente, prevenindo complicações de patologias mais frequentes e importantes.

AUDITORIA EM REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Gabriela Botelho Pereira, Jaqueline Bicca Siqueira, Roseméri de Abreu Pedrozo Lauren Salaberry Ferreira, Bárbara Resende Ramos

Objetivo: O objetivo do presente estudo foi avaliar os registros de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva por meio de auditoria concorrente, possibilitando identificar possíveis falhas e planejar o aprimoramento das informações a respeito do cuidado prestado.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de caráter descritivo e exploratório, realizada no período de julho a dezembro de 2016 em prontuários da unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. A amostra foi de 30% dos prontuários da unidade, buscando-se exclusivamente anotações de Técnicos em Enfermagem. Os dados foram coletados por busca ativa de maneira prospectiva.

Resultados: Obteve-se como resultados índices de 96,6% de anotações de enfermagem realizadas, dentre essas 92,5% eram carimbadas e 97,5% assinadas. Das anotações executadas, 71,6% apresentavam registro de horário, 10,5% continham rasuras e não houve utilização de corretivo líquido nos formulários no período pesquisado. As abreviaturas não padronizadas surgiram em 91,6% das anotações e 90,5% apresentavam etiqueta de identificação do paciente no formulário de registro.

Conclusão: A unidade apresentou números bem próximos do adequado em relação à realização das anotações, porém presença importante de abreviaturas não padronizadas, provavelmente pelas características das tecnologias e dos cuidados prestados aos pacientes criticamente enfermos. Sugere-se, a partir dos resultados a realização da padronização institucional das abreviaturas e capacitação dos colaboradores nas questões legais relacionadas aos registros de enfermagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES IDOSOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Carla Regina Blanski Rodrigues, Clóris Regina BlanskiGrden, Camila Wolff, Luciane Patrícia Andreani Cabral, Daniele Brasil.

Objetivo: Identificar os principais diagnósticos de enfermagem para indivíduos idosos em uma unidade de terapia intensiva (UTI).

Método: Estudo descritivo, documental mediante levantamento dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes internados em uma (UTI) adulto de um Hospital Universitário, no município de Ponta Grossa/PR. O referido estabelecimento hospitalar apresenta 20 leitos destinados unicamente a atendimento SUS e as etapas do Processo de Enfermagem vem sendo implementadas desde 2010 utilizando-se como arcabouço teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Vanda de Aguiar Horta (HORTA, 1979). Os diagnósticos de enfermagem são elaborados a partir da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE®) (GARCIA, 2015). A seleção dos prontuários ocorreu por conveniência, por meio dos seguintes critérios de inclusão: a) idade acima de 60 anos; b) ambos os sexos; c) permanência de internação mínima de 24 horas na UTI durante o período de janeiro a março de 2017. Para realizar o levantamento dos diagnósticos de enfermagem foi utilizada a prescrição de enfermagem realizada no primeiro dia do internamento.

Resultados: Ocorreu o registro de 121 idosos internados na UTI no primeiro trimestre de 2017, e 77 atenderam os critérios de inclusão, dos quais 51,9% eram do sexo masculino e 48,1% do sexo feminino, na faixa etária entre 60 a 91 anos com média de idade 72,4 anos. Predomínio de indivíduos brancos (89,6%), casados (49,4%), baixa escolaridade (77,9%). O tempo médio de internação foi de 5,8 dias (1-30 dias). Foi identificado 46 diferentes diagnósticos médicos de internação e o predominante foi o CID-I64 Acidente Vascular Cerebral não especificado (23,4%). Identificaram-se 604 diagnósticos de enfermagem. Após a exclusão de repetições encontram-se 44 diferentes títulos de diagnósticos com uma média 7,8 diagnósticos por paciente. Os diagnósticos mais frequentes foram: autocuidado comprometido (100%); risco de Infecção (96,1%); deambulação comprometida (96,1%); nutrição comprometida (75,3%); risco de desequilíbrio hidroeletrólítico (75,1%); risco para hipoglicemia (49,4%); risco para integridade da pele comprometida (45,4%); risco para hipo/hiperglicemia (36,3%); risco para sangramento (32,4%) e integridade da pele comprometida (31,2%).

Considerações Finais: O presente estudo identificou dez diagnósticos de enfermagem como mais frequentes diante do julgamento clínico do enfermeiro na assistência ao paciente idoso na UTI. Foi possível evidenciar que na UTI são mais prevalentes os diagnósticos de riscos (6) do que os diagnósticos reais (4). Com tal identificação torna-se mais claro o perfil clínico e epidemiológico das demandas dos pacientes idosos internados em UTI, propiciando um planejamento da assistência mais efetivo.

A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM NA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM COM RELAÇÃO À DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Rafaela B. S. R. Oliveira, Andressa Nogueira, Cristiane Quadros, Leticia Roberta Pedrinho

A doação de órgão é o ato de manifestar comunicando a família sobre sua vontade em vida, de ser ou não doador. Sendo que o mesmo poderá doar órgãos e tecidos. O presente estudo é de extrema importância para área de enfermagem, pois, durante a graduação observou-se a dificuldade com relação ao tema abordado. Com isso nota-se a importância do estudo durante a graduação, pois será o enfermeiro o profissional que terá contato direto com a população, e assim divulgando e esclarecendo dúvidas sobre a doação de órgãos, a morte encefálica e assim facilitando todo o processo.

Objetivo: Analisar o nível de conhecimento entre os acadêmicos do último ano do curso de enfermagem e a sua aceitação a respeito da doação de órgão.

Metodologia: O estudo caracteriza-se por ser bibliográfico, descritivo, de campo com abordagem qualitativa, realizado através de questionário com questões abertas e fechadas. Foram entrevistados 36 acadêmicos do oitavo período de enfermagem com idades entre vinte a quarenta e três anos.

Resultados: Todos os acadêmicos colocaram a doação de órgão sendo muito importante para a população em geral.

Conclusão: Apesar dos acadêmicos possuírem algum conhecimento sobre o tema, ainda fica nítida a falta de esclarecimento sobre alguns tópicos relacionados ao assunto mostrando assim a importância do tema doação de órgãos, ser mais abordado na formação acadêmica bem como para a população.

PERCEPÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS EM RELAÇÃO PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA PÓS-PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Graziela Pena Martins, Adriana Alves dos Santos

Objetivos: Descrever a percepção dos enfermeiros e médicos quanto à criação e a implantação ao protocolo de hipotermia terapêutica, assim como identificar as facilidades, dificuldades, aplicabilidade e efetividade do protocolo.

Metodologia: Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, realizado com médicos e enfermeiros de Unidade de terapia intensiva. Participaram 06 enfermeiros e 05 médicos e utilizou-se um questionário semi-estruturado para coleta de dados. Os dados foram analisados por análise de conteúdo.

Resultados: Elencaram-se três categorias: fases do protocolo de hipotermia; facilitadores e dificultadores para aplicação do protocolo; aplicabilidade e efetividade do protocolo de hipotermia.

Conclusão: Os participantes conhecem o tema. Capacitações e materiais disponíveis facilitam o processo. Indução/reaquecimento de pacientes e má adesão dos profissionais foram os dificultadores. Há controvérsias em relação à efetividade de protocolo. Salienta-se a necessidade de novos estudos sobre aplicabilidade e efetividade do protocolo na percepção dos profissionais de Unidade de terapia intensiva

O USO DE CARTÕES ILUSTRADOS NA FACILITAÇÃO DA COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE INTERNADO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Tainara Wink Vieira

A comunicação é um processo essencial para a efetivação do cuidado de enfermagem. É baseada em uma troca constante de mensagens e influencia o comportamento dos envolvidos, seja em sua modalidade verbal ou não verbal. Porém, em uma unidade de terapia intensiva (UTI), dificuldades no processo comunicativo são frequentes, principalmente em decorrência da intubação orotraqueal e traqueostomia dos pacientes, gerando frustração de ambas as partes e contribuindo para o estresse e ansiedade relacionados à internação. Desta forma, neste relato objetiva-se descrever a criação e implementação de cartões de necessidades básicas e alfabeto com a finalidade de aprimorar a comunicação com o paciente em uma UTI. Tal intervenção foi resultante de um projeto integrante do último estágio curricular do Curso de Bacharelado em Enfermagem, e foi planejada a partir dos instrumentos 5W2H e matriz FOFA, no período de junho a novembro de 2016, seguindo etapas de revisão bibliográfica, levantamento de dados na UTI, criação e revisão dos cartões, implementação e avaliação da intervenção. Foram elaborados dois cartões, um incluindo figuras e palavras que ilustraram necessidades básicas normalmente referidas pelos pacientes em tal contexto (água, comida, etc.) e a escala analógica de dor, e outro cartão com letras do alfabeto, caso o paciente quisesse informar algo não abordado anteriormente. Após a impressão e plastificação dos instrumentos, os cartões foram apresentados para a equipe multiprofissional, que foi orientada acerca de sua utilização e desinfecção, e então guardados em local de amplo acesso, junto aos questionários de avaliação. Esses foram semi estruturados, incluindo perguntas acerca da facilitação do processo comunicativo, e espaços para sugestões e críticas. A equipe apresentou boa aceitação em relação ao instrumento, referindo que tal estratégia seria positiva para melhorar a comunicação com seus pacientes. Ao final do estágio ainda não haviam questionários preenchidos acerca de sua utilização, tendo em vista que nenhum paciente estava apto a utilizar o recurso em decorrência de seu estado neurológico prejudicado. O aprimoramento da comunicação entre paciente, família e equipe é de extrema relevância para a humanização no ambiente hospitalar, sendo o uso de cartões ilustrados uma maneira simples e efetiva para facilitação de tal processo. Cabe à equipe multiprofissional, e em especial ao enfermeiro, refletir sobre tais práticas e pensar em alternativas para a qualificação do cuidado prestado.

RELATO DE CASO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA

Vivian Neubuser, Ana Paula Kersbaumer da Silva, Andreia Sousa Amorim Oliveira, Lucimara de Lima dos Santos

Introdução: Atualmente estudos clínicos sugerem que a hipotermia terapêutica reduz a lesão cerebral e melhora o desfecho neurológico de recém-nascidos (RN) de idade gestacional igual ou maior que 35 semanas, bem como encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI), melhorando o prognóstico da asfixia neonatal leve a moderada. Justifica-se então a necessidade de novos estudos para o uso da técnica em asfixia grave. Dessa forma relatamos a experiência da equipe assistencial ao implementar o protocolo da hipotermia terapêutica em um RN com asfixia perinatal grave em uma unidade de tratamento intensivo neonatal (UTIN) de um Hospital Privado localizado em Porto Alegre, RS.

Descrição: Os dados foram obtidos por meio de revisão do prontuário, bibliografia nacional e internacional. Recém-nascido T.P.Z., sexo masculino, nascido de parto vaginal com analgesia, capurro de 36 semanas e 5 dias, apgar 2/4/4. Diagnóstico de asfixia neonatal grave, em ventilação mecânica, sedado. Iniciado o protocolo de hipotermia com 4 horas de vida, ficando por 72hs com temperatura do paciente em 33,5°C controlada por termômetro transesofágico. Alguns cuidados de enfermagem foram implementados e rapidamente acionado uma série de recursos técnicos e humanos para garantir a efetividade da técnica. Após as 72hs de esfriamento, conforme o protocolo assistencial (0,5°C/haté 36,5°C). Apesar da manutenção do anticonvulsivante, foi extubado com 6 dias de vida, e alta hospitalar após 39 dias de internação. Necessitando reabilitação das funções fisiológicas e acompanhamento neurológico.

Comentários: Foi necessária uma intervenção da equipe frente à continuidade do cuidado no domicílio, compreendendo as novas necessidades do bebê, elaborado um programa de educação para alta para preparar a família e evitar reinternações. A hipotermia tem sido efetiva em reduzir sequelas neurológicas e em melhorar o prognóstico em longo prazo dos recém-nascidos com EHI e nesse bebê o desfecho clínico foi extremamente satisfatório. Palavras chave: hipotermia induzida, asfixia neonatal.

PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO PÓS-ALTA DE EGRESSOS DE UMA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL: RELATO DE CASO

Ana Paula Kersbaumer da Silva, Vivian Neubuser, Andreia Sousa Amorim Oliveira, Lucimara de Lima dos Santos

Introdução: A evolução tecnológica na assistência ao neonato hospitalizado e o sucesso no seu tratamento provoca uma reflexão da equipe de enfermagem a respeito da continuidade dos cuidados do recém-nascido (RN) egresso de uma unidade de tratamento intensivo neonatal (UTIN) no âmbito domiciliar.

Descrição: A chegada da criança em casa requer dos pais desprendimento de energia física e emocional, ocasionando o surgimento de dúvidas que os confrontam acerca de seu preparo e competência para realização de pequenas tarefas. Entendendo a responsabilidade da instituição de saúde, foram desenvolvidas ferramentas, para garantir a continuidade da assistência ao neonato no domicílio. Nesse sentido usa-se um plano de preparo para alta durante a internação, além da aplicação de uma metodologia sistematizada solucionando dúvidas, a fim de minimizar possíveis efeitos tóxicos decorrente da hospitalização. Após uma semana da alta é realizado um contato telefônico por enfermeiros, do turno da noite, por coincidir com horário mais disponível da família. Acredita-se que esse tempo é necessário, pois há uma migração entre o estágio de euforia pós-alta ao de exaustão. Nesse contato, se estabelece um diálogo a partir de um questionário pré-estruturado que oferece subsídios para melhoria da prática assistencial, além de atribuir uma avaliação do serviço prestado. O segundo contato ocorre em até 30 dias após a alta onde se entende que os pais já conseguiram reorganizar suas rotinas e adequá-las a assistência da criança.

Comentários: Após o início do acompanhamento aos egressos da UTIN em 2010, foram realizados 2880 contatos e evidenciou-se que a nota média atribuída ao projeto foi de 9,8 demonstrando que os pais reconhecem a qualidade da assistência prestada, da mesma maneira a resolubilidade do motivo da internação. O acompanhamento pós-alta, permite identificar gaps nas orientações e avaliação constante da necessidade de introdução de novos recursos de educação na preparação da alta hospitalar. As dúvidas mais frequentes que serviram como base para melhorias referiam-se a temas comuns como, cólica abdominal, dificuldade de amamentação, secreção de vias aéreas, eliminações fisiológicas e etc.

Palavras-chave: enfermagem, cuidado da criança, recém-nascido.

PSEUDOMONAS AERUGINOSA: RELAÇÃO ENTRE COLONIZAÇÃO E INFECÇÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Vanessa Pereira Silva, Fernanda Solim, Gislaine Cristhina Bellusse, Juliana Machado Campos Fleck, Vanda Maria Gimenes, Julio Cesar Ribeiro

Objetivo: O objetivo deste estudo foi identificar o número de pacientes colonizados e infectados por *Pseudomonas aeruginosa* em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI).

Método: Tratou-se de um estudo descritivo retrospectivo de abordagem quantitativa, baseado em dados secundários obtidos pelos relatórios elaborados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) de um hospital privado filantrópico do interior do estado de São Paulo durante o período de outubro de 2014 à dezembro de 2015. Foram incluídos neste estudo sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, internados na UTI adulto com cultura positiva para *Pseudomonas aeruginosa*. O protocolo de vigilância consistiu na realização de culturas de vigilância através da coleta de swab de região inguinal e retal e aspirado traqueal dos pacientes internados na UTI. A coleta foi realizada semanalmente, às segundas-feiras, em todos pacientes internados na UTI por mais de 72 horas. Nos casos do aspirado traqueal, os pacientes incluídos foram aqueles que se encontravam sob intubação orotraqueal ou traqueostomia, e excluídos os pacientes em respiração espontânea, devido à baixa especificidade de culturas de escarro. Foram excluídos também, pacientes com diagnóstico de infecção hospitalar (IH) relacionada a outros microrganismos. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do local do estudo, em atendimento à Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e aprovado através do protocolo CAAE 58043516.0.0000.5438.

Resultados: A amostra da pesquisa constituiu-se de 1129 pacientes. Os resultados apontaram 619 pacientes (54,8%) colonizados, sendo 152 destes (24,5%) por *Pseudomonas aeruginosa*. Dos 152, 75 pacientes (49,3%) eram colonizados sensíveis e 77 (50,7%) multidrogarristentes. Com relação à infecção, dos 152 pacientes colonizados por *Pseudomonas aeruginosa*, 14 (9,2%) estavam com infecção relacionada à esse microrganismo, destes 04 (35,0%) por *Pseudomonas sensível* e 10 (71,4%) por *Pseudomonas multidroga resistente*. Durante o período do estudo, 416 pacientes foram à óbito na UTI, destes, 33 óbitos (7,93%) foram relacionados a IH, e destes 02 óbitos (6,0%) ocorreram devido à IH por *Pseudomonas aeruginosa*.

Conclusão: Concluiu-se que a *Pseudomonas aeruginosa* é prevalente na UTI estudada. Salienta-se que o enfermeiro tem papel fundamental nesse cenário, pois é o profissional que está presente durante toda a assistência prestada ao paciente, responsável por identificar, diagnosticar e notificar os casos de colonização e de infecção hospitalar, bem como capacitar a equipe quanto às medidas de prevenção e controle, com o objetivo de assegurar a qualidade do cuidado prestado ao paciente.

ACÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM UM GRUPO DE PAIS DE BEBÊS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alessandra Scharfenberg Sanches, Juliana Fernandes da Silva, Mariane Kunzler, Marcela Torres Aldigueri Goulart

Introdução: A gestação é um período de repercussões importantes no ambiente familiar. Criam-se expectativas em relação ao parto, amamentação e vínculo afetivo. No entanto, quando há a indicação de internação em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINEO), os pais podem apresentar alterações do estado de humor, medos, dúvidas e frustrações. Nessa circunstância, o apoio oferecido às famílias pela equipe multiprofissional é indispensável no período de hospitalização. Uma das formas de amparo é o grupo de pais, que tem por finalidade acolher, orientar e educar continuamente a família.

Descrição do Caso: Neste hospital, o grupo originalmente funcionava sob orientação de uma enfermeira, uma psicóloga e uma nutricionista, quando no último ano ocorreu uma queda importante na adesão dos pais e, a partir de 2017 foi reconsiderado a proposta do grupo, passando a ter dois profissionais organizadores, uma enfermeira e uma psicóloga, enquanto os demais membros da equipe multiprofissional são vinculados como palestrantes convidados. Foi criada uma nova proposta de trabalho para os encontros quinzenais do grupo de apoio aos pais; utilizando da educação permanente em saúde como ferramenta de ensino –aprendizagem, inserindo as mães da UTINEO na construção das temáticas do grupo.

Comentários: Maior adesão e participação quando as próprias mães definem o tema dos encontros, quando o grupo acontece em horários que não envolvem os cuidados com os recém-nascidos, quando as autoras se adequaram ao ambiente das mães fazendo do grupo um espaço de troca e intercâmbio de saberes, o que transforma a permanência dentro da UTINEO mais acolhedora e fraterna, oportunizando a formação de um vínculo de respeito e confiança entre os pais e a equipe multidisciplinar. Utilizar novos métodos de ensino para conduzir o grupo de apoio aos pais vem se mostrando eficiente e satisfatório, pois estabelece um ambiente de construção entre as famílias e os profissionais de saúde, enfatizando a humanização e a educação.

MANEJO DO PACIENTE GRANDE QUEIMADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM DESAFIO PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Paula Buchs Zucatti, Carolina Chitolina Eberle, Larissa Diniz Bottino, Tainara Wink Vieira

A queimadura representa uma lesão traumática de grande complexidade e com altas taxas de mortalidade, principalmente quando associada a quadros infecciosos. Seu tratamento demanda abordagem multiprofissional e exige do enfermeiro elencar as prioridades do cuidado, planejando uma assistência adequada às necessidades do paciente e monitorando sua estabilização física e psicológica. Este estudo objetiva relatar o caso de um paciente grande queimado e a operacionalização do processo de enfermagem neste contexto. Trata-se do relato de caso de um paciente atendido na unidade de terapia intensiva de um hospital de referência em trauma no sul do Brasil em maio de 2017. Paciente masculino, 45 anos, vítima de queimaduras por álcool de 2º e 3º graus em face, pescoço, tórax anterior e posterior e membros superiores, totalizando 47% da Superfície Corporal Queimada. Evoluiu para Insuficiência Respiratória Aguda em decorrência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica e, posteriormente, para Síndrome de Disfunção Respiratória Aguda, além de Insuficiência Renal Aguda. Apresentava indicação para desbridamento cirúrgico, porém, encontrava-se instável para o procedimento. O óbito ocorreu cerca de duas semanas após o primeiro atendimento. No que se refere ao processo de enfermagem, foi utilizada a taxonomia NANDA-NOC-NIC, sendo o diagnóstico de enfermagem prioritário adotado “Integridade tissular prejudicada” relacionado a irritantes químicos e evidenciado por tecido lesado. O resultado escolhido foi “Cicatrização de queimaduras” e a intervenção “Cuidados com lesões: queimaduras”. No manejo do paciente queimado, destacam-se a importância do suporte ventilatório eficaz, da reposição volêmica adequada, da terapia nutricional precoce, do manejo da dor e da adoção de medidas de combate a infecções, tais como a higienização das mãos, o uso de antibioticoterapia, o desbridamento cirúrgico e o uso de técnica asséptica em procedimentos. O manejo do grande queimado demanda do enfermeiro constante busca por conhecimento e pensamento reflexivo para a operacionalização do processo de enfermagem e a adequada terapêutica deste paciente.

