

**ANAIS**

**III Jornada da Residência Integrada em Saúde  
com Ênfase em Cardiopneumologia**

**Interdisciplinaridade nas doenças crônicas não transmissíveis:  
um olhar para o cuidado integral**



**Doenças Crônicas não Transmissíveis**  
Cuidado Integral

**05 e 06 de Dezembro de 2018**  
**Fortaleza, Ceará**

**III JORNADA DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE  
COM ÊNFASE EM CARDIOPNEUMOLOGIA**

**INTERDISCIPLINARIDADE NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO  
TRANSMISSÍVEIS: UM OLHAR PARA O CUIDADO INTEGRAL**

**05 E 06 DE DEZEMBRO DE 2018**

**FORTALEZA, CEARÁ – BRASIL**

## **Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Cardiopneumologia**

### **ANAIS**



**Doenças Crônicas não Transmissíveis**  
Cuidado Integral

### **III JORNADA DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE COM ÊNFASE EM CARDIOPNEUMOLOGIA**

**INTERDISCIPLINARIDADE NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO  
TRANSMISSÍVEIS: UM OLHAR PARA O CUIDADO INTEGRAL**

Fortaleza – Ceará, 05 e 06 de dezembro de 2018

Fortaleza, 2019

**Equipe de Elaboração dos Anais da III Jornada da Residência Integrada em Saúde**  
Comissão de Organização e Comissão Científica da III Jornada da Residência Integrada em Saúde

**Capa:** Thaisa Vieira Miranda / **Logo do evento:** Camila Ramalho Correia

Ficha Catalográfica Elaborada por:  
Maria Helena Carvalhedo Farias e João Araújo Santiago Martins

E56a	Jornada da Residência Integrada em Saúde – (3., 2018: Fortaleza, CE).  Anais da III Jornada da Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Cardiopneumologia / Interdisciplinaridade nas doenças crônicas não transmissíveis: um olhar para o cuidado integral / Secretaria da Saúde do Estado do Ceará / Escola de Saúde Pública do Ceará. – Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2018.  75 p. Evento realizado de 05 a 06 de dezembro de 2018.  ISBN: 978-85-88124-27-1  1. Residências em Saúde. 2. Pneumologia. 3. Cardiologia. 4. Saúde. I. Título.  CDD: 370.732 20. ed.
------	--

## Realização:



## Apoio:



## **Apresentação**

É com imensa satisfação que a comissão organizadora da III Jornada da Residência Integrada em Cardiopneumologia divulga seus anais. O evento ocorreu nos dias 5 e 6 de Dezembro de 2018 no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, com o tema “Interdisciplinaridade nas doenças crônicas não transmissíveis: um olhar para o cuidado integral”.

As discussões que aconteceram nesses dois dias foram de grande importância para o meio acadêmico e para os serviços de saúde que lutam constantemente em defesa do SUS e de políticas públicas eficazes para combater as Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) que são devastadoras para indivíduos, famílias e comunidade.

Na ocasião foram apresentadas e discutidas experiências exitosas no SUS, sob a forma de trabalhos de relatos de experiências com o objetivo de aproximar pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários do SUS, a fim de compartilhar o conhecimento profissional e técnico-científico produzido no próprio Sistema e no meio acadêmico, nas experiências concretas de atenção à saúde.

Tornar público o conteúdo dessas ricas pesquisas e experiências é essencial para disseminarmos o conhecimento que vem sendo produzido e aprimorado ao nosso redor. Visto que, em nosso evento tivemos a honra de unir, os mais variados tipos de profissionais e que ocupam diferentes espaços na Rede de Atenção à Saúde, e no meio acadêmico.

Desejamos a todos uma agradável leitura e que ela possamos usufruir dessa produção que é de todos nós na nossa constante luta em defesa do SUS.