CUIDADOS PALIATIVOS NA TERMINALIDADE DIRECIONADOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Luciana de Almeida Freitas Santos, Bárbara Geise Gob, Jéssyca Mikoski da Palma, José Carlos dos Santos, Michela Domingues Marques

Introdução: A terminalidade de vida é quando se esgotam as possibilidades de resgate as condições de saúde e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O indivíduo se torna “irrecuperável” e caminha para a morte, sem que se consiga reverter este caminhar. (GUTIERREZ, 2001). Cuidados paliativos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) engloba um cuidado especializado e humanizado, visando ofertar conforto e alívio da dor nos pacientes e nos seus familiares. Portanto, esse estudo de caso teve como objetivo evidenciar a importância da equipe multidisciplinar no cuidado paliativo ao paciente oncológico institucionalizado em UTI.

Descrição: Relato de um estudo de caso da paciente V.C., 36 anos, sua internação deu início no dia 25 de março de 2017, na emergência de um Hospital de Médio porte da região metropolitana de Porto Alegre, por quadro infeccioso sobreposto, apresenta há dias tosse com expectoração e falta de ar com piora progressiva, com plano de radioterapia em um Hospital de Grande Porte de Porto Alegre, após descobrir neoplasia uterina com metástase pulmonar, com lesão colabando brônquio à D, uma provável atelectasia por obstrução brônquica. Ao exame físico mostra-se lúcida, hipocorada, taquipnéica, taquicárdica, afebril, mantendo suporte de oxigênio por ON 04l, SPO2 99%, apresentando sensação de cansaço aos esforços, mobilizando os 4 membros sem déficit e com boa perfusão periférica, AP: diminuído à D, AC: rr2t, TA: 131x82 mmHg e FC: 120 bpm. Foi decidido pela equipe médica intervenção cirúrgica e no dia 30 de março pela manhã foi realizado videotoroscopia D com pleuroectomia em 2 locais e drenagem fechada, com presença de grande derrame pleural. Trazida à UTI no pós-operatório, despertar agitado, possível componente de dor, sendo analgesiada para evitar desconforto, demandando parâmetros ventilatórios moderados, mas com piora do quadro hemodinâmico com o passar dos dias vindo a falecer no dia 06 de abril de 2017.

Comentários: O cuidado paliativo é uma abordagem terapêutica que envolve a equipe multidisciplinar, incluindo vários profissionais, tivemos a participação de médicos, equipe de enfermagem, psicólogo, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudióloga e farmacêuticas. Os cuidados intensivos demonstraram amenizar os sintomas da doença e procuram promover uma assistência humanizada ao paciente terminal junto à família e uma das principais ações adotadas pela nossa equipe foi a visita liberada dos familiares para minimizar o sentimento de angústia, medo e dor. Proporcionar uma morte digna ao paciente é, também, valorizar a vida e o processo de morrer do paciente cuidado (HAAS; LEITE, 2003).

CUIDADO DE LESÃO POR PRESSÃO NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO: ALGINATO DE CÁLCIO COMO EVIDENTE FATOR DESBRIDANTE

Letícia Fantinelli da Silva, Patrícia Santos Fraga, Débora Fernandes Coelho

Introdução: A equipe de enfermagem é fundamental na prevenção e tratamento de lesões por pressão. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), observa-se alta prevalência de lesões por pressão, cuja etiologia é multifatorial.

Descrição: V.L.L., 64 anos, transferida de outro hospital de Porto Alegre no dia 07/02/2017 para esta UTI. Na admissão, RASS -4, ventilação mecânica com parâmetros elevados, dependente de drogas vasoativas. Apresenta lesões por pressão mista extensa, em região glútea classe II e, em sacra não classificável. História prévia de hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica, tabagismo, cardiopatia reumática; interna por sepse e insuficiência cardíaca descompensada. Realizado, na internação, curativo com malha não aderente (Adaptic) e ácidos graxos nas regiões ulceradas. Dois dias após, foi acrescentado ao curativo da região sacra um gel composto de alginato de cálcio e sódio e carboximetilcelulose sódica num excipiente aquoso, transparente e viscoso. Ao décimo dia de internação, a paciente foi avaliada pelo grupo de pele do hospital que manteve os curativos e solicitou avaliação cirúrgica para desbridamento da ferida, esse aconteceu dois dias após a avaliação, após avaliou-se a lesão em estágio IV. Em 26/02/2017 foi discutido, junto a equipe multiprofissional, o uso do curativo de alginato de cálcio 10x10cm em ferida com grande área desvitalizada, com presença de fibrina e abundante secreção purulenta. Em 03/03/2017 devido a abundante secreção de odor fétido, substitui-se o alginato de cálcio por uma composição de alginato de cálcio + prata que possui importante função bactericida. Em 24/03/2017, na avaliação do médico dermatologista do grupo de pele evidenciou-se redução do tecido desvitalizado, da fibrina e secreção fétida e aumento do tecido de granulação, não sendo necessário desbridamento cirúrgico, conforme indicação inicial. Em 21 dias a lesão glútea de estágio II foi totalmente revitalizada; observando-se, também, um aumento da granulação e diminuição da extensão e profundidade em região sacra. Paciente recebeu alta da UTI em 24/04/2017, com lesão em região sacra de classificação II/IV em menor extensão e glúteos cicatrizados, deambulando com auxílio, ventilando espontaneamente em ar ambiente e se alimentando por via oral.

Comentários: O diagnóstico de enfermagem para o caso foi –Integridade da pele prejudicada relacionado a imobilização física, circulação prejudicada e estado metabólico prejudicado, definido por destruição das camadas da pele. Através dos cuidados de enfermagem juntamente com equipe multidisciplinar e do intenso reposicionamento no leito, foi possível a melhora substancial do tecido lesado de um paciente internado em UTI.

MÉTODOS DE COMUNICAÇÃO EFETIVA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Danielle Saraiva Tuma dos Reis, Bruna Roberta Paixão dos Santos, Danielle Oliveira Maciel, Paula Beatriz de Barros Leite, Mayara Fonseca Dantas, Léa Lima dos Santos Barros

Objetivos: Propor métodos de comunicação efetiva para a equipe de enfermagem na busca da segurança do paciente.

Métodos: Foi realizado uma revisão da literatura sobre os métodos disponíveis de comunicação efetiva na área assistencial. Após essa etapa foi planejado educação em serviço para a equipe de enfermagem de uma UTI, no hospital público de Belém/PA, durante o mês de junho de 2016. O treinamento faz parte da programação teórico-prática da residência multiprofissional em atenção ao paciente crítico e foi realizado por residentes de enfermagem.

Resultados: O treinamento abordou algumas estratégias para melhorar a comunicação entre a equipe como a utilização do “ReadBack”, o repetir de volta, método eficaz durante situações de emergências, como em parada cardiorrespiratória; e a técnica “SBAR” (Situação, História prévia, Avaliação, Recomendação), importância da passagem de plantão e registro correto sobre a assistência em prontuário. A equipe de enfermagem se mostrou muito participativa compartilhando experiências relacionadas ao tema.

Conclusão: A comunicação permeia todas as atividades que integram a assistência ao paciente. Quanto mais especializado for o serviço, maior a necessidade de informações técnicas, especializadas e precisas. Entre as consequências das falhas na comunicação encontram-se o dano ao paciente, aumento do tempo de hospitalização e uso ineficaz de recursos. Após o período de treinamento percebemos maior interação entre a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional, atenção nas trocas de informações, principalmente durante a passagem de plantão e comunicação por telefone.

RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES CRÍTICOS SEGUNDO A ESCALA DE BRADEN

Danielle Saraiva Tuma dos Reis, Winnie Taise Pena Macedo, Brena Melo Figueiredo, Maura Simone Lima Almeida, Maximira Carlota de Araújo Ramos, Silvia Helena Portilho de Barros

Objetivos: Promover educação em saúde sobre o Risco para Lesão por Pressão (LPP) em pacientes críticos segundo a Escala de Braden. Avaliar o impacto da capacitação em relação ao preenchimento das escalas que fazem parte dos impressos do prontuário do paciente.

Métodos: Foram realizados 12 momentos de capacitação da equipe de enfermagem, no local de trabalho, em uma clínica de doenças infecciosas e parasitárias de um hospital público. Para o treinamento foram utilizados um álbum seriado e um dado ilustrativo com as dimensões da escala de Braden. Após as capacitações os profissionais eram convidados a aplicar a escala avaliando o risco dos pacientes internados de evoluírem com LPP. Para mensurar o impacto da capacitação foi avaliado os impressos preenchidos pelos enfermeiros antes e após o treinamento. Resultados: Capacitamos 8 enfermeiros e 35 técnicos e auxiliares de enfermagem, nos turnos manhã e tarde. Antes das capacitações verificou-se que apenas 67% dos pacientes eram avaliados quanto ao Risco de LPP segundo a Escala de Braden, contudo dos impressos preenchidos somente 49% estavam preenchidos corretamente. Após o treinamento dos enfermeiros houve uma diferença perceptível, uma vez que 84% dos pacientes haviam sido avaliados, e destes 80% foram avaliados adequadamente segundo as dimensões de Braden.

Conclusão: Lesões por Pressão são resultantes de isquemia tecidual, provocadas pela alteração do reflexo de dor em pacientes críticos. A Escala de Braden é o instrumento mais utilizado para classificar pacientes quanto ao risco de Lesões por Pressão. É importante frisar que a educação permanente é de fundamental importância e precisa ser uma constante nos serviços de saúde, para que cada vez mais os profissionais se comprometam a desenvolver uma assistência mais segura, com qualidade no cuidado prestado. Diante dos números apresentados, concluímos que houve melhora do preenchimento da Escala, tanto na quantidade de impressos preenchidos quanto na qualidade da aferição deste indicador, significando que a qualidade dessa avaliação também melhorou.

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A CRIAÇÃO DE UM GRUPO MULTIPROFISSIONAL PARA AVALIAÇÃO DA DOR NEONATAL EM UM HOSPITAL PRIVADO DE PORTO ALEGRE/ RS

Andréia Amorim, Juliana Fernandes da Silva, Lucimara de Lima, Tatiana Dutra Keller

Introdução: Com o avanço do conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico, fica evidente o emprego de tratamentos invasivos e de cuidados intensivos para manter a vida do recém-nascido gravemente enfermo. Se, por um lado, tais tratamentos mantêm os bebês vivos, por outro ocasionam dor e sofrimento.

Descrição do caso: Ao identificar a dificuldade da equipe assistencial em avaliar, tratar e reavaliar a dor na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINEO) foi criado um grupo multiprofissional constituído por médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e fisioterapeuta que discutiu o atual protocolo institucional e revisou na literatura científica quais instrumentos são confiáveis, válidos e com aplicabilidade clínica para manejar adequadamente a dor do recém-nascido gravemente enfermo.

Comentários: Por se tratar de um grupo multidisciplinar pode-se perceber que a interação, bem como, as discussões perpassaram os conhecimentos individuais de cada profissional e/ou área envolvida. Sendo assim, ocorreu quebra de paradigmas e um novo olhar sobre a dor neonatal se voltou aos recém-nascidos gravemente enfermos. As experiências pessoais de cuidado foram expostas permitindo identificar as fragilidades envolvidas neste processo, principalmente frente à dificuldade da equipe assistencial em incorporar a dor como quinto sinal vital e reconhecê-la em pacientes que apresentam sinais comportamentais, fisiológicos e bioquímicos em reação a procedimentos dolorosos. Com isso, pequenas ações no cuidado foram sendo adaptadas, gerando mudanças positivas na assistência neonatal auxiliando no aprimoramento do protocolo institucional vigente. Ainda observou-se que a instrução e a sensibilização do profissional que assiste o neonato é uma das principais mudanças a serem realizadas. Nesse sentido, a constituição de um grupo multiprofissional direcionado para esta temática oportuniza a pesquisa e qualifica a assistência, fortalecendo a interação entre as áreas e construindo novas práticas baseadas em evidências.

GRUPO DA DOR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UMA CONSTRUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Angela Viau, Juliana Fernandes da Silva, Juliana Matias Krieger, Ligia Beatriz Rasia da Silva, Sidiclei Machado Carvalho, Marcele de Freitas Pereira

Objetivo: Estabelecer um novo protocolo, ou incluir novos instrumentos de avaliação da dor na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do Hospital Moinhos de Vento.

Método: Revisão de literatura científica. Foram incluídos para análise os estudos disponíveis na íntegra publicados no período de 2005 a 2015 que abordaram a questão da dor no recém-nascido e que citam instrumentos confiáveis, válidos e com aplicabilidade clínica para mensurar a intensidade da dor neonatal, foi criado um grupo de estudo multiprofissional para analisar os artigos selecionados.

Resultados: Ainda existe um lapso entre o conhecimento científico e a conduta clínica pela dificuldade em reconhecer a dor no lactente pré-verbal, incorporá-la como quinto sinal vital e pela fragilidade da escala atual de avaliação da dor, partindo do princípio, que bebês exibem respostas bioquímicas, fisiológicas e comportamentais em relação a procedimentos dolorosos. Na literatura não existe um consenso do risco benefício na administração de sedação e/ou analgesia em recém-nascidos pré-termo, o que torna difícil a tomada de decisão por parte de equipe médica. Os métodos não farmacológicos para alívio da dor são citados e utilizados com frequência pela equipe de enfermagem, mas o seu registro no prontuário é ainda incipiente. Neste contexto, está sendo aplicada como projeto piloto, em um determinado grupo de pacientes da UTI neonatal, a escala de dor Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (NPASS) validada em 2008 por P. Hummel para dor aguda e prolongada que avalia o grau de sedação, dor e agitação em recém-nascidos a termo e/ou pré-termo. O objetivo é verificar a aplicabilidade na prática e encorajar a equipe a pensar sobre a dor do recém-nascido.

Conclusão: A utilização de instrumentos e indicadores que levam em conta alterações comportamentais e fisiológicas pode auxiliar na qualificação e quantificação da dor no período neonatal. É necessário instituir novas ferramentas para mensurar a dor do recém-nascido, além de sensibilizar e instruir a equipe multiprofissional sobre as devidas intervenções para o alívio da dor durante a realização de procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos, tendo em vista uma prática assistencial baseada em evidências.

A ENFERMAGEM E A FAMÍLIA DE PACIENTES COM SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Nara Reisdorfer, Leila Mariza Hildebrandt, Graciela Machado de Araujo, Daniele Delacanal Lazzari, Larissa Facco dos Santos

Objetivo: Identificar elementos ligados a relação dos profissionais com familiares de paciente com sintomatologia psiquiátrica em unidade de terapia intensiva (UTI).

Método: Estudo qualitativo e descritivo, realizado junto a duas UTIs Adulto, uma localizada em hospital da região noroeste e outra da região central do Rio Grande do Sul. O estudo contou com a participação de 28 profissionais, 21 técnicos de enfermagem e sete enfermeiros. Para a coleta de dados utilizou-se entrevista individual. Análise dos dados utilizou-se o método de análise de conteúdo.

Resultados: Os transtornos mentais se referem a um conjunto de características que engloba alterações de pensamentos, sentimentos, humor, capacidade de se relacionar com os outros e de desenvolver atividades. A internação em uma unidade crítica influencia no surgimento desses sintomas, por inúmeros fatores como ambiente hostil, privação de luz solar, barulhos, uso de sedativos, rotinas rígidas e horários de visitas limitado. Além disso a internação nesse ambiente provoca alterações no contexto família, que se agrava com o surgimento de sintomas psiquiátricos. A integridade da família passa a ser ameaçada com a internação de um ente querido na UTI, ocorre mudança de papéis, novas necessidades e sentimentos, medo da separação e perda. Os profissionais relatam que os familiares são aliados no cuidado pois são capazes de identificar mais precocemente alterações de âmbito psicológico. Assinalaram que a restrição de horários de visitas reflete negativamente nos pacientes, influenciando no surgimento de sintomatologia psiquiátrica, principalmente relacionada a transtornos de humor. Contudo, os profissionais de enfermagem evitaram aproximação com os familiares, em especial de pacientes com alguma sintomatologia psiquiátrica. Este distanciamento tornou-se ainda maior quando o sintoma surgiu após a internação na unidade. A falta de capacitação na área de saúde mental, o desconhecimento dos motivos que levaram o paciente a apresentar tal sintoma e este não ter sido o motivo da internação foram algumas das razões citadas pelos participantes para esse distanciamento. Estes deixavam o cuidado à família em segundo plano, não se utilizando do período de visita como momento terapêutico.

Conclusão: O profissional de enfermagem necessita estar próximo ao familiar e incentivar a expressão de seus sentimentos e percepções. Os profissionais reconheceram o potencial terapêutico da família na unidade, em especial, na manutenção da orientação dos pacientes, identificação e minimização de fatores de risco para alterações psicológicas.

VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO EM PACIENTES ADULTOS SOB CUIDADOS INTENSIVOS: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS, FATORES RELACIONADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Caroline Monteiro Bittencourt, Josefine Busanello

Objetivo: O objetivo geral é avaliar a condição clínica e os cuidados associados ao Diagnóstico de Enfermagem Volume de Líquidos Excessivo em usuários internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Acrescendo-se ainda como objetivos específicos: identificar as características definidoras e os fatores relacionados prevalentes, as complicações clínicas e as intervenções de enfermagem para o cuidado desses usuários. **Métodos:** Trata-se de um estudo de campo, com abordagem quanti-qualitativa, com característica exploratória-descritiva. O cenário do estudo será a Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital geral de um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul. Participarão do estudo usuários internados na UTI adulto e os profissionais de saúde atuantes nesta unidade. Os dados serão coletados até atingir uma amostra significativa de usuários, mediante análise documental em prontuários, avaliação clínica e entrevista com os profissionais de saúde. Serão seguidas as normas e preceitos éticos contidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regem pesquisas envolvendo seres humanos. Este projeto de pesquisa já foi aprovado pelo Sistema de Informação para Projetos de Pesquisa, Ensino e Extensão (SIPPEE) e seguidamente será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pampa.

Resultados esperados: Conjectura-se que os principais sinais e sintomas prevalentes nos usuários com Volume de Líquidos Excessivo serão: alteração na pressão sanguínea; azotemia; distensão da veia jugular; hematócrito e hemoglobina diminuída; presença da 3ª bulha cardíaca (B3); congestão pulmonar; derrame pleural; dispneia; ruídos respiratórios adventícios; edema; anasarca; ganho de peso em um curto período; desequilíbrio eletrolítico e oligúria. Para mais, o Volume de Líquidos Excessivo estará relacionado principalmente à administração excessiva de líquidos e sódio.

Conclusão: O desenvolvimento desta pesquisa favorecerá a identificação do diagnóstico Volume de Líquidos excessivo e o planejamento das devidas intervenções. Por se tratar de um problema que pode se desenvolver durante a internação em UTI, agravando a instabilidade clínica dos usuários, torna-se imprescindível sua discussão com os profissionais de Enfermagem e das demais áreas da saúde para a melhoria da assistência prestada.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NEUROCRÍTICO COM COMPLICAÇÕES DE COLESTEATOMA: RELATO DE CASO

Melissa Carletti, Michele Elisa Weschenfelder, Isis Marques Severo, Karina De Oliveira Azzolin

Introdução: O colesteatoma é uma doença pouco frequente, caracterizada pela presença de epitélio escamoso na fenda auditiva, classificada em congênita ou adquirida, esta mais prevalente e relacionada à otite crônica ou de repetição. Dentre os sintomas observa-se a perda auditiva acompanhada de zumbidos e vertigem, podendo evoluir para complicações como abscessos cerebrais. Este relato de caso tem objetivo de descrever um plano de cuidados de enfermagem para um paciente com história de colesteatoma com abscessos cerebrais. **Descrição do caso:** Masculino, 42 anos, história prévia de otite de repetição, perda parcial da audição a esquerda após trauma automobilístico em 2011, em tratamento para otite há quinze dias. Internação hospitalar por cefaléia, diminuição do sensorio e crises convulsivas, sendo necessário intubação endotraqueal e ventilação mecânica (VM). A tomografia de crânio identificou colesteatoma do ouvido médio, destruição de mastóide esquerdo, abscesso em região temporal esquerda e edema em hemisfério esquerdo. Foi submetido a drenagem de abscesso cerebral e colocação de Derivação Ventricular Externa (DVE) e, posteriormente, à traqueostomia. Teve como complicações pós-operatórias hematoma intraparenquimatoso, necessitando de nova intervenção cirúrgica para drenagem. Ao exame físico neurológico após intervenções apresentava Glasgow 9, pupilas anisocóricas, esquerda maior que direita, pupila esquerda sem fotoreação, nistagmo, traqueostomia em VM, pressão arterial 182/120 mmHg, temperatura axilar 38,4°, ouvido esquerdo com drenagem de secreção purulenta, curativo cefálico tipo capacete fechado, DVE aberta a 20cmH₂O com drenagem de líquido xantocrômico e hemiparesia à direita. Foi elencado segundo a NANDA-I o diagnóstico de enfermagem (DE) "Capacidade adaptativa intracraniana diminuída relacionado a lesões cerebrais", e as intervenções prioritárias baseadas na Nursing Intervention Classification: Monitorização neurológica e Monitorização da pressão intracraniana (PIC) com as atividades de monitorar formato, tamanho, simetria e reação das pupilas; monitorar o nível de consciência; evitar atividades que aumentem a PIC; posicionar o paciente com cabeça e pescoço em posição neutra; monitorar quantidade, frequência e características da drenagem do líquido cerebrospinal; manter a posição da câmara do líquido cerebrospinal, conforme a prescrição; mudar e/ou reforçar o curativo do local de inserção do cateter e prevenir o deslocamento. **Comentários:** O DE elencado é considerado padrão ouro para pacientes neurocríticos com DVE e as intervenções de enfermagem são principalmente baseadas na monitorização neurológica, no reconhecimento precoce de sinais clínicos de piora neurológica e nos cuidados com o manuseio do cateter e posicionamento do paciente, auxiliando na construção do plano de cuidados com enfoque na segurança e na prevenção de complicações.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E SINAIS CLÍNICOS PREVALENTES DE PACIENTES COM DISFUNÇÃO RESPIRATÓRIA ATENDIDOS PELO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA

Laura Fonseca Vieira, Karina de Oliveira Azzolin, Vivian Rodrigues Fernandes, Jessica Pinheiro Bubols

Objetivos: Identificar os sinais/sintomas e os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em pacientes com disfunção respiratória atendidos pelo Time de Resposta Rápida (TRR).

Método: Trata-se de uma subanálise de um estudo quantitativo, longitudinal retrospectivo realizado em um hospital universitário no sul do Brasil. Serão incluídos 400 prontuários de pacientes adultos atendidos pelo TRR, os gatilhos relacionados com a função respiratória: frequência respiratória (FR) e dessaturação, tendo como parâmetro os valores de FR: <8 e >35 e saturação <90%. Serão coletados e analisados os diagnósticos de enfermagem abertos 24h antes e 24h após o atendimento pelo TRR.

Resultados: Foram analisados 50 prontuários de pacientes atendidos pelo TRR por disfunção respiratória. A maioria dos pacientes pertenciam ao sexo masculino (68%), com idade média de 61,42±16,7 anos. Quanto ao motivo da internação, apenas 11 pacientes eram cirúrgicos, os demais internados por causas clínicas. Identificou-se que 74% dos chamados ao TRR foram por dessaturação e 26% por alterações na FR. Os sinais e sintomas predominantes descritos nas evoluções de enfermagem foram: dessaturação (78%), dispneia (54%), esforço ventilatório (40%), hipoxemia (32%), taquipneia (28%), rebaixamento de sensorio (22%), taquicardia (20%), presença de ruídos adventícios (32%), congestão pulmonar (12%), cianose (10%). Os DE e seus respectivos fatores relacionados mais prevalentes foram: Risco de infecção relacionado à procedimento invasivo (80%), Síndrome do déficit do autocuidado relacionado à prejuízo neuromuscular/musculoesquelético (46%), Integridade tissular prejudicada relacionado à trauma (40%), Dor aguda relacionado à trauma (24%), Ventilação espontânea prejudicada relacionada à prejuízo neuromuscular/musculoesquelético (20%) e Risco de quedas relacionado à mobilidade prejudicada (18%).

Conclusão: Os sinais clínicos de disfunção respiratória foram predominantes na amostra e condizentes com os gatilhos de acionamento do TRR. Porém os DE mais prevalentes não estavam relacionados a esta disfunção. Apenas o DE Ventilação espontânea prejudicada estava entre os cinco mais prevalentes, em menor proporção.

INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA, PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA E INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE DO INTERIOR DO RIO DE JANEIRO

Débie Garlet Osmari, Silvana Carloto Andres, Roberta Manfro, Geferson Fioravanti Junior, Priscila Schimdt Lora

Objetivo: Avaliar o número de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial, pneumonia associada à ventilação mecânica e infecção do trato urinário em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de um hospital de médio porte do interior do estado do Rio de Janeiro.

Método: O método utilizado foi o de pesquisa documental com delineamento transversal. Foram avaliados os dados da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) referentes à UTI Adulto I e II, no período de janeiro a dezembro de 2016, considerando a vigilância ativa. Foram incluídos os casos de infecções primárias de corrente sanguínea laboratorial, pneumonia associada à ventilação mecânica e infecção do trato urinário, conforme definição do Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência da Saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 2013.

Resultados: No período avaliado as UTIs apresentavam taxa de ocupação média de 92% e o tempo médio de permanência foi de 8,4 dias, que se justifica pela internação de um quantitativo muito significativo de pacientes provenientes do centro cirúrgico, bem como pela ausência de pacientes crônicos internados no período avaliado. Nos 19 leitos existentes a condição mais frequente dentre as três observadas foi da taxa de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial que variou de um a cinco casos por mês. Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica e Infecção do Trato Urinário ambas variaram de zero a três casos por mês. Houve uma correlação positiva e fraca entre o uso de sonda vesical e as infecções por trato urinário (r=0,45).

Conclusão: A análise dos indicadores demonstrou índices de infecção relativamente baixos, que se relacionam diretamente ao tempo de permanência nas UTIs, a disponibilidade de equipes multidisciplinares capacitadas e dimensionadas conforme preconizado pela legislação, inclusive com programa de residência médica, além de possuir um programa de educação continuada atuante e voltado somente para as práticas relacionadas às demandas das UTIs. A educação em saúde é determinante para a propagação de uma cultura voltada para a prevenção e não apenas para o tratamento dos agravos ocorridos.

TRATAMENTO HUMANIZADO ÀS CRIANÇAS INTERNADAS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Eduardo Oliveira Neto, Diego Paes Ehmke, Camila Kuhn Vieira, Luana Possamai Meneses, Valderesa Binotto, Angela Enderle Candaten

Objetivo: Realizar reflexões acerca da assistência de enfermagem humanizada à crianças em processo de internação em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), através de uma visão holística, analisando os obstáculos que os profissionais da saúde enfrentam ao realizar o cuidado.

Métodos: Realizada revisão bibliográfica na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando os descritores: humanização da assistência, enfermagem pediátrica, unidade de terapia intensiva pediátrica. Foram selecionados 4 artigos que integravam o tema e que serviram de base teórica para nossas reflexões.

Resultados: O processo saúde/doença vem tomando uma proporção significativa perante a assistência do cuidado, podendo ter a humanização como aliada, indo além da simples habilidade técnica. Quando tratamos de humanizar a assistência, inúmeros fatores são observados, como: dificuldade de humanizar; falta de tempo para exercer essa atividade; dificuldade de interagir com familiares; dentre outros fatores que, por vezes, impedem que a humanização seja proporcionada. Portanto, esta atividade precisa ser vista como uma ferramenta facilitadora do cuidado na unidade de terapia intensiva pediátrica, mas como humanizar? Se uma das principais barreiras é a sedação das crianças, onde as mesmas não apresentam manifestações normais esperadas, contribuindo assim para um cuidado mecanizado. Outro fator prejudicial é o tempo, pois na rotina da UTIP ocorrem inúmeras intercorrências, dificultando essa humanização. Em uma UTIP, o óbito é uma ocorrência praticamente diária, sendo atribuição da equipe de saúde a notificação aos pais, tornando um contato delicado e embaraçoso, impedindo a humanização, pois a equipe fica fragilizada em decorrência destas ocasiões.

Conclusão: Diante dessas observações, acreditamos que ainda há espaço para a humanização na UTIP, através da sensibilização por parte da equipe, colocando-se no lugar dos pais, proporcionando a assistência como se fosse para seus próprios filhos, através da criação de vínculos, fornecendo segurança para o momento da partida, tornando assim, mais fácil esta notificação.

SOBRECARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UTI: ESTUDO DE COORTE

Jeane Cristine de Souza da Silveira, Débora Feijó Vieira, Cristini Klein, Renata Bochi Marones, Danusa Cassiana Rigo Batista

Objetivo: Comparar a carga de trabalho de enfermagem na assistência dos pacientes com e sem Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Método: Trata-se de um estudo de coorte prospectivo com pacientes admitidos em uma UTI de um hospital universitário do sul do Brasil, no ano de 2014. Os pacientes foram acompanhados da internação até a sua alta da UTI ou óbito. As informações foram obtidas por revisão dos registros de enfermagem e prontuários. A carga de trabalho de enfermagem foi avaliada por meio do Nursing Activities Score (NAS). Dados demográficos, gravidade clínica, tempo de internação na UTI e tempo de hospitalização também foram coletados.

Resultados: Foram incluídos 240 pacientes com idade média de 59 anos, predominantemente do sexo masculino, provenientes da emergência. Os principais motivos de internação na UTI foram: insuficiência respiratória (43%) e instabilidade hemodinâmica (18%). Somaram 41 pacientes com infecção, destes 71% foram identificados com microrganismos multirresistentes. As bactérias predominantes neste estudo foram as Enterobactérias resistentes a carbapenêmicos, sendo a *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase (KPC) o gênero mais isolado. Os pacientes infectados tiveram maior tempo de internação hospitalar e na UTI quando comparados aos não infectados ($p < 0,01$). Observou-se semelhança entre os dois grupos quanto à gravidade dos pacientes, evidenciada pelo escore de gravidade APACHE II e disfunção orgânica SOFA. Em relação à carga de trabalho de enfermagem, foram mensurados e analisados 6270 escores NAS. Na amostra total, a média do NAS foi de 76%. Ao compararmos os dois grupos, a carga de trabalho de enfermagem foi maior nos pacientes com infecção (81%) versus os pacientes sem infecção (75%) ($p < 0,01$).

Conclusão: Pacientes com IRAS internados em UTI demandam maior carga de trabalho. Estudos complementares são necessários para elucidar os cuidados demandados pelos pacientes com IRAS que aumentam a carga de trabalho e meios de adequar o dimensionamento da equipe de enfermagem por leito na UTI.

A MORTE DA CRIANÇA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: A VISÃO MATERNA DA DESPEDIDA

Eduardo Oliveira Neto, Diego Paes Ehmke, Lidiane Bertasso, Luana Possamai Meneses, Valderesa Binotto, Angela Enderle Candaten

Objetivo: Realizar uma reflexão acerca da experiência adquirida pela equipe de enfermagem frente ao óbito pediátrico na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP).

Métodos: Realizada revisão bibliográfica utilizando os descritores enfermagem, criança e morte, na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde. Foram selecionados 6 artigos que integravam a temática e que serviram de embasamento teórico para as reflexões.

Resultados: A morte na UTIP, está presente em todo o momento da rotina, porém, enfrentar esta situação é muito difícil, pois este acontecimento contradiz sua naturalidade, a qual é considerada normal em idades avançadas, logo, entende-se que natural é que os pais partam primeiro, seguindo o ciclo da vida. Os óbitos pediátricos na UTIP são diários e a equipe de enfermagem tem a percepção da partida no momento em que os procedimentos realizados não surtem mais efeitos, sabendo que a criança não sobreviverá. Na partida desta criança, a experiência do profissional é aumentada provocando diversas sensações distintas, que marcam sua trajetória profissional. Este acontecimento é marcante, pois permite refletir sobre o conceito de morte e faz o profissional se auto analisar, surgindo perguntas como: a morte era realmente inevitável? Foram utilizados todos os meios mecânicos dispostos? Entre outras perguntas. O sentimento de culpa acompanha o profissional diariamente, tendo que administrar essa emoção. Após esses acontecimentos vêm o contato com a família, onde a enfermagem se coloca no papel da mãe, imaginando a dimensão da dor e sofrimento, colocando os profissionais a reverem seus princípios e valores, pensando no futuro da família com a ausência da criança.

Conclusão: Percebe-se que os profissionais possuem dificuldade de lidar com a morte pediátrica, e, acreditamos que uma interação afetiva entre profissionais e familiares iria alentar uma experiência e conseqüentemente tornar a perda menos dolorosa para todos.

APLICABILIDADE DO NURSING ACTIVITIES SCORE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: MÉDIAS DOS TURNOS DE TRABALHO

Sabrina dos Santos Pinheiro, Miriam Neis, Larissa Edom Bandeira, Helena Becker Issi

Objetivo: O objetivo do presente estudo é relatar a experiência dos enfermeiros com o uso do Nursing Activities Score (NAS) para comparar a carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) nos diferentes turnos de trabalho.

Métodos: Relato de experiência dos enfermeiros utilizando registros retrospectivos do NAS em uma UTIP composta por 13 leitos, com média de 530 internações ao ano e tempo de permanência de aproximadamente 6 dias. O relato foi baseado em registros de 570 internações de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2016. O score do NAS foi realizado uma vez por turno pela enfermeira assistencial responsável pelo paciente. Os dados foram registrados em um programa google docs, originando uma tabela excel e após foram analisados no SPSS versão 22.0.

Resultados: No ano de 2016 internaram na UTIP 570 pacientes, foi aplicado o escore do NAS em 85%. Foram realizados 12624 registros no ano, com médias por turno da manhã: 336, tarde: 287 e noite: 348, em torno de 970 escores de NAS/mês. O índice NAS do turno da manhã foi de 66,5, do turno da tarde foi de 67 e o da noite 65,5. Nas 24hs encontramos uma média NAS de 66 pontos. Com os resultados obtidos de índice NAS nos diferentes turnos observamos que não há diferença estatística entre a carga de trabalho por turno ($p>0,9$).

Conclusão: Analisando os dados é possível perceber que a carga de trabalho da equipe de enfermagem da UTI estudada é semelhante entre os turnos. Verifica-se uma grande adesão das enfermeiras no preenchimento do instrumento no seu turno de trabalho, o que indica compreensão da importância e comprometimento com esta avaliação para fornecer subsídios para dimensionamento de pessoal de enfermagem. Mesmo não angariando diretamente um aumento do quadro de pessoal - avaliado como necessário - os enfermeiros percebem a importância de quantificar a carga de trabalho da equipe de enfermagem para uso em diversas decisões administrativas, como elaboração de escalas de trabalho.

Descritores: NAS; Carga de Trabalho; Enfermagem

O TRANSPLANTE HEPÁTICO INFANTIL NA VISÃO DOS ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Miriam Neis, Sabrina dos Santos Pinheiro, Helena Becker Issi

Objetivo: Relatar a experiência do grupo de enfermeiros com o Transplante Hepático Infantil (THI) ao longo dos 22 anos de implantação do Programa na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Métodos: Relato de experiência do Programa do THI com base na sistematização de informações coletadas a partir dos registros de reuniões e controles da equipe de enfermagem da UTIP do HCPA.

Resultados: A UTIP do HCPA é pioneira na realização de transplante hepático infantil, com início em março de 1995. Os cuidados de enfermagem relativos a todo o processo pré-cirúrgico e pós-transplante, incluindo a identificação precoce e o tratamento das complicações possíveis e inerentes ao procedimento, foram sendo desenvolvidos e aprimorados ao longo destes anos através de estudos de caso, capacitações e revisão dos processos assistenciais. Fazem parte desta expertise em cuidados críticos: a admissão do paciente no pós-operatório imediato; a realização de controles frequentes de exames laboratoriais, sinais vitais, balanço hídrico rigoroso e revisão dos drenos; a identificação precoce do risco de sangramento e estabelecimento de medidas preventivas; os cuidados com a ferida operatória, cicatrização e imobilização do paciente, além de todos os demais cuidados advindos da complexidade do paciente pediátrico em terapia intensiva e comorbidades específicas relacionadas a cada caso.

Conclusão: O transplante hepático infantil é um procedimento de alta complexidade que demanda uma equipe de enfermagem com expertise apropriada para o desenvolvimento do cuidado adequado, contribuindo para o sucesso do tratamento. Esta expertise foi desenvolvida, ao longo destes 22 anos de implantação, com a colaboração de vários membros da equipe multidisciplinar e o trabalho em equipe. As contribuições para a construção do conhecimento e da assistência de enfermagem incluem o aperfeiçoamento da perspectiva de transição do cuidado envolvendo a interface com as unidades de internação e o cuidado ambulatorial nas etapas de pré e pós-transplante, iniciativas da Enfermagem Pediátrica.

Descritores: Transplante de fígado; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Enfermagem Pediátrica

PROTAGONISMO DO ENFERMEIRO NA ESCOLHA DO ACESSO VASCULAR E MANUTENÇÃO DA TERAPIA INTRAVENOSA EM UTI PEDIÁTRICA

Miriam Neis, Fernanda Machado Nunes, Vanisse Nunes Kochann, Helena Becker Issi

Objetivo: Relatar a experiência do grupo de enfermeiros com as ações de protagonismo na escolha, manutenção e resolução de problemas relacionados à terapia intravenosa numa Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de um hospital universitário.

Métodos: Relato de experiência mediante a sistematização de informações colhidas por meio de grupos focados e capacitações sobre o tema na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital universitário.

Resultados: O uso de terapia intravenosa numa UTIP é imprescindível. Exercer o protagonismo na determinação do acesso intravenoso mais adequado para determinados fármacos é um desafio atual para os enfermeiros, que precisam despertar para essa nova consciência e conquistar a confiança dos demais profissionais da equipe multidisciplinar em relação a esta expertise. Os problemas enfrentados pela equipe de enfermeiros numa UTIP dizem respeito à falta de vias de acesso adequadas para a quantidade de drogas concomitantes a ser infundidas na criança em estado crítico, a manutenção dos cateteres, principalmente quando implantados em regiões anatômicas complicadas, a ocorrência de infecções de corrente sanguínea relacionada aos cateteres e problemas comuns como obstrução de vias, sangramento e lesão de pele próxima ao sítio de inserção. Os dados referentes ao cuidado com os cateteres, como controle de sítio de inserção, curativos e intercorrências são registrados em um formulário próprio, promovendo dados para análise das situações e identificação de melhorias nos processos de cuidados com cateteres.

Conclusão: A atuação do enfermeiro tem evoluído em relação ao protagonismo na solução de problemas relacionados à terapia intravenosa na UTIP, por meio de uma postura pró-ativa na discussão do melhor acesso venoso para os pacientes, contribuindo para a melhoria na qualidade da assistência prestada durante a terapia intensiva através da diminuição de riscos e identificação precoce de problemas associados.

Descritores: Terapia intravenosa; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Enfermagem Pediátrica

O USO DO LÚDICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REFLEXÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Diego Paes Ehmke, Eduardo Oliveira Neto, Camila Kuhn Vieira, Luana Possamai Meneses, Valderesa Binotto, Angela Enderle Candaten

Objetivo: Promover uma reflexão acerca do uso de terapias lúdicas como ferramenta de cuidado na prática da humanização por parte do serviço de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Métodos: Trata-se de um estudo de reflexão que foi realizado por meio de busca na literatura nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde e EBSCO, utilizando-se os descritores: enfermagem, unidade de terapia intensiva, humanização e lúdico. A busca ocorreu durante os meses de março e abril de 2017, utilizando como critério de inclusão artigos em português, publicados no período de 2012 a 2017. Foram encontrados oito artigos que tratavam do tema.

Resultados: Diversos estudos remetem o cuidado na UTI fundamentado nos princípios do pensamento cartesiano/mecanicista, sendo este baseado no conhecimento predominantemente racional e positivista, o qual concebe o corpo humano em sistemas fragmentados, de maneira que a racionalidade chega a superar a subjetividade. Neste sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde, teve por finalidade aprimorar a qualidade do atendimento à saúde da população, através da articulação dos avanços tecnológicos com o acolhimento, de forma a destacar a subjetividade do ato de cuidar. Com isso, diversos projetos foram criados em hospitais de todo o país, utilizando o lúdico como principal estratégia de humanização. Neste cenário, a enfermagem desempenha importante papel nos estudos analisados, pois a profissão apresenta como legado, a "arte do cuidar", tendo por princípios e diretrizes arraigados em seu Código de Ética, o cuidado de forma holística e humanizada.

Conclusões: Consideramos que o lúdico é uma importante ferramenta de humanização da assistência aos pacientes da UTI, porém, esta deve ocorrer de forma multidisciplinar. Destacamos também, que humanizar a assistência de enfermagem através do lúdico é um fator que requer um aprofundamento teórico, principalmente por existirem poucos estudos publicados sobre o assunto.

PERCEÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE O PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Renata Beatriz Feijó Pereira Saikoski, Adriana Alves dos Santos, Sofia Louise Santin Barilli, Cristine Coelho

Objetivo: Este estudo objetivou conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre a implementação de um protocolo de prevenção de PAVM em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, identificar as medidas instituídas no protocolo de prevenção de PAV, identificar fragilidades e potencialidades em relação à sua adesão e aplicação na UTI bem como descrever o papel da equipe multiprofissional frente ao protocolo de PAV.

Metodologia: Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, que foi realizado na UTI de um hospital de grande porte em Porto Alegre. Participaram da pesquisa 20 profissionais de diferentes categorias que compõem a equipe multiprofissional (cinco enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, cinco fisioterapeutas e cinco médicos), que trabalham há no mínimo seis meses em UTI, e que realizam assistência direta aos pacientes. Foi aplicado o critério de saturação de dados. Os participantes foram entrevistados pela pesquisadora, por meio de um roteiro semiestruturado, contendo quatro questões fechadas e dez abertas que discorrem acerca do tema. O tratamento dos dados se deu por meio de análise temática de dados.