Ingrid Bezerra Costa Maia  
*Presidente da Comissão Científica*

**Comissão Organizadora**  
**III Jornada da Residência Integrada**  
**em Saúde**

**COMISSÃO DE ORGANIZAÇÃO**

Ana Jéssica Nascimento de Oliveira  
Antônia Gleiciane Marques Andrade  
Francisca Leyla da Silva Moraes  
João Paulo Ramalho Correia  
Karoline Gomes Maciel  
Lara Albuquerque Antunes  
Larissa Moura Barbosa  
Marcella de Oliveira França  
Maria Tereza Aguiar Pessoa Morano  
Mylla Christian Quintino Pereira  
Patrícia Gregório da Costa

Marília Ximenes Freitas Frota  
Morgana Dias Chaves  
Pedro Cunha Lopes  
Raquel Sampaio Florêncio  
Renata Lima da Costa  
Silvania Braga Ribeiro  
Tyane Mayara Ferreira de Oliveira

**COMISSÃO CIENTÍFICA**

Andressa Coriolano Evaristo  
Gezabell Rodrigues  
Jéssica Ferreira de Castro  
Morgana Dias Chaves  
Paula Dayanna Sousa dos Santos  
Rebeca Sousa Silveira  
Suzana Carvalho Pinto de Melo

**PRESIDENTE DA COMISSÃO CIENTÍFICA**

Ingrid Bezerra Costa Maia

**PRESIDENTE DA JORNADA**

Thaísa Vieira Miranda

**AVALIADORES**

Benedita Jales Souza  
Camila Fernandes Mendes  
Cléo Vanessa Gomes de Queiroz  
Daniele Maria de Oliveira Carlos  
Darla Moreira Carneiro Leite  
Estrer Ribeiro Studart Fonseca  
Fátima Maria Coelho Bezerra Bastos  
Francisca Helena Gadelha de Lima  
Francisco Alessandro Braga do Nascimento  
Ítalo Lennon Sales de Almeida  
Maria Gyslane Vasconcelos Sobral  
Mariana Araújo Braz Duailibe

## Programação

### 5 de Dezembro

Horário	Atividade	Local
7h	Credenciamento	Recepção
8h	Mesa de abertura	Auditório A
9h	Palestra: Fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis	Auditório A
10h	Palestra: Doenças pulmonares restritivas	Auditório A
10h30min	Palestra: Fibrose cística	Auditório A
11h	Palestra: Doenças pulmonares obstrutivas	Auditório A
11h30min	Temas livres	Auditório B, C, CEAP e Reabilitação Pulmonar
13h30min	Palestra: Doença arterial coronariana	Auditório A
14h	Palestra: Insuficiência cardíaca	Auditório A
14h30min	Palestra: Doenças cardíacas congênitas	Auditório A
15h	Intervalo	
15h30min	Mesa redonda: Cuidados paliativos em doenças crônicas não transmissíveis	Auditório A

### 6 de Dezembro

Horário	Atividade	Local
8h	Mesa redonda: Panorama geral da cancerologia	Auditório A
9h30min	A perspectiva da doença crônica não transmissíveis na visão do paciente	Auditório A
10h30min	Palestra: Doença cárie: muita coisa que você não sabe	Auditório A
11h	Palestra: Fatores psicossociais relacionados as doenças crônicas não transmissíveis	Auditório A
11h30min	Temas livres	Auditório B, C, CEAP e Reabilitação Pulmonar

13h30min	Mesa redonda: Cenário da Emergência no atendimento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis	Auditório A
15h	Intervalo	
15h30min	Mesa redonda: Atuação interdisciplinar na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis	Auditório A
17h	Encerramento/Premiação dos temas livres	Auditório A

## Sumário

### 1. RESUMOS PREMIADOS VERSÃO EXTENDIDA

1º LUGAR: 1.1 ANSIEDADE MOMENTÂNEA DE PNEUMOPATAS CRÔNICOS ANTES E APÓS O TESTE DA CAMINHADA DE SEIS MINUTOS \_\_\_\_\_ 13

2º LUGAR: 1.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO AO CATETERISMO CARDÍACO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DEFERIDO \_\_\_\_\_ 23