Resultados: Emergiram quatro categorias: protocolo de PAV em UTI, método mnemônico para controle das medidas de prevenção, aspectos favoráveis e desfavoráveis do protocolo de PAV e atuação da equipe multiprofissional perante o protocolo.

Conclusão: Este estudo possibilitou conhecer a percepção da equipe multiprofissional em relação à implantação do protocolo de PAV. Os participantes demonstraram a importância da atuação conjunta frente às medidas instituídas, reconhecem as potencialidades e fragilidades do protocolo, bem como, seu papel na aplicação prática possibilitando mudanças significativas que contribuem para a redução da PAV nas UTIs.

USO DE ECOGRAFIA VESICAL A BEIRA LEITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA IDENTIFICAR PERMEABILIDADE DA SONDA VESICAL DE DEMORA

Miriane Melo Silveira Moretti, Taciana de Castilhos Cavalcanti, Sílvia Daniela Minossi, Ariane Teixeira

Introdução: Nos últimos anos, com o avanço tecnológico e a experiência adquirida, o emprego da ecografia em unidade de terapia intensiva (UTI) tornou-se uma realidade e é hoje uma ferramenta importante cada vez mais utilizada nos grandes centros, principalmente pela equipe médica. A enfermagem vem usufruindo da mesma técnica como instrumento de qualificação da assistência. A aferição da permeabilidade de sonda vesical de demora (SVD) utilizando ecografia vesical realizado por enfermeiro assistencial à beira leito em uma UTI, é um exemplo em nosso cuidado diário.

Relato de caso: Paciente puérpera, 28 anos, primigesta, com 34 semanas e 5 dias, interna na UTI em pós-operatório imediato de parto cesariano, com diagnóstico de pré-eclâmpsia e insuficiência respiratória por congestão. História prévia de acondroplasia e asma (ex-tabagista). Necessitou de intubação endotraqueal e ventilação mecânica, instalação de acesso venoso central, uso de medicação vasodilatadora e uso de sonda vesical de demora que apresentava drenagem hematórica. Conforme orientação médica foi administrado diurético. Realizado balanço hídrico parcial de 6/6 horas para controle rigoroso dos líquidos infundidos e eliminados. Havia bom fluxo urinário, em torno de 400 ml a cada 6 horas. Após 24 horas de pós-operatório, apresentou diminuição do volume para 60 ml no turno. Enfermeiro capacitado realizou ecografia a beira leito, que evidenciou presença de globo vesical sendo realizada troca da sonda vesical de demora que estava obstruída por coágulo de sangue.

Comentário: A Ecografia Vesical é um exame rápido, completamente indolor e não-invasivo que utiliza ultra-sons para obtenção de imagens dos órgãos internos, nesse caso a bexiga, permitindo assim a sua análise mais pormenorizada. A enfermagem vem empregando a técnica de avaliação de globo vesical através de ecografia a beira de leito para verificar a permeabilidade da sonda vesical de demora ou necessidade de sondagem vesical de alívio, com o intuito de diminuir o risco de infecção e não invadindo os pacientes desnecessariamente. A enfermagem cada vez mais vem se instrumentalizando e melhorando o processo assistencial para garantir um cuidado de qualidade, que reverterá em maior segurança para o paciente.

INDICADORES ASSISTENCIAIS EM TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE INSTITUIÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL

Valdeci Ferreira da Ponte Neto, Laércia Ferreira Martins, Mônica de Sousa Araújo, Ingrid Bezerra Portela, Ana Paula da Silva

Objetivo: Em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a assistência de enfermagem é essencial para o restabelecimento da saúde dos indivíduos em estado crítico, sua qualidade pode ser mensurada por meio de indicadores assistenciais. Busca-se comparar resultados de indicadores assistenciais entre diferentes Unidades de Terapia Intensiva.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e correlacional, realizado em maio de 2017. Utilizaram-se dados institucionais de uma UTI de Fortaleza coletados no período de janeiro à dezembro de 2016, e dados de outras instituições de saúde publicados em estudos. A busca dos estudos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, sendo incluídos estudos que relataram os resultados de indicadores assistenciais em terapia intensiva no Brasil.

Resultados: Os resultados desta investigação revelam a correlação entre os indicadores assistenciais locais com os resultados de outras duas instituições do Sul do país. A incidência de formação de lesão por pressão na UTI local foi de 32,76%, enquanto na Instituição A foi 25,8% e na Instituição B 41,02%, com redução para 23,1% após a implantação de um protocolo de prevenção. Com relação ao indicador de extubação acidental, verificou-se uma taxa de 0,0% na UTI local, correlacionando a 9,7% na Instituição A, não havendo relação deste indicador na Instituição B. Acerca da incidência de perda de cateter venoso central, obteve-se uma taxa de 0,17% na UTI local, enquanto que na Instituição A, foi de 9,7%, também não havendo correlação do mesmo indicador na Instituição B. A incidência de lesão por pressão revelou-se como um indicador de qualidade assistencial negativo, sendo relevante a implantação de protocolos preventivos específicos para sua redução. Os índices de extubação acidental demonstraram discrepância significativa, podendo haver relação com o período e localização dos estudos, visto que a instituição local realizou coleta em um período de 12 meses no ano de 2016 e a Instituição B coletou seus dados em um período de dois meses em 2012. A perda de cateter venoso central também apresentou discordância significativa, sendo verificado também um maior déficit de publicações dos resultados deste indicador.

Conclusão: A comparação entre os estudos e os resultados da instituição local possibilitou conhecer as discrepâncias existentes entre os indicadores assistenciais, revelando a necessidade de outras investigações e divulgação desses resultados. Considera-se relevante a utilização destes resultados para o planejamento de ações que possibilitem uma assistência de enfermagem mais segura aos pacientes.

AVALIANDO O CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE LESÕES POR PRESSÃO: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE ENFERMEIROS DE TERAPIA INTENSIVA E DE UNIDADE CLÍNICA

Valdeci Ferreira da Ponte Neto, Laércia Ferreira Martins, Ana Paula da Silva, Rayssa Cavalcanti Fernandes, Raquel de Oliveira Piancó

Objetivo: Comparar o nível de conhecimento dos enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e em unidades clínicas (UC) sobre prevenção, classificação e tratamento das LP em uma unidade hospitalar no ano de 2016.

Metodologia: Estudo: Descritivo exploratório, abordagem quantitativa; Local: Hospital terciário, médio porte, localizado em Fortaleza/CE; Período: 07 de dezembro/2016; População: 22 enfermeiros, sendo 9 atuantes em UTI e 11 em Clínica Médica. Coleta dos dados: Deu-se através de um instrumento baseado no Estudo de Pieper e Mott(1995) que avalia nível de conhecimento dos enfermeiros sobre LP; Aspectos éticos: Resolução 510/2016.

Resultados: Do total de participantes do estudo, 59,10% (13) eram de UC e 40,9% (9) de UTI. Em relação ao tempo de formados: 4,56% dos participantes tinham até 1 ano, 45,45% entre 2 à 5 anos, 22,74% com 5 à 10 anos e 13,63% acima de 10 anos de formados. Com relação ao aperfeiçoamento, 13 (59,1%) realizaram algum curso de especialização, sendo que 88,9% dos enfermeiros UTI possuíam especialização UTI. A média total de acertos os enfermeiros de UTI e UC foi de 86,7% e 82,0%, respectivamente. Mas ao avaliar o conhecimento verificou-se que 6 (66,67%) dos enfermeiros de UTI acertaram 90%, já entre os enfermeiros de UC apenas 02 (15,38%) foram considerados com conhecimento sobre LP.

Conclusão: O conhecimento foi deficitário em ambos os grupos, porém os enfermeiros de UTI obtiveram um melhor desempenho que os enfermeiros de UC. Infere-se que esta temática precisa ser melhor trabalhada entre os enfermeiros. Este estudo serviu para nortear o planejamento da educação permanente. Para alcançar a qualidade no cuidado, é necessário que sua prática seja baseada em evidências, sendo fundamental atualização do enfermeiro acerca da LP.

PREVALÊNCIA DE SEPSE EM UNIDADES CLÍNICAS E TERAPIA INTENSIVA EM HOSPITAL DE FORTALEZA-CE

Valdeci Ferreira da Ponte Neto, Laércia Ferreira Martins, Mônica de Sousa Araújo, Ingrid Bezerra Portela, Ana Paula da Silva, Laura Pinheiro Machado

Objetivo: A sepsé é causa comum de morbimortalidade em pacientes internados. Estudos evidenciam que sua prevalência está aumentando significativamente em diversas partes do mundo. Este estudo objetivou identificar a prevalência da sepsé em unidades clínicas e terapia intensiva de um Hospital de Fortaleza- CE.

Métodos: Essa pesquisa é um recorte do Estudo- EDIAPSE, método transversal, descritivo- exploratório, abordagem quantitativa, realizado em hospital terciário, médio porte, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo foi conduzido pelo GSEPSE (Grupo de Pesquisa e Estudos Sepsé e Infecções). Amostra inicial foi de 122 pacientes internos. Foi aplicado instrumento com coleta de dados à beira do leito e documental no prontuário. Os pacientes foram diagnosticados com sepsé pelo MÉTODO (Consenso 1991- utiliza critérios para identificação Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS) + foco infeccioso detectado/presumido) e/ou pelo MÉTODO (Novo consenso Sepsis 3.0- 2016- utiliza qSOFA para identificação de suscetibilidade seguido do SOFA para definição de sepsé e disfunções orgânicas).

Resultados: Estavam internados no Hospital 122 pacientes, sendo 86,07% unidades clínicas, 13,93% UTI. A amostra final deste estudo foi constituída de 111 pacientes (90,99%). Destes, 49,54% foram identificados como sepse (55 pacientes). Na UTI houve alta prevalência de sepse com 94,11%, enquanto que nas unidades clínicas foi de 41,48%. Em relação ao sítio de infecção (SI), a pulmonar apresentou maior taxa com (63,15%) na UTI e (23,80%) em unidades clínicas. 50% e 26,66% apresentaram 3 disfunções orgânicas (DO) na UTI e unidades clínicas, respectivamente. A prevalência de choque séptico na UTI foi de 31,25%.

Conclusão: Diante de uma doença com elevada taxa de morbimortalidade, os números são preocupantes. O hospital tem prevalência de sepse em metade dos pacientes; quase todos os pacientes UTI sépticos. Esse estudo nos deu uma visão geral de como está a sepse em nossa instituição. Primeiro passo para o planejamento de ações no combate a mortalidade da sepse, focado identificação precoce.

COMPARANDO O PERFIL MICROBIOLÓGICO DA SEPSE EM SERVIÇO DE TERAPIA INTENSIVA COM O ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO SEPSE BRASIL (2006)

Valdeci Ferreira da Ponte Neto, Laércia Ferreira Martins, Mônica de Sousa Araújo, Ingrid Bezerra Portela, Ana Paula da Silva, Laura Pinheiro Machado

Objetivo: Dentre os fatores propícios à elevação da incidência de sepse, está o crescimento da resistência bacteriana, sendo necessário reconhecer o perfil microbiológico e os sítios de infecção(SI), acometidos por esses microorganismos, no paciente séptico. Objetivou-se analisar o perfil microbiológico e SI mais frequentes em pacientes sépticos da UTI estudada e comparar com os dados do Estudo Sepse Brasil (2006).

Material e Método: Trata-se de um recorte do Estudo– EDIAPSE, método transversal, descritivo-exploratório, abordagem quantitativa, realizado em hospital terciário, médio porte, conveniado ao SUS, localizado em Fortaleza. O estudo foi conduzido pelo GSEPSE(Grupo de pesquisa e estudos Sepse e infecções). Amostra inicial foi de 122 pacientes internos dia 03 de fevereiro/2017 às 07h00 nas unidades de pronto atendimento, clínica e UTI. Foi aplicado instrumento com coleta de dados à beira-leito e documental no prontuário.

Resultados: Amostra do estudo foi de 17 pacientes, 16 diagnosticados com sepse. Dos pacientes sépticos, 25% (n=4) não tinham SI reconhecido no dia da coleta. Dos 75%(n=12) que apresentavam SI confirmados, o mais acometido foi sítio pulmonar(50%), seguido da infecção de corrente sanguínea(ICS) (25%), que converge, em partes, com resultados do Estudo Sepse Brasil(ESB) que tem como SI principal o pulmonar(69%) seguido de abdominal(23,1%). Quanto aos Agentes Etiológicos(AE), dos 12 que apresentaram cultura positiva, 25%(n=3) apresentaram mais de um AE, totalizando 14 culturas positivas. Destas, 50%(n=7) continham cepas gênero Estafilococos, com predominância Staphylococcus aureus, seguido de Acinetobacter baumannii(14,28%), e Enterococcus vanco-resistentes(EVR) (7,15%), prevalecendo os gram positivos(80%). Enquanto que no ESB, observou-se predominância de Pseudomonas aeruginosas (26,8%) ficando o Staphylococcus aureus na 4ª colocação (10,9%), onde gram positivos representaram apenas 32,8%.

Conclusões: Inferiu-se que o perfil microbiológico e os sítios de infecção mais frequentes em pacientes sépticos da UTI estudada, convergem parcialmente aos encontrados no ESB. Concluiu-se também que há uma diferenciação no segundo SI mais frequente, sinalizando maior atenção às ICS. A existência de EVR neste estudo enquanto que no ESB não foi isolado tal cepa, é preocupante e exige medidas para reduzir a transmissão deste AE, tendo em vista sua alta mortalidade. Sobre AE observou-se a predominância de gram-positivo, o que pode inferir melhor controle das infecções e da resistência bacteriana.

CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS SOBRE VENTILAÇÃO MECÂNICA

Laércia Ferreira Martins, Mônica de Sousa Araújo, Elis Regina Bastos Alves, Kilvia Rodrigues Gomes Cavalcante, Yara de Oliveira Sampaio, Laura Emanuela Pinheiro Machado

Introdução: A assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) envolve o saber de diversos conhecimentos deste profissional, dentre estes, destaca-se os cuidados ao paciente em ventilação mecânica (VM). Portanto, objetivou-se avaliar o conhecimento de enfermeiros acerca da VM.

Método: O presente estudo trata-se de uma abordagem quantitativa, exploratória e descritiva. Foi aplicado um formulário com os enfermeiros de um hospital terciário. Esse formulário contemplava questões sobre o perfil do enfermeiro, finalidades, indicações, parâmetros, modalidades, gasometria, complicações e atribuições relacionadas a VM. A pesquisa ocorreu dia 22/05/17 e participaram enfermeiros da Unidade de Terapia Urgente (UTU), Unidades Clínicas (UC) e Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Discussão: Verificou-se a partir dos dados obtidos, se trata em sua maior parte de indivíduos jovens, com pouco tempo de atuação profissional e pouca formação da temática pela deficiência da capacitação. Apresentou-se maior deficiência na definição de parâmetros e programação destes, estando a fisioterapia a frente da atuação em VM.

Conclusão: O enfermeiro possui déficit de formação relevante no que diz respeito à VM, e esta realidade não é condizente com as necessidades da sua prática em ambientes de terapia intensiva, visto que é este profissional que está na maioria das vezes presente durante as 24hs de cuidados aos pacientes críticos. Recomenda-se as instituições e aos enfermeiros buscarem conhecimento em cursos e eventos para a melhoria da prática assistencial.

RELATO DE CASO SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES EM PÓS OPERATÓRIO DE RESSECÇÃO DE TUMOR CARDÍACO

Andreza Serpa Franco, Tamires Grama dos Santos, Laís Mazarro da Silva, Elbanir Rosangela Ferreira de Souza

Introdução: Os tumores secundários do coração que têm crescimento parcial ou total intracavitário são muito raros e, quando ocorrem, tendem a ser cobertos por material trombótico. Os tumores cardíacos são neoplasias benignas ou malignas que se originam dos tecidos cardíacos de revestimento interno, camada muscular ou do pericárdio. Podem ser primários ou metastáticos (estes também chamados secundários), afetando o epicárdio, miocárdio e o endocárdio, mas a grande maioria é epicárdico. A incidência dos tumores cardíacos primários varia de 0,02 a 0,05% em estudos de autópsias; em tumores secundários observa-se uma incidência de 1%.

Objetivo: Descrever o cuidado e a sistematização a um paciente hospitalizado com carcinoma de tireóide com metástase cardíaca intracavitário no Pós Operatório de Cirurgia Cardíaca.

Método: Trata-se de um relato de caso, de abordagem qualitativa de uma paciente em pós operatório de Cirurgia Cardíaca de um Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro, obedecendo as etapas : histórico, diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação, em Abril de 2017.

Relato de Caso: Paciente, 62 anos, sexo feminino, com diagnóstico de massa em VCS estendendo-se até AD e VD. HPP: carcinoma folicular de tireóide com metástase óssea. Nega HAS e DM. Em 2013 realizou cirurgia de tireoidectomia total com esvaziamento clavicular esquerdo, desenvolveu hipotireoidismo pós operatório, com suplementação de cálcio e vitamina D, fez uso de dose supressora de levotiroxina. Na admissão, sem suplementação de cálcio devido a hipercalcemia, com dosagem a cada 48 horas para ajuste e acompanhamento. À internação encontrava-se com anticoagulação plena (INR na internação: 1,38). Pós operatório : admitida no CTI ainda sob efeito anestésico, RASS -1, acoplado à ventilação mecânica ,apresentando instabilidade hemodinâmica, em uso de vasopressores e inotrópicos. Diurese nas primeiras 12h de pós operatório de 1,67 ml/kg/h. Extubação realizada após melhora do lactato sérico, cerca de 17h após chegada do centro cirúrgico.

Discussão: Apesar da paciente apresentar intercorrências, estas são esperadas e corroboradas na literatura e não diferem da raridade da tumoração trazida neste estudo, exceto a persistência da hipercalcemia, contraditória à correção do câncer primário. Apesar do planejamento de enfermagem incluir problemas conhecidos no pós operatório de cirurgia cardíaca não relacionada à tumoração, enfatizamos às específicas da retirada do carcinoma, em especial o distúrbio de cálcio (hipercalcemia) no pré operatório advindo da patologia primária (carcinoma de tireóide) e suas repercussões no pós operatório de retirada de tumor intracardíaco. O planejamento de enfermagem, com foco nas ações específicas, em especial o distúrbio de cálcio (hipercalcemia) no pré operatório advindo da patologia primária e suas repercussões no pós operatório. A hipercalcemia associada à malignidade é descrita em 20 a 30%, e significa mau prognóstico. As alterações na função renal e no trato gastrointestinal, corroboram para a desidratação e agravam a hipercalcemia. A expansão de volume com solução salina corrige a desidratação, melhora a filtração glomerular e aumenta a excreção urinária de cálcio, que pode ser ampliada por diuréticos de alça. Levando em consideração que a hipercalcemia no pós operatório de cirurgia cardíaca poderá levar a riscos de arritmias e aumento do consumo de oxigênio pelo miocárdio, ofertamos um planejamento de enfermagem baseado no controle rigoroso do cálcio.

Considerações finais: Concluímos que através deste estudo , que pacientes no pós operatório de cirurgia de retirada de tumor cardíaco, especialmente secundários, é de extrema relevância conhecer a patologia de base (tumoração primária), pois problemas de saúde ainda relacionados com a doença poderão exigir do enfermeiro um cuidado diferenciado e direcionado. . Conhecer o distúrbio de cálcio advindo de patologia prévia relacionada ao carcinoma foi essencial para o planejamento guiado por metas pela equipe multidisciplinar. Trabalhar guiado por valores limitrofes e controle rigoroso do balanço hídrico, bem como a monitorização de arritmias pareceu promover uma assistência segura ao paciente.

PREPARO E ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOSA - UMA AVALIAÇÃO DA CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Vítor Vinicius Martins de Souza, Christian Negeliskii

Método: Abordagem qualitativa, transversal, descritivo-exploratório, utilizando entrevista semiestruturada; análise com método de Minayo.

Objetivos: Compreender a percepção dos técnicos de enfermagem sobre a ocorrência de incidentes assistenciais no preparo e administração de medicamentos; investigar o entendimento de técnicos de enfermagem sobre Cultura de Segurança do Paciente e avaliar o grau de comprometimento sobre ações de prevenção dos eventos adversos a medicamentos.

Resultados: Déficit no conhecimento dos técnicos de enfermagem sobre Segurança do Paciente no preparo e administração de medicamentos.

Conclusão: Há necessidade de atuação efetiva do Núcleo de Segurança do Paciente e gestores; implementação de Educação Continuada para os profissionais de enfermagem, na busca de alcançar uma mudança de paradigma de uma Cultura Punitiva para uma Cultura Resiliente e empoderada.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA EM USO DE ECMO: UM ESTUDO DE CASO

Lilian Castro Padela, Elaine Tavares Rodrigues, Renata Bezerra Zerbinatto

Introdução: O Sistema de Circulação Extracorpórea (ECMO) assume a função do coração e dos pulmões, na qual baseia-se em um conjunto de tubos, uma membrana de oxigenação artificial e uma bomba propulsora que auxiliam na recuperação dos órgãos vitais.

Objetivos: Aplicar o processo de enfermagem a criança no pós operatório de cirurgia cardíaca em uso de ECMO.