3º LUGAR: 1.3 ASSOCIAÇÃO DO COMPLEXO TEANÍSE CITICERCOSE A CARDIOMIOPATIA RESTRITIVA \_\_\_\_\_ 29

### 2. DEMAIS RESUMOS POR ORDEM DE APRESENTAÇÃO

2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM PACIENTES SOBRE PSORÍASE: RELATO DE EXPERIÊNCIA \_\_\_\_\_

2.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE IDOSA NO PRÉ-OPERATÓRIO DE TROCA VALVAR SECUNDÁRIA DE ESTENOSE AÓRTICA GRAVE: RELATO DE EXPERIÊNCIA \_\_\_\_\_ 35

2.3 PERCURSOS DO PACIENTE PRÉ-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA NA ONCOPEDIATRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA \_\_\_\_\_ 36

2.4 A RELEVÂNCIA DA VIVÊNCIA NO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO PERCURSO FORMATIVO DO PROFISSIONAL RESIDENTE EM CANCEROLOGIA \_\_\_\_\_

2.5 CONFERÊNCIA FAMILIAR, UMA PORTA PARA FALA - RELATO DE EXPERIÊNCIA \_\_\_\_\_ 38

2.6 EFEITOS DO USO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO EDEMA AGUDO DE PULMÃO CARDIOGÊNICO: REVISÃO DE LITERATURA \_\_\_\_\_ 39

2.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO PARA O LACTENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA \_\_\_\_\_ 40

2.8 CARGA GLICÊMICA DA DIETA DE ESCOLARES ADOLESCENTES EM UM MUNICÍPIO CEARENSE \_\_\_\_\_ 41

2.9 REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR: UMA TERAPÊUTICA NÃO FARMACOLÓGICA EFICAZ NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - REVISÃO DE LITERATURA \_\_\_\_\_ 42

2.10 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE ACOMETIDO POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) ISQUÊMICO: REVISÃO DE LITERATURA \_\_\_\_\_ 43

2.11 ATIVIDADE INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO A SAÚDE E PREVENÇÃO A HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA \_\_\_\_\_ 44

2.12 UTILIZAÇÃO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC): REVISÃO DE LITERATURA \_\_\_\_\_ 45

2.13 ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTE TRANSPLANTADA PULMONAR BILATERAL POR BRONQUIOLITE INFLAMATÓRIA: UM RELATO DE CASO \_\_\_\_\_ 46

2.14 NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE JOVENS UNIVERSITÁRIOS \_\_\_\_\_ 47

2.15 PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO AOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA \_\_\_\_\_ 48

2.16 VENTILAÇÃO NÃO- INVASIVA NOS PACIENTES COM DPOC EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR \_\_\_\_\_ 49

2.17 RASTREAMENTO DE SINAIS E SINTOMAS DA SÍNDROME DE BURNOUT NA EQUIPE DE SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA \_\_\_\_\_ 50

2.18 CARACTERIZAÇÃO DAS ALTERAÇÕES PULMONARES DE INDIVÍDUOS COM HISTOPLASMOSE DISSEMINADA NO CEARÁ \_\_\_\_\_ 51

2.19 LIGA ACADÊMICA DE DOENÇAS CRÔNICAS DEGENERATIVAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: IMPLANTAÇÃO, CONQUISTAS E DESAFIOS \_\_\_\_\_ 52