Métodos: Estudo de caso desenvolvido no mês de outubro a novembro de 2016 na Unidade de Terapia Intensiva pós operatória de uma maternidade referência em cardiologia no Rio de Janeiro. O sujeito em estudo foi um lactente do sexo masculino com 1 mês e 24 dias de vida submetido ao segundo estágio (GLENN) para correção de Hipoplasia de cavidades esquerdas.

Resultados: A cirurgia foi realizada sem intercorrências, porém evoluiu no pós operatório com pneumonia e pulmão de SARA (infecção por vírus sincicial respiratório) evoluindo com hipoxemia refratária sendo necessário instalação de (ECMO). Diante de tais achados, as respostas humanas e suas respectivas intervenções de enfermagem foram: Débito cardíaco diminuído, Perfusão tissular ineficaz: cardiopulmonar, cerebral, renal e periférica; Risco de volume de líquidos desequilibrado; Risco de desequilíbrio na temperatura corporal; Ventilação espontânea prejudicada; Risco de troca de gases prejudicada; Mobilidade no leito prejudicada; Risco de integridade da pele prejudicada; Proteção ineficaz; Risco para infecção; Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais. Intervenções de enfermagem: Monitorar sinais vitais e monitorar parâmetros hemodinâmicos; Monitorar função neurológica e níveis de sedação; Avaliar circulação periférica; Realizar controles hídrico, eletrolítico e ácido-básico, de acordo com as condições clínicas do paciente e protocolo institucional; Monitorar o fluxo de h/h, observar volume e coloração da urina, comunicar alterações; Examinar os locais de inserção das cânulas extracorpóreas na busca de sinais de sangramento ou infecção; Trocar curativos dos locais de inserção de cânulas sempre que estiverem úmidos, com técnica asséptica; Coletar amostras de sangue e monitorar os perfis de coagulação e hemograma; Promover cuidados de alívio de pressão em proeminências ósseas, com coxins e ligeira lateralização de decúbito; Monitorar regularmente o funcionamento dos equipamentos: manter alarmes regulados e ativos; Evitar dobras na extensões e vazamento de conexões; avaliar a presença de coágulos; Orientar a família sobre o suporte circulatório mecânico, as restrições das atividades e os cuidados de enfermagem instituídos.

Conclusão: Com base no exposto, a aplicação da assistência de enfermagem específica a este paciente proporcionou um cuidado individualizado e mais qualificado. Cabe ressaltar que conhecer os diagnósticos de enfermagem dos pacientes no período pós operatório de cirurgias cardíacas possibilita aos enfermeiros que atuam em pós operatório de cirurgia cardíaca o planejamento de estratégias que promovam a melhoria da qualidade de vida destes pacientes, bem como a implementação de ações eficazes e imediatas para a resolução dos problemas investigados.

IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO À CRIANÇA SUBMETIDA A CIRURGIA CARDÍACA

Lilian Castro Padela, Elaine Tavares Rodrigues, Renata Bezerra Zerbinatto, Renata Marcello Griom

Introdução: A hospitalização é vista como uma situação perturbadora na vida das pessoas e tem contornos peculiares quando se trata de uma ocorrência na infância, pois afeta a vida familiar implicando em uma mudança na rotina de toda a família. Uma complicação que poderá ocorrer nesse período é a úlcera por pressão (UP), merecendo uma atenção especial a partir da prevenção. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo que melhora a qualidade do cuidado e que pode auxiliar na prevenção de úlceras por pressão na pediatria, principalmente em crianças submetidas a cirurgia cardíaca.

Objetivo: Analisar os riscos para desenvolvimento de UP em crianças submetidas a cirurgia cardíaca pediátrica .

Método: Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, realizado em um hospital de referencia materno-infantil na cidade do Rio de Janeiro. Começamos a observar, que quando as crianças retornavam do centro cirúrgico, elas voltavam com lesões principalmente em região sacra, devido a longas horas na mesma posição, ocasionando lesão desse tecido. A UTI cardíaca é composta por 11 Enfermeiros, 36 técnicos de enfermagem, realizamos em média 5 cirurgias por semana, entre as mais complexas das cardiopatias congênitas. As avaliações eram realizadas pelo Enfermeiro, por isso verificou-se a necessidade de programar um instrumento para que se pudessem avaliar através de escalas o grau de risco que aquela criança venha apresentar. Após as inúmeras notificações de lesões principalmente as oriunda do centro cirúrgico, inserimos a Escala de BradenQ e escolhemos um material no mercado, uma proteção (Curativo Multicamadas com silicone suave).

Resultado: Observamos que após a adoção da Escala de BradenQ associada ao curativo multicamadas de silicone, obtivemos uma redução importante de úlcera por pressão. Nossas crianças são encaminhadas ao centro cirúrgico com a cobertura adaptada na região sacra diminuindo assim o risco de UP decorrente do longo tempo de cirurgia.

Conclusão: Escala de BradenQ junto com a proteção Multicamadas de Silicone , é um método confiável que a enfermeira poderá utilizar em sua rotina assistencial e intensificando as medidas preventivas para aquelas crianças com maior risco para abertura dessas úlceras. Já a realização da SAE proporciona uma assistência de qualidade , assim como, aumenta a segurança nas decisões clínicas tomadas pelos enfermeiros. Nesse sentido, se faz necessário, um maior incentivo para sua realização nos serviços de saúde, demonstrando que a sua aplicação fortalece a assistência, gerando conforto, menor tempo de hospitalização e menor risco de infecções.

IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE RETIRADA DE DRENO DE MEDIASTINO PELO ENFERMEIRO EM CRIANÇAS SUBMETIDAS A CIRURGIA CARDÍACA

Lilian Castro Padela, Elaine Tavares Rodrigues, Renata Bezerra Zerbinatto

Introdução: Os drenos são tubos ou materiais colocados no interior de uma ferida ou cavidade, visando permitir a saída de fluidos. A utilização do mesmo é indicada em cirurgias para drenagem por sistema fechado. É importante lembrar que este tipo de dreno não pode ser tracionado durante o seu uso e a sua manipulação asséptica. Os cuidados com o dreno de mediastino são da equipe de enfermagem. A finalidade da drenagem do mediastino é remover uma coleção de sangue na cavidade do Pericárdio. A inserção de um dreno no mediastino durante a cirurgia cardíaca permite essa drenagem, com a finalidade de acompanhar o estado hemodinâmico com maior segurança. A retirada do dreno em crianças submetidos à cirurgia cardíaca, geralmente ocorre a partir do primeiro dia no pós-operatório, quando sua drenagem chega igual ou inferior a 0.2 ml/kg/hora, sendo o médico responsável para a avaliação da retirada, cabendo ao Enfermeiro o seu acompanhamento em relação a drenagem. O Procedimento poderá ser realizado por médicos ou enfermeiros, que deverão possuir conhecimentos e habilidades técnicas, pertinente ao procedimento. No Rio de Janeiro, a retirada de dreno de Mediastino pelo Enfermeiro, ainda não é um procedimento comum entre esses profissionais. A nossa unidade é composta por uma equipe com 09 Enfermeiros plantonistas, 1 Enfermeira Rotina, 1 Enfermeira coordenadora, mantendo 10 leitos, e com uma média de 20 cirurgias por mês. Os enfermeiros são treinados e avaliados para a realização deste procedimento. Na drenagem do mediastino, o dreno é inserido no pericárdio ou sobre ele e tem como finalidade a eliminação de sangue, líquidos e eventualmente coágulos residuais, com a finalidade de evitar o tamponamento cardíaco e entre outras complicações. Na drenagem do mediastino podemos observar as Complicações como perfuração miocárdica, arritmias e a abertura da cavidade pleural ou mesmo peritoneal. Segundo a lei n.º 7498, de 25 de junho de 1986, artigo 11, cabe privativamente ao enfermeiro: “exercer cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas”. Cabe ao enfermeiro a “elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem, execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários, exercendo uma conduta responsável e ética”. Como enfermeiros de uma unidade de cirurgia cardíaca pediátrica, que realiza diariamente a retirada de drenos de mediastino e a fim de contar com respaldo legal, despertou-se o interesse em realizar este estudo a fim de fornecer esclarecimentos e elaborar um Protocolo para a retirada de dreno de mediastino.

Objetivo: Capacitar Enfermeiros que atuam em unidades de Cirurgia cardíaca, a realização da técnica de retirada de dreno, através de Protocolos institucionais.

Metodologia: O presente trabalho trata – se de um estudo exploratório e quantitativo. O Cenário do estudo foi a Maternidade Perinatal Barra, realizado no período de março de 2013 à dezembro de 2013, onde foram registrados 150 procedimentos com presença de dreno de mediastino. Os sujeitos integrantes foram 12 enfermeiros, onde tinham mais de 6 meses de experiência em UTI cardíaca. As crianças submetidas a cirurgia cardíaca da unidade desciam do centro cirúrgico com drenos de mediastino e Pleural. Observando a necessidade do aprendizado e a abordagem dos enfermeiros junto ao procedimento, foi elaborado pela Coordenação de enfermagem e sua equipe, um protocolo para que os Enfermeiros da unidade pudessem estar realizando a técnica de remoção dos drenos de mediastino e pleural. Após a elaboração do Protocolo, os Enfermeiros plantonistas foram treinados e avaliados para a realização dessa prática.

Resultados: Com a elaboração do Protocolo da Retirada de dreno de Mediastino e Pleural, foi possível o treinamento e a avaliação dos 12 Enfermeiros plantonistas, permitindo-os a utilização da prática estabelecida. Este estudo permitiu capacitar a equipe de enfermagem por meios de Protocolos, proporcionando uma equipe treinada e capacitada para realização desse procedimento.

Conclusão: Os resultados deste presente estudo evidenciaram que foi efetiva a implementação do Protocolo de Retirada de dreno para os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, evidenciando uma melhoria do conhecimento da equipe após a capacitação para os Enfermeiros. A assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca caracteriza-se por cuidados de alta complexidade, exigindo dos profissionais conhecimentos e habilidades específicas. Nesse sentido, a padronização de atividades como a retirada do dreno é fundamental para assegurar aos pacientes rápida recuperação com o mínimo de riscos. Elaboração de um Protocolo para a retirada de dreno mediastino possibilitou o acréscimo de conhecimentos específicos para toda a equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, que deve exercer seu trabalho de forma responsável e ética

SIMULAÇÃO REALÍSTICA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Miriane Melo Silveira Moretti

Quando começamos a pensar sobre a metodologia de ensino em saúde, nos remetemos a como fomos ensinados, com um professor com o seu quadro negro, sendo o centro e os alunos sentados à sua frente. O professor reconhecido por ter o conhecimento supremo, e que nós como alunos deveríamos ficar atentos a tudo o que ele nos ensina. Nas graduações da área da saúde ou até de outras áreas, precisamos como educadores avaliar o perfil do nosso aluno, que é adulto e traz consigo experiências e motivações. Precisamos ter claro que o ensino passa pela andragogia, onde temos que considerar o repertório prévio desse aluno, o que o motiva, o aprender contextualizado, aplicabilidade do que aprendeu, oferece devolutiva constante, respeita principalmente a autonomia do aluno, aprendizado se torna colaborativo e compartilhando experiências¹. Para corroborar Edgar² traz a pirâmide do aprendizado, onde ele sucintamente descreve os percentuais do que a maioria das pessoas lembra após terem passado duas semanas daquele momento que obtiveram o aprendizado. Quando lemos retemos apenas 10%, quando ouvimos 20%, 30% daquilo que vemos, 50% do que vemos e ouvimos, 70% do que falamos, retemos do aprendizado 90% quando falamos e fazemos. A Simulação Realística vem para colaborar com o ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde, como também de outras áreas como o direito. A Simulação Realística é um desafio a ser vivido pelas instituições de ensino e instituições de saúde, onde as equipes de saúde precisam estar preparadas para o atendimento de promoção, prevenção à saúde da forma mais adequada possível. A Simulação Realística vem num crescente, está sendo utilizada por várias instituições de ensino e de serviços de saúde no Brasil. A definição de Simulação Realística como um processo dinâmico, que envolve a criação de uma oportunidade hipotética, que incorpora uma representação autêntica da realidade, facilitando a participação ativa do profissional de saúde, integrando as complexidades do aprendizado teórico-prático com oportunidades para a repetição, feedback, avaliação e reflexão³. Na perspectiva de Freire⁴ a educação constitui um processo de mediação emancipatória que permite a formação do pensamento crítico reflexivo, construído, problematizado e não apenas aplicado e consumido. A postura crítico reflexiva possibilita a busca em profundidade para a análise da situação. A metodologia ativa é uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivo, no qual o educando participa e se compromete com o seu aprendizado. O método propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade⁵. Para Farah⁶ a educação é um processo permanente que busca alternativas para os problemas de saúde vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades, portanto, ela deve ser entendida como um fator que influenciará no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes nos serviços. Para que os acadêmicos possam enfrentar a realidade, através da complementação e/ou aquisição de novos conhecimentos. O conceito moderno de simulação é atribuído ao engenheiro americano Edwin A. Link, responsável pelo desenvolvimento do primeiro simulador de voo que leva seu nome, o "Link Trainer". O uso de manequins simuladores para o ensino de enfermagem é utilizado desde 1910, quando uma enfermeira encomenda a uma fábrica de brinquedos uma boneca em tamanho adulto para o ensino de habilidades como troca de roupas, mudanças de posições e cuidados de higiene e conforto, entre outras. O manequim recebeu o nome de Mrs "Chase" fazendo referência ao sobrenome de sua criadora⁷. Já o primeiro manequim utilizado em simulação na área médica foi desenvolvido em 1960, pelo norueguês Asmund Laerdal, para ressuscitação cardiopulmonar, denominado Annie. Na Universidade de Harvard, também em 1960, Abrahamson e Denson construíram o modelo "Simone", que reproduzia os ruídos cardíacos e pulmonares. A partir desta data, grande impulso foi dado para que outros modelos de manequins apoiados em alta tecnologia fossem criados, a exemplo daqueles para assistência ao parto, cirurgia videolaparoscópica e outros. Gaba⁸ definiu a simulação como uma técnica, e não uma tecnologia, para substituir ou ampliar experiências reais com experiências guiadas, muitas vezes envolvente na natureza, que evocam ou replicam aspectos substanciais do mundo real de uma forma totalmente interativa. Este autor ainda descreve um simulador como um "dispositivo" que imita um paciente real ou uma parte do corpo humano, e que é capaz de interação com o aluno. Cooper e Taqueti⁹, também, têm notado que qualquer dispositivo que reproduz parte de um sistema ou processo pode ser adequadamente definido como um simulador. A simulação tem sido utilizada internacionalmente na área da saúde, produzindo evidências científicas de sua efetividade no processo ensino-aprendizagem. Na busca de excelência, observa-se no Brasil, o crescente investimento na construção de Centros de Simulação Realística nas universidades e instituições de saúde. O aprendizado em saúde sempre teve a prática como forma de desenvolvimento de habilidades e contato primário com o conhecimento.

Neste aspecto, a Legislação Educacional sobretudo a Lei nº 9.394/96 - Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB é bem clara sobre o assunto, tanto para o ensino de nível médio quanto para o de nível superior¹⁰. As escolas que desejam ter em seu currículo cursos de graduação na área da Saúde, já devem ter dimensionado em seu Projeto Pedagógico: espaço físico, equipamentos, materiais, enfim, todos os recursos necessários para a realização do desenvolvimento das habilidades práticas dos cursos que se pretende implantar. Na Simulação Realística o facilitador, que é o professor poderá avaliar não só o desempenho técnico como as atitudes comportamentais de cada aluno diante do mesmo caso clínico. Nesse sentido, permite a aquisição de competências que vão além das habilidades técnicas: ela também instiga o pensamento crítico reflexivo acerca de situações reais¹¹. Segundo Cassiani¹², a Simulação Realística permite aos acadêmicos a vivência em tempo real das consequências de suas ações e decisões, o que favorece uma reflexão crítica perante os erros sem causar danos aos pacientes ou situações desconfortáveis entre a equipe multiprofissional. A liderança e comunicação poderão ser amplamente trabalhadas em cenários simulados, para o desenvolvimento e a melhor interação da equipe multiprofissional. A Simulação Realística tem como objetivos principais - educação, avaliação, pesquisa e integração do sistema de saúde¹³. O uso desse método de ensino-aprendizagem na educação dos acadêmicos de saúde permite a praticar as habilidades necessárias em um ambiente que permite erros e crescimento profissional, sem arriscar a segurança do paciente. Assim, em um programa de educação profissional utilizando Simulação Realística, a equipe multiprofissional aprimora suas habilidades clínicas sem perigo de prejudicar o paciente durante o processo de aprendizagem onde o conhecimento é construído a partir de situações programadas, representativas da realidade da prática profissional, simuladas por pacientes-atores em ambiente protegido e controlado. É um método útil para avaliar desempenhos e habilidades clínicas, pois permite controle de fatores externos, padronização dos problemas apresentados pelos pacientes e feedback positivo para os alunos, aumentando o autoconhecimento e a confiança destes. Silva¹⁴ diz que a formação e o desenvolvimento de profissionais de saúde devem ocorrer de modo descentralizado englobando todos os locais e saberes a fim de proporcionar a democratização os espaços de trabalho. O uso de Simulação Realística na educação das profissões de saúde promove a segurança do paciente, como também desenvolve habilidades e competências dos participantes. Consideram-se as potencialidades que se podem obter com esta metodologia, nas suas mais variadas vertentes, tem-se revelado como uma estratégia de aprendizagem inovadora, diversificada e ativa. A simulação tem auxiliado para validar e fortalecer o conhecimento prévio, permite que os participantes identifiquem as lacunas existentes no seu conhecimento, os seus pontos fortes e fracos e terem a consciência das reais capacidades¹⁵.

Referências:

1. SCALABRINI NETO, Augusto; FONSECA, Ariadne da Silva; BRANDÃO, Carolina Felipe Soares. Simulação Realística e Treinamento de Habilidades. 1. Ed, Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
2. K. Masters, Edgar Dale's Pyramid of Learning in medical education: A literature review. *Medical Teacher*, 35:11, e1584-e1593, DOI: 10.3109/0142159X.2013.800636
3. BLAND, Andrew J.; TOPPING, Annie; WOOD, Barbara A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse education today*, v. 31, n. 7, p. 664-667, 2011.
4. FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
5. SOBRAL, Fernanda Ribeiro; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012.
6. FARAH, Beatriz Francisco. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções. *Revista APS*, v. 6, n. 2, p. 123-5, 2003.
7. HERRMAN, Eleonor Krohn. Remembering Mrs. Chase. Before there were Smart Hospitals and Sim-Men, there was "Mrs. Chase". v. 55, n. 2, p. 52-5, 2008
8. GABA, David M. A brief history of mannequin-based simulation and application. In: DUNN, William F. *Simulators in critical care and beyond*. Des Plaines, USA: Society of Critical Care Medicine, 2004. p. 7-14.
9. COOPER Jeffrey Bruce, TAQUETI, Viviany Rodrigues. A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training. *Quality and Safety in Health Care*. 2004, v. 13, n. 1, p. 11-18.
10. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Conselho Nacional da Educação. Câmara Nacional de Educação Básica. 2013.
11. GOMEZ, Margarita Victoria, VIEIRA, Joaquim Edson, SCALABRINI NETO, Augusto. Análise do Perfil de Professores da Área da Saúde que Usam a Simulação como Estratégia Didática. *Revista Brasileira de Educação Médica*, São Paulo, v. 35, n. 2, p.157-162, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n2/03.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2011.
12. CASSIANI, Sílvia Helena Bortolini. *Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes*. Acta Paul Enferm, São Paulo, v. 23, n. 6, p.vii-viii, 2010.
13. SOCIETY FOR SIMULATION IN HEALTHCARE, 2012. Disponível em : <http://ssih.org/about-simulation>, Acesso em: 29 julho 2015.
14. SILVA, Cristiane Trivisioi. Educação Permanente em Saúde como um espaço intercessor de uma residência multiprofissional: estudo de caso. 2013. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, 2013.
15. MARTINS, José Carlos Amado; et al. A Simulação no ensino de enfermagem. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. SÉRIE MONOGRÁFICA ISSN 1647 9440. Candeias Artes Gráficas Unipessoal, Lda – Braga. 2014.

EXTUBAÇÃO PALIATIVA

Rodrigo Kappel Castilho

As mortes em UTI são cada vez mais comuns e muito se vem discutindo sobre a indicação da internação de pacientes com prognóstico reservado para estas unidades, onde muitas vezes o doente é submetido a medidas invasivas e sofridas. Alguns termos como “investimento“ devem ser evitados, pois traz consigo a despersonalização do cuidado ou a ideia de abandono, quando este é tratado como não investível”. A filosofia do cuidado paliativo inclui o cuidado, com compaixão e empatia, justiça, resiliência, humildade, sensibilidade às diferenças e a verdade. A atuação deve ser realizada de forma multidisciplinar sempre. Quando iniciamos a conversa sobre extubação paliativa, é fundamental uma comunicação efetiva entre todos profissionais envolvidos, utilizando a posição de curiosidade para evitar conclusões prematuras entre os envolvidos e trabalhando a escuta ativa. Se faz fundamental o respeito às diferentes opiniões, sugestões, críticas, diferentes culturas e crenças. O profissional que não se sinta confortável com a suspensão de alguma medida artificial postergadora da morte deve ter total liberdade de não participar do processo. Há vários termos para identificar o procedimento de retirada do paciente da ventilação mecânica, no fim de vida, como extubação paliativa, extubação compadecida ou extubação terminal. Como nem sempre há retirada de tubo endotraqueal, como no caso das traqueostomias, ou quando o tubo não é retirado, talvez o termo mais adequado seja interrupção paliativa da ventilação mecânica. O Journal of Palliative Medicine Nov 2013;16(11): 1368-1374 traz que a retirada de um ventilador de um paciente cuja morte é esperada, é parte da transição para confortá-lo, uma vez estabelecido que é adequado evitar tratamento médico agressivo, dada a incapacidade de atingir o objetivo (curativo) desejado para o mesmo. Este processo é um dos mais dramáticos da rotina em UTI, necessitando ocorrer de acordo com equipes, familiares e paciente, quando este pode participar. Os aspectos culturais, religiosos e pessoais sempre devem ser considerados. Várias publicações já trazem informações sobre este assunto, como a redução de depressão e stress pós-traumático entre familiares que participam de conversas sobre a retirada de medidas fúteis. Também há trabalhos sobre o desejo de familiares conversarem sobre retirada de medidas já inapropriadas no processo do morrer, em até 81% deles, em UTIs brasileiras. Dados nos mostram que após a suspensão da ventilação mecânica, a maioria não sobreviveu mais de 10 horas, chegando a 165 horas em um paciente numa série relatada. Nesta última publicação, dos 322 pacientes com indicação de retirada da VM, apenas 159 foram submetidos a extubação paliativa, e as doenças terminais foram doenças pulmonares, insuficiência cardíaca, portadores do vírus HIV, demência avançada, doença hepática e doença renal no estágio final. É preconizada a utilização de protocolos de extubação paliativa, de acordo com a cultura e rotinas de cada instituição. Sugiro uma sequência de ações para servir de base para um protocolo institucional, de acordo com o proposto pela literatura internacional:

1. Consenso entre equipes assistentes e intensiva da ineficácia e desproporcionalidade do tratamento diante das expectativas do paciente;
2. Ausência de perspectiva de alta da UTI;
3. Concordância das condutas a serem tomadas de forma multidisciplinar –briefing;
4. Oferecimento de visita de líder espiritual da família ou da instituição de saúde;
5. Convite para os familiares estarem presentes no momento da suspensão de postergadores da morte
6. Não manter contenções mecânicas e facilitar acesso dos familiares ao paciente;
7. Liberar cabeceira de dispositivos amontoados ou desfigurantes;
8. Desligar alarmes e retirar monitorizações;
9. Estar disponível;
10. Avaliar constantemente conforto do paciente através de escalas validadas para dor, agitação, dispnéia e delirium;
11. Considerar fortemente a utilização de sedação preemptiva;
12. Suspende anteriormente hemodiálise, vasopressor, antibióticos, dieta...;
13. Interromper bloqueador neuromuscular e atentar para sua meia-vida, para não mascarar sintomas;
14. Evoluir no desmame paliativo, com redução da FiO2 até 0,21, frequência respiratória, PEEP, sobre PEEP, mudança para modo ventilatório de pressão suporte, com avaliação constante para sinais de desconforto;
15. Realizar descontinuação da ventilação mecânica, considerando extubação paliativa, desconexão do ventilador da traqueostomia ou somente desconexão do ventilador do tubo orotraqueal, com a manutenção do tubo nas vias aéreas;
16. Debriefing multiprofissional;
17. Alta para o andar ou unidade de cuidados paliativos, se possível, conforme evolução;
18. Registrar medidas adotadas em prontuário;
19. Contato familiar após o óbito, no período do luto;

Existem escalas validadas para o controle de sintomas que devem ser utilizadas, pois a retirada da ventilação mecânica é o único procedimento cuja suspensão pode provocar desconforto. As sugeridas para agitação é o Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), para delírium a Confusional Assessment Method in Intensive Care Unit (CAM-ICU), para dor a Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) e Escala Visual Analógica (EVA) e para dispneia a Respiratory Distress Observation Scales (RDOS). Uma das razões para que pacientes sigam sendo submetidos a medidas postergadoras artificiais da vida diante da impossibilidade de restauração e retorno é a ignorância ética e jurídica do assunto pelos profissionais de saúde. O novo código civil, no artigo 15 diz que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica.” A Resolução 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina traz que “Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhes os cuidados necessários para avaliar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.” Esta resolução foi suspensa em 2007, mas reanalisada juridicamente, voltando a vigorar em 2010, com força jurídica maior do que anteriormente. O Código de Ética Médica, no Princípio Fundamental XXI nos mostra que “No processo de tomada de decisões profissionais, ..., o médico aceitará as escolhas do seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnóstico e terapêuticos por ele expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas” e no Princípio Fundamental XXII que “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”. A importância do cuidado centrado no paciente e da ação médica baseada no que é importante para a pessoa, entendendo-o como indivíduo, não como doença, se faz urgente para a restauração da relação humana empática dos profissionais de saúde com seus pacientes. Individualizar o cuidado, considerando o porquê de cada conduta e as expectativas do paciente frente as reais perspectivas do momento de vida do mesmo, valorizando a biografia do sujeito, seus medos e desejos é fundamental. Não se justifica a não prática dos cuidados paliativos por a maioria dos profissionais não terem recebido esta formação nos seus currículos acadêmicos, pois a tecnologia nos permite acesso a informação mundial de maneira muito fácil, com acesso a artigos, livros, cursos, manuais e palestras sobre este assunto, que é sinônimo de boa prática em saúde. O Papa João Paulo segundo deixou a seguinte frase: “A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime antes, a aceitação da condição humana diante da morte.”

DECISÕES COMPARTILHADAS EM LIMITAÇÃO TERAPÊUTICA NA TERAPIA INTENSIVA

Vanúzia Sari

Nas últimas décadas, a humanidade testemunhou inúmeras descobertas em termos de patologias e sua gênese, vivenciando infinitudes de inovações em recursos diagnósticos, tratamentos e tecnologias de cuidado. Esses avanços se traduziram em considerável aumento da sobrevida, não apenas em condições agudas, mas também diante de processos crônico-degenerativos. Sem dúvida, os benefícios daí decorridos são louváveis, embora seja conveniente apontar sua contribuição para um refutar da morte a todo custo, prolongando-se numericamente “vidas biológicas”, mas isolando-as de componentes qualitativos.

Mais do que nunca o enfrentamento da morte e do morrer, nas instituições de saúde, tem sido escamoteado por horas, dias, semanas, meses; escondendo-se em tentativas de prolongar a vida. Profissionais discordam entre si sobre o melhor momento para limitar terapêuticas; pacientes, seus vínculos e familiares, muitas vezes, recebem ouvir “a cura não é mais possível”. De forma que se adia essa decisão ou pouco se compartilha para decidir, imputando-se a distanásia aos doentes.

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) essa parece ser uma realidade diária; ainda que tenham sido pensadas para o atendimento de pacientes graves em condições agudas ou crônico-agudas, que necessitam recursos tecnológicos, de atenção e vigilância contínua de uma equipe qualificada¹, sendo elegíveis como potencialmente “curáveis”. Contrariamente a essa perspectiva, muitos dos leitos brasileiros de UTI são hoje ocupados por pacientes em final de vida, ou que, ao longo de sua internação, evoluem para a condição de irreversibilidade e incurabilidade, tendo em vista a refratariedade da doença de base às terapias instituídas. Ainda assim, continuam, não raras vezes, tratados como “elegíveis para a cura”, por questões diversas².

Nesse contexto, tais pacientes recebem, invariavelmente, uma assistência inadequada, por meio de métodos invasivos e pelo uso de densa tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram ou subestimam o sofrimento a que estão sujeitos os doentes e aqueles que lhe são próximos, sendo incapazes de tratar as necessidades mais prevalentes³. Investe-se obstinadamente nas “chances” de recuperabilidade, prolongando-se o morrer, mas não o viver. Em última instância, morrer torna-se sinônimo de solidão, impessoalidade, tecnologia e invasão.

A opção pela limitação terapêutica— caracterizada pela não adoção ou pela suspensão de medidas que já não exercem a função que deveriam exercer, antes sim causam sofrimento e prolongam artificialmente a vida, sem melhorá-la— tem sido adotada em diversos países, como EUA⁴, Canadá⁵ e países da Europa⁶.

Entretanto, tais medidas variam bastante nas distintas culturas e regiões^{7,8}. Sendo que diferenças culturais, econômicas, religiosas, sociais e legais justificam as dificuldades de profissionais, pacientes e familiares em decidir de modo compartilhado; assim como, concorrem para a inexistência de consensos para a tomada de decisão sobre limitação terapêutica em UTI⁹.

Na conjuntura brasileira, estudos demonstram que a decisão pela limitação terapêutica tem sido mais frequente. Médicos e familiares são os indivíduos que habitualmente participam dessa decisão na UTI, impulsionados, sobretudo, pelo prognóstico da doença, pelas comorbidades existentes e por entenderem que uma dada terapêutica adquiriu aspecto fútil. Por aqui, prefere-se a não adoção de novas medidas à retirada daquelas já instituídas. Nesse ponto, a ordem verbal de “Não Reanimar” é uma das formas mais praticadas de limitação terapêutica; e quando medidas de suporte são removidas, opta-se pela excisão de métodos dialíticos, hemoderivados, vasopressores, antibióticos e nutrição parenteral. Sedação, analgesia, nutrição e hidratação venosa, raramente são omitidas ou retiradas; já a ventilação mecânica, embora algumas vezes seja omitida, dificilmente é retirada⁹⁻¹².

Mas em que medida essas decisões são compartilhadas e quem as compartilha? E mais, quando elas são compartilhadas?

Compartilhar uma decisão acerca de limitar terapêuticas é diferente de se praticar medicina informativa. Não basta ofertar um rol de informações e esperar que o paciente e/ou sua família decidam com base na autonomia que lhes é conferida. Nem tampouco compreende a prática de uma medicina paternalista, que entende ser o profissional, nomeadamente o médico, aquele com conhecimento clínico, técnico e científico para tomar a melhor decisão em termos de bem-estar do paciente, e de agir em favor dele. E muito menos pode ser associada à prática de uma medicina defensiva, preocupada em esgotar todas as possibilidades terapêuticas e pomenorizar todos os riscos de uma eventual medida a ser adotada, na intenção de evitar pendências judiciais.

Compartilhar uma decisão pressupõe que paciente e família não decidam sozinhos, mas que a equipe multiprofissional se envolva conjunta e explicitamente na escolha, assumindo seus posicionamentos clínicos. Obviamente, há circunstâncias e circunstâncias. É preciso investigar o quanto cada paciente e familiar deseja fazer parte de uma decisão, bem como se uma dada decisão é técnica, neutra em termos de valor ou carregada de valor para aqueles indivíduos¹³. Na maioria das circunstâncias, decidir sobre limitação terapêutica pressupõe um considerável “valor” emocional intrincado nesse ato.

Nesse sentido, uma decisão sensível às preferências requer que a equipe entenda o papel que paciente e família desejam assumir nesse processo e quais são de fato os seus objetivos de cuidado, antes de se oferecer possíveis intervenções ou cogitar retiradas¹³. Para tal, é necessária uma comunicação honesta, aberta, afetiva, efetiva e empática; que reduza o gradiente de poder entre profissionais, pacientes e familiares. Lembrando ainda, que a elicitación de “desejos”, por si só, não significa o compartilhamento de uma dada decisão; para isso é preciso “ser parte e fazer parte” e permitir ao outro ser e fazer parte.

O fato é que, caso se deseje atingir esse grau de compartilhamento de decisões, os profissionais precisam tecer importantes reflexões.

A primeira é a de que existe nas equipes uma confusão conceitual em torno da ideia de limitação terapêutica. E se os profissionais não têm clareza sobre o que é uma limitação, como compartilhar com o outro essa decisão? Limitar terapêuticas (por exemplo, uma extubação paliativa) não quer dizer que uma morte imediata deva necessariamente acontecer; e tampouco, significa praticar eutanásia passiva ou ativa.

A segunda reflexão é por que se demora tanto para se instituir tais limitações? Por que as discussões são tardias, apenas quando esgotadas todas as possibilidades terapêuticas disponíveis? Por que uma limitação se dá somente quando os pacientes estão em fim de vida na UTI e pouco tempo ou condição há para despedidas ou para o luto antecipatório?

Por certo, a existência de uma tecnologia ou terapêutica não significa, por si só, que ela precise ser usada/esgotada. Sem dúvida, consensos e critérios para tais definições precisam ser discutidos, com bases nas evidências existentes e considerando a necessária subjetividade do cuidado. Há que se considerar, igualmente, o bombardeio de informações “externas” à família (internet, etc.) que criam expectativas irreais, que também devem ser discutidas.

A terceira reflexão é: por que alguns membros das equipes manifestam que pacientes em limitação terapêutica precisam ser sedados continuamente? Será por medo de perguntas desconfortáveis? Ou por medo de conviver com alguém que morre, olhar nos olhos, ver suas expressões, ver sinais de vida?

É provável que devêssemos dar mais atenção ao paciente sob os lençóis e cobertores e pôr talvez um ponto final em nossa bem intencionada eficiência, correndo para segurar a mão do paciente, sorrir ou prestar atenção em uma pergunta que nos faça¹⁴.

A quarta reflexão é a de que existe uma “conspiração do silêncio”. Fica o médico conversando com os familiares e o paciente sozinho na UTI¹⁵. Esse paciente morre na UTI “sem saber”, oficialmente, que está morrendo e sem decidir o que deseja nesse instante.

Obviamente que o contexto da UTI, com tubos, sondas, sedação... nem sempre permite a comunicação, mas ao mesmo tempo, é preciso lançar mão de outras formas de comunicação e desejar se comunicar. Ainda existe enorme dificuldade em tomar decisões junto ao paciente, às vezes é difícil até mesmo praticar uma medicina informativa junto à família, em razão do paternalismo dos profissionais, quiçá junto àquele que sabemos estar morrendo. Será que não nos surpreenderíamos com a capacidade de resiliência de nossos pacientes?

A questão não deveria ser “conto ao paciente? E sim, como partilhar o que sei e se ele deseja saber?”¹⁴. Privar o ser humano deste momento decisivo da vida dele é cruel. Porque neste momento a pessoa tem muita coisa para contar, para perdoar, para acertar... não se pode privá-la disso. É desumano e cruel¹⁵.

E como quarta e última reflexão: por que a enfermagem está pouco presente nas conversas com a família e/ou paciente sobre limitação terapêutica? É por que não pode estar, ou por que não quer estar?

Se a enfermagem está 24 horas por dia junto ao paciente e também relativamente mais próxima da família, está igualmente em posição única para incentivar um diálogo aberto com os pacientes e familiares¹⁶, agindo como um facilitador; esclarecendo, traduzindo e interpretando informações para ambos^{17,18}. Ofertando, inclusive, apoio emocional.

Nesse sentido e tecidas tais reflexões, talvez, os caminhos possíveis para a decisão compartilhada em limitação terapêutica na UTI perpassem por:

- Conhecer “o que pensa” o setor e seus profissionais através de fóruns institucionais, rodas de conversas, momentos de discussão. Por que “se queremos ter decisões compartilhadas, temos que resolver o problema de comunicação entre as partes”¹⁹;
- Estabelecer critérios para deflagrar a discussão mais oportuna acerca da limitação de terapêuticas;
- Usar protocolos padronizados para as práticas de cuidados, a fim de evitar intervenção desnecessária, dispendiosa e geradora de conflito;
- Conhecer o desejo de nosso paciente e de sua família, respeitando-os;
- Acabar com o princípio da porta-giratória na UTI facilitando a presença da família, inclusive em “rounds” específicos;
- Preparar-se para “estar junto”, ouvir e cuidar.

Referências:

1. Proença MO, Agnolo CMD. (2011) Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Rev Gaúcha Enferm.*; 32(2):279-86.
2. Baruzzi ACA, Ikeoka DT. (2013) Terminalidade e cuidados paliativos em terapia intensiva. *Rev Assoc Med Bras*; 59(6):528-30.
3. Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2ª ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p 23-30.
4. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. (1998) A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*; 158:1163-67.
5. Keenan SP et al. (1997) A retrospective review of a large cohort of patients undergoing the process of withholding or withdrawal of life support. *Crit Care Med*; 25:1324-31.
6. Sprung CL et al. (2003) End-of-life practices in European intensive care units. The Ethicus Study. *JAMA*; 290:790-797.
7. Pochard F, Abroug F. (2005) End-of-life decisions in ICU and cultural specificities. *Intensive Care Med*; 31:506-7.
8. Vincent JL. (2001) Cultural differences in end-of-life care. *Crit Care Med*; 29:(Suppl2): 52-5.
9. Bitencourt AGV et al. (2007) Conduitas de Limitação Terapêutica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. *RBTI*; 19(2): 137-43.
10. Athanazio RA et al. (2005) Decisão de não introduzir ou de retirar tratamentos de suporte para pacientes terminais internados em unidades de terapia intensiva. *RBTI*; 17:181-84.
11. Lago PM, Garros D, Piva JP. (2007) Terminalidade e condutas de final de vida em unidades de terapia intensiva pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva.*;19(3):359-63.
12. Moritz RD et al. (2010) Perceptions about end of life treatment in Argentina, Brazil and Uruguay intensive care units. *RBTI*; 22(2):125-32
13. Bernacki RE, Block SD, for the American College of Physicians High Value Care Task Force. (2014) Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Intern Med.*;174(12):1994-2003.
14. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
15. Siqueira JE da. Entrevista. Brum E. Testamento vital. 12/7/2010. <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI154190-15230,00.html>
16. Puntillo KA, McAdam JL. (2006). Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: challenges and opportunities for moving forward. *Critical Care Medicine*; 34: 332–40.
17. Bloomer MJ et al. (2013). Nursing care of the family before and after a death in the ICU – an exploratory pilot study. *Australian Critical*; 26: 23–8.
18. Gutierrez KM. (2012) Prognostic communication of critical care nurses and physicians at end of life. *Dimensions of Critical Care Nursing*; 31:170-82.
19. Gafni A. Entrevista: Médicos preferem dividir escolha de tratamento com paciente. *Atualidades CREMEPE*, 2005.

OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO): COMO FAZEMOS

Viviane Rodrigues Bernardi, Fernanda Bandeira Domingues, Tais Hohegger, Thais dos Santos Donato Schmitz

A Oxigenação por Membrana Extracorpórea (ECMO) é um suporte temporário pulmonar e/ou cardíaco. Em 1965, foram realizadas tentativas de instalação deste suporte em lactentes sem sucesso e, em 1982, Bartlett publicou 45 casos de ECMO neonatal com 23 sobreviventes. No ano de 1989, foi criado o grupo de estudo Extracorporeal Life Support Organization (ELSO). A ELSO é uma organização internacional sem fins lucrativos, composta por centros de saúde e indivíduos dedicados ao desenvolvimento, avaliação e melhoria da oxigenação por membrana extracorpórea, bem como de outras terapias inovadoras para o suporte de sistemas de órgãos com falha em recém-nascido, criança e adulto¹. A utilização da ECMO tem aumentado de forma considerável nos últimos anos, tornando-se uma ferramenta essencial no tratamento de pacientes com insuficiência respiratória grave ou choque cardiogênico refratário ao tratamento convencional^{1,2,3}. Suas indicações variam de acordo com o tipo de suporte oferecido: respiratório (ECMO venovenoso) ou respiratório e hemodinâmico (ECMO venoarterial)^{1,2,4}. As principais indicações para ECMO venovenoso são: insuficiência respiratória hipóxica devido a qualquer causa primária ou secundária, necessidade de intubação em um paciente na lista de transplante de pulmão, cirurgia torácica, embolia pulmonar e fistula broncopleural. Na insuficiência respiratória hipóxica o risco de mortalidade é de 50% quando associado a uma $PaO_2 / FiO_2 < 150$ em $FiO_2 > 90\%$ e / ou uma pontuação de Murray^{2,3}; 80% de risco de mortalidade quando associado a uma $PaO_2 / FiO_2 < 100$ em $FiO_2 > 90\%$ e / ou a uma pontuação de Murray^{3,4}, a despeito de cuidados otimizados durante as primeiras 6h ou mais. As principais indicações para ECMO venoarterial são: choque cardiogênico refratário, secundário a infarto agudo do miocárdio, miocardite, cardiomiopatia, insuficiência cardíaca crônica descompensada, falência primária do enxerto pós-transplante cardíaco, assim como, choque pós-cardiotomia, arritmias ventriculares recorrentes e choque anafilático^{1,2}. Em ambos os casos, este tipo de suporte circulatório é considerado uma ponte para recuperação, ponte para transplante pulmonar ou cardíaco, ou ponte para terapia de destino, no caso de pacientes em choque cardiogênico refratário^{2,4}. O enfermeiro está presente neste contexto, no processo de sistematização da assistência a estes pacientes, avaliando, planejando e implementando os cuidados de enfermagem, os quais incluem: a observação do sítio de inserção das cânulas quanto à presença de sangramento ou sinais de infecção, a observação do circuito quanto à presença de coágulos, o escape de sangue, as dobras ou a presença de ar. Também é de responsabilidade do enfermeiro: o manejo do protocolo de anticoagulação e a coleta de Tempo de Coagulação Ativado (TCA), a verificação da temperatura central, a avaliação das extremidades (perfusão), a avaliação para manejo de sedoanalgesia adequada, além da avaliação neurológica e exame físico completo, visando a antecipação de complicações e promovendo uma assistência de qualidade e segura para este paciente. Portanto, o manejo do paciente com ECMO, requer profissionais qualificados e capacitados neste tipo de suporte. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) iniciou o Programa de ECMO no ano de 2012, com um grupo composto por uma equipe multidisciplinar, os quais realizavam reuniões mensais, capacitações, discussão de casos e revisão de protocolos. Recentemente, em fevereiro de 2017, o HCPA foi convidado pelo Hospital Moinhos de Ventos, em parceria com o Ministério da Saúde, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), a integrar em conjunto com mais três Instituições de Saúde da região Sul do país, o Projeto Dispositivo de Assistência Circulatória (DACs). Este projeto tem como objetivo a Qualificação do uso de Dispositivos de Assistência Circulatória no SUS e a avaliação do custo-efetividade desses dispositivos. Após a capacitação de médicos cardiologistas, médicos intensivistas, cirurgiões cardíacos, enfermeiros e perfusionistas, foram elaborados protocolos específicos para o manejo de pacientes em ECMO venoarterial. A experiência do serviço entre os anos de 2012 a 2017 é de um total de 16 casos de ECMO venovenoso, sendo 10 pacientes decanulados e dentre estes, sete sobreviveram, e não apresentaram complicações mecânicas. Em relação à experiência com o ECMO venoarterial, foram realizados neste período um total de 12 procedimentos, sendo 03 pacientes decanulados e sobreviventes. Os índices de pacientes que sobreviveram após o uso do dispositivo no nosso serviço se mostra compatível com os dados publicados em âmbito internacional¹. O doente crítico submetido a mecanismos de circulação e oxigenação extracorpórea assume-se como um doente de elevada complexidade e especificidade, exigindo da equipe de enfermagem uma prestação de cuidados individualizados e altamente especializada. Logo, se faz necessário que as equipes recebam treinamento específico de ECMO, além de ações desenvolvidas através da educação continuada e em serviço. É fundamental uma avaliação contínua dos recursos humanos adequados de acordo com uma análise precisa da carga de trabalho de enfermagem e readequação das escalas conforme necessidade e ponderação da equipe de enfermagem. Em conclusão, os avanços tecnológicos recentes melhoram a segurança do paciente em ECMO através do desenvolvimento de competências especializadas na área da formação profissional, otimizando a gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com suporte extracorpóreo.

Referências:

1. ELSO General Guidelines, 2013. Disponível em: <https://www.else.org/Portals/0/IGD/Archive/FileManager/989d4d4d14cusersshyerdocumentselsoguidelinesforadultrespiratoryfailure1.3.pdf>. Acessado em 04/07/2017.
2. Makdisi G, Wang I-W. Extra corporeal Membrane Oxigenation (ECMO) review of a lifesaving technology. J Thorac Dis.; Vol. 7, Num. 7, Julho 2015: E166–176
3. Chung M, ShilohAL, Carlese A. Monitoring of the Adult Patient on Venarterial Extra corporeal Membrane Oxigenation. Hindawi P. Corporation, The Scientific World Journal, v.2014, abril 2014: 1-10..
4. Annich G, Lynch W, Maclaren G, Wilson J, Barlett R. ECMO Extracorporeal Cardiopulmonary Support in Critical Care. Extracorporeal Life Support Organization, 4th Edition, 2012.

MESA REDONDA: “HUMANIZAÇÃO: O QUE É BANAL?”

Rita Gigliola Gomes Prieb

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente de cuidados intensivos que pode potencializar estados emocionais que interferem na evolução do paciente. Diante deste cenário, o trabalho do psicólogo propõe-se a identificar estes aspectos emocionais, e realizar intervenções que vão além do atendimento ao paciente e familiar, pois visam minimizar o impacto da internação e auxiliar familiares e pacientes a lidarem com situações desafiadoras e estressantes. A presença do psicólogo junto à equipe multidisciplinar tem como objetivo primordial ser mais um recurso para humanizar a assistência. Intervenções como acolhimento, manejo em situações de luto e intervenções em crise, buscam auxiliar pacientes e familiares no enfrentamento de questões inerentes a internação em UTI. Questões relacionadas à equipe, bem como à dinâmica da unidade, são trabalhadas, buscando alinhar o desejo do paciente e família a viabilidade de efetivação das demandas. Isso ocorre com a visita de crianças, com a possibilidade de conversarmos sobre terminalidade e cuidados paliativos. Além disso, entendemos que o estímulo à comunicação efetiva entre os profissionais, também é uma medida que visa diminuir erros e aperfeiçoar o cuidado. O psicólogo tem um amplo espectro de atuação e a humanização perpassa todos eles. Podemos pensar desde o manejo de famílias e pacientes, até o cuidado com a equipe. Percebe-se que o que possibilita este fazer é a capacidade de gerenciar atividades na prática assistencial. Portanto, todas as necessidades que emergem são avaliadas pelo psicólogo, que definirá a abordagem mais adequada. Pode-se afirmar que a ampliação de possibilidades de gestão no cuidado em saúde tem como objetivo primordial o cuidado centrado no paciente.

Referências:

1. Peigne V, Chaize M, Falissard B, Kentish-Barnes N, Rusinova K, Megarbane B, et al. Important questions asked by family members of intensive care unit patients. *Crit Care Med*, 2011;39(6):1365-71.
2. Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Mariné, A., & Serra, C. (2014) Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Systematic Reviews*. Nov 13;(11): CD002892. DOI: 10.1002/14651858.CD002892.pub3.
3. Pronovost, P. J., & Joseph Bienvenu, O. (2015). From shame to guilt to love. *Journal of the American Medical Association*, 314(23), 2507-2508. DOI: 10.1001/jama.2015.11521

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRANSPLANTE HEPÁTICO INFANTIL: EXPERTISE ADQUIRIDA AO LONGO DE 22 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Miriam Neis

Introdução: O primeiro transplante hepático bem sucedido no mundo foi realizado em 1967 por Starzl, em Chicago, tornando esta abordagem o tratamento de escolha para pacientes com doença hepática terminal. Em 1989 houve uma grande evolução na técnica cirúrgica de remoção do fígado doente, chamada de Piggyback, que possibilitou o desenvolvimento de novas modalidades: Transplante Hepático Reduzido, no qual fígado de doador adulto falecido é diminuído para ser transplantado em crianças; Split liver, quando o fígado é repartido em duas porções e transplantado em dois receptores e o Transplante Hepático Intervivos, que consiste em retirar um segmento de um doador aparentado sadio e transplantá-lo em paciente com doença hepática terminal.² O Transplante Hepático Infantil (THI) alterou de forma contundente o cenário das doenças hepáticas fatais na infância, oferecendo atualmente uma taxa de sobrevida de 85 a 90%. Desde 1995 esta opção de tratamento foi implementada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).¹ O THI está indicado nas situações de falência hepática progressiva ou fulminante, por motivo agudo ou crônico. As hepatopatias colestáticas crônicas, como a Atresia de Vias Biliares Extra-Hepáticas, estão em primeiro lugar no ranking de indicações, seguidas pelas doenças metabólicas e pelas falências hepáticas fulminantes de origem infecciosa.¹

Objetivo: Relatar a experiência do grupo de enfermeiros com o Transplante Hepático Infantil (THI) ao longo dos 22 anos de implantação do Programa na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do HCPA.

Métodos: Relato de experiência do Programa do THI com base na sistematização de informações coletadas a partir dos registros de reuniões e controles da equipe de enfermagem da UTIP do HCPA.

Resultados: A UTIP do HCPA é pioneira na realização de transplante hepático infantil, com início em março de 1995. Os cuidados de enfermagem relativos a todo o processo pré-cirúrgico e pós-transplante, incluindo a identificação precoce e o tratamento das complicações possíveis e inerentes ao procedimento, foram sendo desenvolvidos e aprimorados ao longo destes anos através de estudos de caso, capacitações e revisão dos processos assistenciais. Um paciente pediátrico com doença hepática terminal apresenta um estado de saúde bem complexo, dependente da etiologia da falência do fígado. A criança a ser transplantada pode estar com sua situação metabólica controlada em acompanhamento ambulatorial, aguardando o transplante em lista de espera, ou gravemente enferma na UTIP, apresentando complicações como encefalopatia hepática (que pode levar à Hipertensão Intracraniana), coagulopatia, acidose metabólica, insuficiência ventilatória, insuficiência renal e desnutrição severa. Crianças que evoluem com esta gravidade são cuidadosamente avaliadas pela equipe multiprofissional em relação ao risco/benefício de um transplante hepático e, geralmente, passam ao topo da lista de espera pela doação (top-list). Segundo Ferreira et al. (1997), os resultados são melhores nas crianças transplantadas depois de 1 ano de idade ou com peso superior a 10Kg e quando o procedimento é realizado eletivamente, não em caráter de urgência. Sendo assim, é preferível realizar o transplante nas melhores condições, com os melhores doadores e, se possível, fora da urgência. Porém, isso nem sempre é possível. As complicações no Pós-Operatório Imediato (POI) tem relação direta com as condições clínicas pré-cirúrgicas da criança.

Complicações possíveis no Pós-Operatório Imediato (POI)

Oxigenação – Uma oxigenação adequada é essencial para a sobrevida do transplante. Em geral as crianças chegam à UTIP em Ventilação Mecânica (VM) intubados. A fração inspirada de oxigênio (FiO_2) deve ser suficiente para manter a saturação de oxigênio acima de 92%.³ Em grande parte dos casos é possível extubar a criança em 48 horas, a menos que haja evidências de outras complicações respiratórias, como edema pulmonar, derrame pleural, atelectasias, aumento de produção de CO_2 , ou depressão respiratória devido a excesso de sedativos ou por disfunção hepática.⁴ É preciso ainda considerar que o desmame da VM pode ser retardado se a hepatopatia prévia da criança levou a um estado de desnutrição crônica, com conseqüente fraqueza muscular. Assim, o enfermeiro precisa implementar:

- Oximetria e capnografia contínuas;
- Avaliação do nível de sedação, principalmente quando em preparação para a extubação;
- Colheitas de gasometria em intervalos regulares, conforme a necessidade;
- Avaliação do padrão ventilatório durante a VM e após extubação.

Circulação – é preciso assegurar um débito cardíaco que proporcione uma perfusão tecidual adequada para garantir a sobrevivência do enxerto. A má perfusão tecidual precisa ser reconhecida e manejada precocemente, antes que ocorra hipotensão e instabilidade hemodinâmica.³ A hipotensão está frequentemente associada a sangramentos abdominais, quadro séptico e disfunção do enxerto.⁴ A hipertensão também pode ocorrer, principalmente em função da sobrecarga de fluidos e como efeito colateral do uso de corticosteroides, ciclosporina e tacrolimus, medicamentos utilizados para evitar a rejeição do enxerto.³ Deve ser imediatamente identificada e manejada por estar relacionada a coagulopatia e plaquetopenia.⁴ Assim, o enfermeiro precisa implementar:

- Monitorização eletrocardiográfica contínua;
- Monitorização de Pressão Arterial Média invasiva contínua;
- Avaliação frequente dos pulsos e perfusão tecidual das extremidades;
- Cuidados com vias de acesso vascular e administração de drogas vasoativas;
- Balanço Hídrico rigoroso, medindo drenagem urinária horária nas primeiras horas do POI.

Equilíbrio Ácido-básico – a alcalose respiratória e acidose metabólica são comuns em crianças com doença hepática grave. No pós-operatório do transplante hepático este desequilíbrio tende a se resolver rapidamente. Porém se se apresenta de maneira persistente, pode estar associado a sepse, rejeição ou necrose do enxerto, sendo urgente identificar a causa e tratar adequadamente. Assim, o enfermeiro precisa implementar:

- Colheitas laboratoriais de via livre de infusões (geralmente da linha arterial);
- Controle rigoroso das infusões.

Regulação Neurológica – se a encefalopatia hepática está presente antes do transplante, geralmente ela se resolve nos dois primeiros dias de pós-operatório. No entanto se, ao contrário, ela progride, pode ser indício de insuficiência do enxerto. A progressão da encefalopatia pode levar à hipertensão intracraniana (HIC) e monitorização da Pressão Intracraniana (PIC) pode ser necessária nesses casos. A encefalopatia ocorre também em função de hemorragia intracraniana, tromboembolismo, edema cerebral ou infecções do Sistema Nervoso Central.³ A evidência de crises convulsivas sem causa definida deve ser avaliada com exames de imagem (TC de crânio) para descartar a possibilidade de hemorragia intracraniana.⁴ O importante é fazer a identificação precoce da causa da desregulação neurológica e promover o tratamento adequado. Disso decorre a orientação de manter a criança com controle de dor efetivo, mas com o mínimo de sedação possível, evitando os benzodiazepínicos, a fim de monitorar a função neurológica.⁴ Assim, o enfermeiro precisa implementar:

- Avaliação frequente do nível de dor/sedação com escala adequada à situação clínica e idade da criança;
- Monitorar o nível de consciência e orientação;
- Monitorização da PIC (quando indicado);
- Monitorar o tamanho, simetria e reatividade das pupilas;
- Monitorar a ocorrência de crises convulsivas, tipo de movimento e tempo de duração.

Coagulação – o risco de sangramento intra-abdominal é maior ou menor, dependendo do tipo de enxerto que foi transplantado. Porções de fígado reduzido apresentam uma superfície cruenta, que mantém sangramento ativo durante as primeiras horas.⁴ Para drenar o sangramento intra-abdominal, drenos de J-Vac e J-Blake são inseridos durante o processo cirúrgico e o conteúdo da sua drenagem é mensurado de hora em hora no POI. A ferida operatória é extensa e também avaliada quanto à evidência de sangramento proveniente da incisão. A coagulopatia hepática tende a melhorar à medida em que o enxerto ganha função. Durante este período, as contagens de eritrócitos, plaquetas e hemoglobina devem ser monitoradas e transfusões de hemocomponentes podem ser necessárias. Quando os níveis de hemoglobina apresentam queda e ocorre instabilidade hemodinâmica, deve-se suspeitar de sangramento cirúrgico, e a re-intervenção deve acontecer assim que houver confirmação.³

- Manter repouso no leito;
- Monitorar a quantidade e a natureza da perda de sangue (medindo drenagens de hora em hora);
- Monitorar os testes de coagulação (TP, TTP);
- Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente;
- Providenciar disponibilidade de hemoderivados para transfusão se necessário;
- Realizar testes quanto à presença de sangue em todas as excreções;
- Monitorar a ocorrência de sinais de choque hipovolêmico;

- Medir a circunferência abdominal, conforme apropriado;
- Monitorar a condição circulatória;
- Monitorar parâmetros hemodinâmicos invasivos;
- Monitorar sinais e sintomas de ascite e dor abdominal.

Conclusão: O transplante hepático infantil é um procedimento de alta complexidade que demanda uma equipe de enfermagem com expertise apropriada para o desenvolvimento do cuidado adequado, contribuindo para o sucesso do tratamento. Fazem parte desta expertise em cuidados críticos: a admissão do paciente no pós-operatório imediato; a realização de controles frequentes de exames laboratoriais, sinais vitais, balanço hídrico rigoroso e revisão dos drenos; a identificação precoce do risco de sangramento e estabelecimento de medidas preventivas; os cuidados com a ferida operatória, cicatrização e imobilização do paciente, além de todos os demais cuidados advindos da complexidade do paciente pediátrico em terapia intensiva e comorbidades específicas relacionadas a cada caso.

Esta expertise foi desenvolvida, ao longo de 22 anos de implantação desta modalidade terapêutica no HCPA, com a colaboração de vários membros da equipe multidisciplinar e o trabalho em equipe. As contribuições para a construção do conhecimento e da assistência de enfermagem incluem o aperfeiçoamento da perspectiva de transição do cuidado envolvendo a interface com as unidades de internação e o cuidado ambulatorial nas etapas de pré e pós-transplante, iniciativas da Enfermagem Pediátrica.

Descritores: Transplante de fígado; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Enfermagem Pediátrica

Referências:

1. FERREIRA, CT; VIEIRA, SMG; KIELING, C; et al. Evolução dos pacientes pediátricos avaliados para transplante hepático. *Jornal de Pediatria*, vol. 73, N.2, 1997.
2. NETO, OCLF. Evolução das técnicas de transplante de fígado O papel da veia cava inferior. *JMB*, vol. 101, n.6 novembro/dezembro, 2013.
3. THOMPSON, A; GREEN, J. Conduta Pós-Operatória no Receptor de Transplante Hepático. In: *UTI PEDIÁTRICA A criança gravemente enferma*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p.274-281.
4. TANNURI, ACA; YAMAGUCHI, RS. Pré e Pós-Operatório no Transplante Hepático. *PROTIPED Programa de Atualização em Terapia Intensiva Pediátrica: Ciclo 5/organizado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira e Sociedade Brasileira de Pediatria; organizadores Jefferson Pedro Piva, Werther Brunow de Carvalho*. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2014. p. 39-84.
5. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017/ [NANDA Internacional]; organizadoras: T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros [et al.] – Porto Alegre: Artmed, 2015.
6. Classificação dos resultados de enfermagem: mensuração dos resultados em saúde/ Sue Moorhead [et al.]; organização Alba Lucia Bottura Leite de Barros; [tradução Alcir Fernandes, Carla Pecegueiro do Amaral, Eliseanne Nopper]. – 5 ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
7. Ligações NANDA – NOC – NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade/Marion Johnson [et al.]; tradução de Soraya Imon de Oliveira et al.]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
8. Classificação da intervenções em enfermagem (NIC) / Gloria M. Bulechek [et al.]; [tradução de Denise Costa Rodrigues]. – 6 ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA DE ALTA COMPLEXIDADE EM PEDIATRIA

Anna Gabriela Cavalcanti Araís

Introdução: A Cardiopatia Congênita é qualquer anormalidade na estrutura ou função do coração. Ocorre por uma alteração no desenvolvimento embrionário da estrutura cardíaca, mesmo que descoberto durante a gestação, no nascimento ou anos mais tarde. É o defeito congênito mais comum e uma das principais causas de óbitos relacionadas a malformações congênitas. Nasceram no Brasil aproximadamente 28 mil crianças com problemas cardíacos por ano, ou seja, a cada 1000 bebês nascidos vivos 8 são cardiopatas. Pela literatura são descritos mais de 200 diagnósticos diferentes. Muitas dessas cardiopatias estão intimamente relacionadas a alterações cromossômicas (trissomia 21, 13 e 18). Os sintomas podem variar entre nenhum ou sintomas severos como insuficiência cardíaca, choque ou edema pulmonar. Quando se manifestam sintomas, podem incluir taquipnéia, cianose central ou de extremidades, dificuldade em ganhar peso e fadiga. As cardiopatias podem afetar as paredes interiores do coração, as válvulas cardíacas ou os grandes vasos sanguíneos que têm origem e destino no coração. Os defeitos congênitos do coração dividem-se em dois grupos principais: cardiopatias cianóticas e acianóticas. Sendo as cianóticas de maior gravidade e maior repercussão na qualidade de vida e prognóstico para essa criança.

Objetivo: Descrever os cuidados pós-operatórios da cirurgia cardíaca infantil de alta complexidade, relatando a experiência do grupo de enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Método: Relato de experiência a partir da implantação dos protocolos assistenciais e checklists da Cirurgia Cardíaca, produzidos e implantados pela equipe assistencial de enfermagem e médica da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do HCSA.

Resultados: A UTIP do HCSA é referência na realização/admissão de cirurgias cardíacas de alta complexidade no Brasil desde julho de 1995. Os cuidados de enfermagem relativos a todo o processo pré e pós-cirúrgicos, incluindo a identificação precoce e o tratamento das complicações possíveis e inerentes ao procedimento, foram sendo desenvolvidos e aprimorados ao longo destes anos através da prática clínica, capacitações, revisão dos processos assistenciais e criações de protocolos assistenciais.

No Serviço de Cardiologia do HCSA são realizados de 250 a 300 cirurgias cardíacas além de 180 cateterismos por ano. Pode-se definir que as funções do enfermeiro no cenário da cirurgia cardíaca de alta complexidade, estão na garantia do cumprimento dos Check-lists da Cirurgia Cardíaca já implementados no HCSA, visando a padronização dos cuidados oferecendo assim um local seguro para esse paciente, agilidade na tomada de decisões focadas em prioridades, delegação de tarefas específicas para cada integrante da equipe multidisciplinar assim como domínio científico do estado crítico que esse paciente encontra-se. Esses cuidados podem ser melhores descritos através de etapas:

Cuidados pré-cirúrgicos:

- Coleta de exames pré-operatórios e reserva de hemoderivados no Banco de Sangue;
- Conferência dos termos de Consentimentos Informados devidamente preenchidos;
- Montagem da cama e leito na UTIP que receberá o paciente pós-operatório cardíaco

Garantir que os Check-lists padronizados no HCSA sejam corretamente executados:

Protocolo do Banho do Paciente Cardíaco: Protocolo iniciado às 17h do dia anterior à cirurgia. O preparo da pele antes da cirurgia pode reduzir o risco de infecção no local da cirurgia (mediastinite). Primeiro banho com água e sabão neutros para remoção de sujidade e hidratantes. Após é feita a aplicação das compressas descartáveis umedecidas com solução antisséptica de gluconato de clorexidina a 2% sem enxágue. O gluconato de clorexidina a 2% permanece ativo por 6 horas após a aplicação, sendo necessárias novas aplicações respeitando esse intervalo até o momento da realização da cirurgia.

Montagem da Cama e Leito da Cirurgia Cardíaca- Check-lists contendo os materiais necessários que compõe a cama que irá ao Bloco Cirúrgico para transporte desse paciente assim como a Montagem do Leito na UTIP.

- Cama do paciente ou Berço aquecido (menores de 4kg): Encaminhada ao Bloco Cirúrgico no início do procedimento. Contendo materiais:ambu/máscara de acordo com idade e peso do paciente, torpedo de oxigênio, maleta de transporte, monitor multiparâmetros e seus cabos (testados) e bombas de infusão (no mínimo 5).
- Leito da UTIP: Materiais para coleta de sangue, troca de infusões venosas, verificação dos drenos, parede de vácuo, oxigênio e óxido nítrico testadas, folha de atendimento à PCR do paciente, respirador montado e testado, monitor multiparâmetros com pressões invasivas, material para extubação/intubação, aparelho de Eletrocardiograma (ECG), bombas de infusão, marcapasso transitório e bateria, desfibrilador e colchão térmico.

Um grande avanço tecnológico no HCSA é a possibilidade do acompanhamento da cirurgia cardíaca ao vivo dentro da UTIP através da câmera que transmite a cirurgia de dentro do Bloco Cirúrgico. O que colabora com o aprendizado da equipe e melhor organização do tempo ao acompanhar o momento cirúrgico.

Cuidados pós-cirúrgicos na admissão do paciente na UTIP:

- O enfermeiro é responsável pela instalação dos drenos em aspiração e verificação horária da drenagem, em casos de sangramento aumentado essa verificação é realizada a cada 30 minutos.
- Domínio dos monitores e demais equipamentos necessários para o paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca como colchão térmico, óxido nítrico, marcapassos externos;
- Coleta de sangues seriadas conforme Protocolo Médico da Cirurgia Cardíaca;
- Realização de Eletrocardiograma (ECG) e atriograma;
- Monitorização das pressões hemodinâmicas e domínio do significado e valores. PAM- pressão arterial média, PVC- pressão venosa central, PAP- pressão da artéria pulmonar e PAE- pressão do átrio esquerdo.

Muitos desses pacientes virão do Bloco Cirúrgico com o esterno aberto, sendo as indicações:

- Cirurgias de grande porte;
- Possibilidade de reintervenção cirúrgica precoce;
- Redução da pressão intratorácica;
- Acesso para sistemas de suporte cardíaco externo e dispositivos ventriculares de assistência.

Nesses casos, será mantido o curativo "smarch" suturado à pele e o fechamento do esterno será realizado em 48h à beira do leito pelo cirurgião cardíaco.

- Auxílio na extubação precoce quando indicada;
- Cuidados com terapia dialíticas, muito implementadas no pós-operatório de cirurgia cardíaca devido à insuficiência renal rebote que esses pacientes apresentam. Estudos recentes mostram que a indicação precoce de diálise peritoneal em crianças oligoanúricas e em anasarca pode reduzir mortalidade no pós-operatório.

Modalidades: diálise peritoneal, cicladora e prisma.

Intercorrências no pós-operatório cardíaco:

O enfermeiro deve ser capacitado para avaliar e identificar o rumo da evolução esperada e a qual o paciente encontra-se no momento. Tendo adequado domínio para identificar sinais e sintomas de alerta como sangramento, hipotensão arterial, taquicardia mesmo em repouso, oligúria e febre. Deve atentar-se para:

1. Hipertensão Pulmonar (HP)- PAP > 25 mmHg no repouso ou > 30 mmHg durante atividade. No pós-operatório, é considerado crises de HP quando a PAP ultrapassa o valor da PAM. Tratamentos: sedação, óxido nítrico e vasodilatores pulmonares como sildenafil.
2. Arritmias- Advindas de alterações sistêmicas: potássio, magnésio, hipóxia, acidose, hipercapnia, disfunção ventricular ou decorrentes do ato cirúrgico. Tratamento: sedação, uso de magnésio, marcapasso atrial, amiodarona, cardioversão, redução de drogas que induzam taquicardia.
3. Taquicardia Ectópica Juncional (JET)- Arritmia gerada por estresse do sistema de condução sendo o estímulo cardíaco gerado por outra área que não seja o nó sinusal, ou por interferências de substâncias como doses altas de inotrópicos ou ausência de Magnésio. Manifesta-se por taquicardia FC maior que 170 bpm e dissociação entre a atividade atrial e ventricular. Tratamento: sedação, resfriamento através da hipotermia controlada Tax 34°-35° e marcapasso externo.

Conclusão: A cirurgia cardíaca pediátrica é um procedimento de alta complexidade que demanda uma equipe de enfermagem com expertise apropriada para o desenvolvimento do cuidado adequado, contribuindo para o sucesso do tratamento. Faz parte do papel do enfermeiro: a organização da equipe, cama e leito na UTIP através do cumprimento dos Check-lists da Cirurgia Cardíaca; admissão do paciente no pós-operatório imediato; monitorização intensiva, avaliação clínica constante, conhecimento das drogas e seus efeitos cardiovasculares; a realização de controles frequentes de exames laboratoriais; revisão dos drenos; monitorização das pressões hemodinâmicas; identificação precoce do risco de choque, arritmias, hipertensão pulmonar além de toda garantia de equipamentos funcionando e possibilidade de intervenções invasivas à beira do leito na UTIP.

O sucesso no cuidado a pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas está em uma equipe multidisciplinar altamente especializada, que foca suas atividades em prioridades antevendo potenciais riscos e procurando minimizá-los através de condutas padronizadas com objetivos claros e conhecidos por todos. Cabe ao enfermeiro dentro dessa perspectiva garantir a organização do ambiente, tarefas e delegação de atividades ao restante da equipe assim como a segurança do paciente e apoio à família do paciente crítico.

Descritores: Cardiopatia Congênita; Cirurgia Cardíaca Pediátrica; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;

Referências:

1. BATISTA JFC, Silva ACSS, Azeredo AN, Moura SM, Mattos VZ. A enfermagem no cuidado integrado ao recém-nascido com cardiopatia congênita cianótica: relato de caso. Online Braz J Nurs. [on- line]. 2005 abr;
2. BORN, Daniel.8. Cardiopatia congênita. Arq.Bras.Cardiol., São Paulo, v.93, n.6, supl1, p.130-132, Dec. 2009
3. MELO, Herwellyn Camilo de et al . O ser-enfermeiro em face do cuidado à criança no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 473-479, Sept. 2012
4. RICACHINEVSKY, et.al. Livro de Protocolos da UTI pediátrica Hospital da Criança Santo Antônio. 1 edição, 2016
5. SOUZA P, Scatolin BE, Ferreira DLM, Croti UA. A relação da equipe de enfermagem com a criança e a família em pós-operatório imediato de cardiopatias congênitas. Arq Cienc Saude [on- line] 2008 out/dez; [citado 2011 jun 11]; 15(4): 163-69.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO TRANSPLANTE CARDÍACO PEDIÁTRICO

Anna Gabriela Cavalcanti Arais

Introdução: O transplante cardíaco é um dos grandes avanços da Medicina no século XX. Esse progresso, contudo não diminui o impacto físico e também psicológico que a indicação de um transplante provoca no paciente pediátrico e sua família. A atuação do enfermeiro insere-se em todo o processo do transplante, e este segue etapas, como a avaliação do potencial receptor à espera de um órgão satisfatório de um doador, a garantia da montagem do leito e recursos a beira do leito para possíveis intervenções invasivas, a cirurgia e o período de recuperação pós-cirúrgica, além dos ajustes, a longo prazo, do pós-transplante. Dessa forma, o cuidado ao paciente acontece na perspectiva de estar junto, no planejamento de ações, nos cuidados assistenciais pré e pós-cirúrgicos, na orientação e no estabelecimento de vínculo com a criança e a família. Portanto, consideramos que o suporte técnico do enfermeiro no cuidado a esse paciente tem uma grande bagagem de envolvimento emocional, além de ações educativas, com o intuito de auxiliá-los no conjunto saúde/doença/cuidado.

O Transplante Cardíaco Pediátrico está indicado nas situações de cardiopatias congênitas graves (25% dos casos) sem boa opção cirúrgica anatômica ou nas miocardiopatias (75% dos casos) primárias ou secundárias. Apesar desse método inovador, sabe-se que o objetivo do transplante cardíaco é o de maximizar a sobrevida, dando a esses pacientes uma melhor qualidade de vida. Apesar de bem estabelecido, alguns fatores são limitadores do transplante cardíaco infantil, como o doador da criança só pode ser aquele com peso igual ou até três vezes mais do que o do receptor, o grupo sanguíneo também deve obedecer à compatibilidade do sistema ABO assim como o tempo de isquemia do órgão deve ser de no máximo 6 a 8 horas, fatores que aumentam o tempo de espera por um órgão por parte dos pacientes candidatos ao transplante.

Objetivo: Descrever o papel do enfermeiro no processo de transplante cardíaco infantil relatando a experiência do grupo de enfermeiros com o Transplante Cardíaco Pediátrico ao longo dos 20 anos de implantação no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Método: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório.

Resultados: A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do HCSA é pioneira na realização de transplante cardíaco infantil no Rio Grande do Sul desde 1997. Os cuidados de enfermagem relativos a todo o processo pré-cirúrgico e pós-transplante, incluindo a identificação precoce e o tratamento das complicações possíveis e inerentes ao procedimento, foram sendo desenvolvidos e aprimorados ao longo destes anos através da prática clínica, capacitações, revisão dos processos assistenciais e criações de protocolos assistenciais.

No Serviço de Cardiologia do HCSA foram realizados 23 transplantes cardíacos nesses 20 anos. O menor paciente transplantado tinha 25 dias de vida e o de maior idade tinha 18 anos. A criança a ser transplantada pode estar com sua situação de saúde estável/ controlada em acompanhamento ambulatorial, aguardando o transplante em lista de espera, ou gravemente enferma na UTIP, apresentando complicações como insuficiência cardíaca, ventilatória, renal além de infecções relacionadas ao mau prognóstico da cardiopatia infantil. Crianças que evoluem com esta gravidade são cuidadosamente avaliadas pela equipe multiprofissional em relação ao risco/benefício de um transplante cardíaco e, geralmente, passam ao topo da lista de espera pela doação (top-list).

Pode-se definir que as funções do enfermeiro estão divididas nas etapas inerentes ao processo do transplante cardíaco pediátrico descritas como: avaliação do potencial receptor, cuidado pré- cirúrgico, na garantia através dos check-lists da montagem da cama e leito que receberá esse paciente, na admissão desse paciente na UTIP e nos cuidados/orientações pós transplante.

Cuidados pré-cirúrgicos:

- Avaliação do potencial receptor- as indicações do potencial receptor deve levar em consideração a condição clínica do paciente, características socioeconômicas e psíquicas, pois os cuidados pós-operatórios do transplante cardíaco são complexos e exigem do paciente/família entendimento e colaboração;
- Coleta de exames pré-operatórios e reserva de hemoderivados no Banco de Sangue;
- Conferência dos termos de Consentimentos Informados devidamente preenchidos;

Montagem da cama e leito na UTIP que receberá o transplantado cardíaco- Garantir que os Check-lists padronizados no HCSA sejam corretamente executados:

Protocolo do Banho do Paciente Cardíaco: Protocolo iniciado às 17h do dia anterior à cirurgia. O preparo da pele antes da cirurgia pode reduzir o risco de infecção no local da cirurgia (mediastinite). Primeiro banho com água e sabão neutros para remoção de sujidade e hidratantes. Após é feita a aplicação das compressas descartáveis umedecidas com solução antisséptica de gluconato de clorexidina a 2% sem enxágue. O gluconato de clorexidina a 2% permanece ativo por 6 horas após a aplicação, sendo necessárias novas aplicações respeitando esse intervalo até o momento da realização da cirurgia.

Montagem da Cama e Leito da Cirurgia Cardíaca- Check-lists contendo os materiais necessários que compõe a cama que irá ao Bloco Cirúrgico para transporte desse paciente assim como a Montagem do Leito na UTIP.

Cama do paciente ou Berço aquecido (menores de 4 kg): Encaminhada ao Bloco Cirúrgico no início do procedimento. Contendo materiais:ambu/ máscara de acordo com idade e peso do paciente, torpedo de oxigênio, maleta de transporte, monitor multiparâmetros e seus cabos (testados) e bombas de infusão (no mínimo 5).

Leito da UTIP: Materiais para coleta de sangue, troca de infusões venosas, verificação dos drenos, parede de vácuo, oxigênio e óxido nítrico testadas, folha de atendimento à PCR do paciente, respirador montado e testado, monitor multiparâmetros com pressões invasivas, material para extubação/intubação, aparelho de ECG, bombas de infusão, marcapasso transitório e bateria, desfibrilador e colchão térmico.

Cuidados pós-cirúrgicos:

- O enfermeiro é responsável pela instalação dos drenos em aspiração e verificação horária da drenagem, em casos de sangramento aumentado essa verificação é realizada a cada 30 minutos;
- Domínio dos monitores e demais equipamentos necessários para o paciente em pós-operatório de transplante cardíaco como colchão térmico, óxido nítrico, marcapassos externos;
- Coleta de sangues seriadas conforme Protocolo Médico da Cirurgia Cardíaca;
- Realização de Eletrocardiograma (ECG) e atriograma;
- Monitorização das pressões hemodinâmicas e domínio do significado e valores. PAM- pressão arterial média, PVC- pressão venosa central, PAP- pressão da artéria pulmonar e PAE- pressão do átrio esquerdo.

O enfermeiro deve ser capacitado para avaliar e identificar o rumo da evolução esperada e a qual o paciente encontra-se no momento. Tendo adequado domínio para identificar sinais e sintomas de alerta como fadiga, dispnéia, taquicardia mesmo em repouso e febre. Dentro das intercorrências “esperadas” deve atentar-se para:

1. Hipertensão arterial- Efeito colateral de drogas (FK e CTC), e também secundária à vasoconstrição arterial renal e retenção líquida. Medicações para tratamento: Anlodipina, Hidralazina, Nitroprussiato de sódio.

2. Hipertensão Pulmonar- Devido à doença vascular pulmonar prévia ou vasoconstricção pulmonar transitória, secundária à circulação extracorpórea. Tratamento consiste em manobras ventilatórias para tentar diminuir a resistência vascular periférica e uso de vasodilatadores pulmonares como óxido nítrico e sildenafil.
3. Arritmias- A disfunção miocárdica transitória pós-transplante torna o coração transplantado ainda mais dependente da frequência e ritmo cardíacos. O tratamento consiste em uso de drogas anti-arrítmicas e marcapasso externo.

Cuidados no pós-transplante:

É desafiador para o enfermeiro que a criança e família compreendam que o manejo pós transplante, já muitas vezes no domicílio, é o ponto crucial para o sucesso da cirurgia. O enfermeiro, através do vínculo estabelecido com a criança e família deve garantir: que a terapia imunológica tenha excelente adesão, orientações de higiene para prevenção de infecções e assiduidade no Acompanhamento Cardiológico.

Conclusão: O transplante cardíaco pediátrico é um procedimento de alta complexidade que demanda uma equipe de enfermagem com expertise apropriada para o desenvolvimento do cuidado adequado, contribuindo para o sucesso do tratamento. Faz parte do papel do enfermeiro a esse paciente: avaliação do potencial receptor; admissão do paciente no pós-operatório imediato; a realização de controles frequentes de exames laboratoriais; revisão dos drenos; monitorização das pressões hemodinâmicas; identificação precoce do risco de choque ou rejeição do órgão, além de toda orientação à criança e família quanto às etapas do processo de transplante e estabelecimento do vínculo que garanta a adesão completa ao tratamento no domicílio.

O sucesso no cuidado a pacientes transplantados está em uma equipe multidisciplinar altamente especializada, que foca suas atividades em prioridades antevendo potenciais riscos e procurando minimizá-los através de condutas padronizadas com objetivos claros e conhecidos por todos. Cabe ao enfermeiro dentro dessa perspectiva garantir a organização do ambiente, tarefas e delegação de atividades ao restante da equipe assim como a segurança do paciente e apoio à família do paciente crítico.

Descritores: Transplante Cardíaco Pediátrico; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;

Referências:

1. AZEKA E, Loures DR, Jatene MB, Favarato MES. Transplante cardíaco em crianças. Arq Bras Cardiol 1999 set/out; 73(sup 5): 6-10.
2. BACAL, Fernando et al . II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. Arq. Bras. Cardiol., 2010 São Paulo , v. 94, n. 1, supl. 1, p. e16-e76.
3. CASTRO EK, Jiménez BM. O transplante de órgãos pediátrico: papel do psicólogo infantil. Pediatr Mod 2004 jan; 40(6): 266-69.
4. CINTRA V, Sanna MC. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. Rev Bras Enferm 2005 jan/fev; 58(1): 78-81.
5. MELO, Herwellyn Camilo de et al . O ser-enfermeiro em face do cuidado à criança no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 473-479, Sept. 2012 .
6. PENAFORTE, Kiarrelle Lourenço et al . Transplante cardíaco infantil: perspectivas e sentimentos maternos. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 13, n. 4, p. 733-740, Dec. 2009 RICHACHINEVSKY, et.al. Livro de Protocolos da UTI pediátrica Hospital da Criança Santo Antônio. 1 edição, 2016
7. SANTOS MJ, Massarollo MCKB. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. Rev Latino-am Enfermagem 2003 abr; 13(3): 382-87.

CUIDADOS COM LESÕES DE PELE EM CRIANÇAS CRITICAMENTE ENFERMAS

Vanisse Borges Nunes Kochhann

Introdução: Eventos adversos relacionados à assistência de crianças hospitalizadas em Utis Pediátricas são comuns, dentre eles, podemos citar as lesões por pressão. Segundo o consenso da NUAP 2016, a expressão lesão por pressão descreve de forma mais precisa tanto a pele intacta (LP estágio 1 e lesão tissular profunda) como a pele ulcerada (LP a partir do Estágio 2).

Objetivo: Demonstrar os estágios das lesões por pressão em crianças criticamente enfermas, relatando os principais cuidados de enfermagem relacionados.

Desenvolvimento: Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição. Lesão por Pressão Estágio 1: A pele apresenta-se íntegra com eritema que não embranquece, para este tipo de lesão é recomendado a proteção com curativo hidrocolóide. Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Para este tipo de lesão recomenda-se o uso de cobertura com curativo de petrolato ou parafina, recobrimo com película transparente. Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total, na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbolo (lesão com bordas enroladas) estão presentes. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Neste tipo de lesão recomenda-se também o uso de cobertura de petrolato ou parafina, recobrimo com película transparente. Se houver excesso de exsudato na lesão recomenda-se o uso de alginato de cálcio. Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular. com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável. Quando esta categoria de lesão apresenta-se com necrose, é necessário primeiramente desbridar a necrose, para posteriormente avaliar a cobertura que será utilizada, Alguns exemplos: curativo de petrolato, parafina, alginato. Medidas Específicas para Crianças Criticamente Enfermas e/ou mais restritas ao Leito: nos pacientes que permanecem mais restritos ao leito atentar para hiperemias causadas por pressão de dispositivos como dânuas, sondas, catéteres, observando a região occipital e lóbulos das orelhas, locais frequentes de surgimento de Lp em bebês e crianças menores e região sacral e calcâneo para crianças maiores. Crianças que permanecerem em posição prona, proteger os lóbulos das orelhas com curativo hidrocolóide e realizar a lateralização da cabeça no mínimo a cada 6 horas. Bebês que permanecerem em uso de Cpap nasal por prongas, utilizar para proteção curativo de hidrocolóide na região das narinas; e curativo de espuma na região da face que entra em contato com as tiras do equipamento. Bebês e crianças que permanecerem em uso de BPAP por máscara, proteger área da pele que entrará em contato com máscara e lóbulos das orelhas com curativo hidrocolóide. Conclusão: As lesões por pressão ainda são um desafio para enfermagem. Observa-se o grande avanço em termos de coberturas específicas para cada categoria de lesão. Destaca-se a importância do olhar e avaliação do enfermeiro como protagonista deste cuidado.

Palavras-chaves: Lesão por pressão, enfermagem pediátrica, segurança do paciente.

Referências:

1. CURLEY, M.A.; QUIGLEY, S.M. Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients: the Braden Q scale. Nursing research, Boston, p. 22-23, jan-fev, 2003. MAIA, A.C.A.R. Tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação da escala de Braden Q. UNIFESP, SP (2007).
2. MENEGON, D.; KOCHHANN VN e colaboradores. Protocolo de Prevenção e Tratamento de Lesões por Pressão. HCPA, 2016. NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel, p. 10-20, 2016.
3. SCHULTZ GS, MOZINGO D, ROMANELLI M, CLAXTON K. – Wound Bed Preparation and TIME; new concepts and scientific applications. Wound Rep Regen 2005; 13: S2.