2.20 PERFIL ANTROPOMÉTRICO E DE SAÚDE DE USUÁRIOS DE UMA PRAÇA NA CIDADE DE FORTALEZA-CE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	53
2.21 FISIOTERAPIA EM PÓS-OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE CARDÍACO EM PACIENTE COM Distrofia de Cinturas: relato de caso	54
2.22 A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO COM E SEM CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA	55
2.23 A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO A ABLAÇÃO COM RADIOFREQUÊNCIA COMO TRATAMENTO PARA FIBRILAÇÃO ATRIAL	56
2.24 PSICOMOTRICIDADE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA	57
2.25 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO MANEJO DE CASO CLÍNICO PNEUMOLÓGICO COMPLEXO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	58
2.26 INFLUÊNCIA DO TEMPO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA NO PERÍODO DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA APÓS CIRURGIA VALVAR	59
2.27 TAQUICARDIA VENTRICULAR MONOMÓRFICA SUSTENTADA PÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: ESTUDO DE CASO	60
2.28 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À ECMO APÓS CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	61
2.29 CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA E RAZÃO CINTURA/QUADRIL PARA IDENTIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2	63
2.30 BULLYNG E VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA	64
2.31 ELABORAÇÃO DE UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR PARA UMA CRIANÇA DIAGNOSTICADA COM MIOCARDIOPATIA DILATADA LISTADA PARA TRANSPLANTE CARDÍACO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	65
2.32 USO DA MEMBRANA DE OXIGENAÇÃO EXTRACORPÓREA EM PÓS-OPERATÓRIO DE CORREÇÃO TOTAL DE TETRALOGIA DE FALLOT E PÓS-OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE CARDÍACO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	67
2.33 PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA	69
2.34 IMPLANTAÇÃO DE UM PLANO MULTIDISCIPLINAR PARA ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR EM PACIENTES CARDIOPATAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	70
2.35 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA POR TUMOR ATRIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	71
2.36 RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA VIVENCIADA POR ACADÊMICA DE NUTRIÇÃO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ	72
2.37 FUNÇÃO MOTORA GROSSA DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL PRATICANTES DE EQUOTERAPIA EM FORTALEZA- CE	73
2.38 QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ACOMETIDOS POR DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)	74
2.39 PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM ACERCA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA EMERGÊNCIA NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS	75
2.40 O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA	76
2.41 RELATO DE EXPERIÊNCIA: FIBROSE PULMONAR ASSOCIADA A PNEUMONIA POR HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA (PHC)	77
2.42 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ADULTOS E IDOSOS SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	78

2.43 A ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA ASMA: MANEJO, PLANO DE AÇÃO E TRATAMENTO	79
2.44 A PRÁTICA DA EQUIPE DE FISIOTERAPIA EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - RELATO DE EXPERIÊNCIA	
2.45 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CRÍTICO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA: RELEVÂNCIA NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO RESIDENTE	81
2.46 REFLETINDO O PROCESSO DE TRABALHO NA UNIDADE DE CARDIOPEDIATRIA: O PAPEL DO FLUXOGRAMA ANALISADOR	82
2.47 TRANSPLANTE CARDÍACO E DETERMINANTES SOCIAIS: LIMITES E POSSIBILIDADES	83
2.48 AÇÕES DE ENFERMAGEM NO POSICIONAMENTO SEGURO DO PACIENTE DURANTE A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA	84
2.49 ENDOCARDITE INFECCIOSA EVOLUINDO COM NÓDULOS PULMONARES SÉPTICOS E SÍNDROME COLESTÁTICA TRANSINFECCIOSA: ESTUDO DE CASO	85
2.50 INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM CRIANÇA COM SÍNDROME DE GUILLAINBARRÉ-BICKERSTAFF ASSOCIADO À MIELITE: ESTUDO DE CASO	86
2.51 EFEITOS AGUDOS DO LASER SOBRE A FORÇA E RESISTÊNCIA MUSCULAR PERIFÉRICA EM MULHERES COM FIBROMIALGIA	87
2.52 O TREINAMENTO MUSCULAR RESPIRATÓRIO (TMR) ASSOCIADO À OXIGENOTERAPIA DE UM PACIENTE COM A SÍNDROME DE HERMANSKY-PUDLAK: RELATO DE EXPERIÊNCIA	88

## 1.1 ANSIEDADE MOMENTÂNEA DE PNEUMOPATAS CRÔNICOS ANTES E APÓS O TESTE DA CAMINHADA DE SEIS MINUTOS

Karine Monteiro Pereira<sup>1</sup>; Adricia Maria Barroso Saraiva<sup>2</sup>; Juliana Maria de Sousa Pinto<sup>3</sup>; Amanda Souza Araújo<sup>4</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Avaliar a ansiedade momentânea de pneumopatas crônicos antes e após o teste da caminhada de seis minutos (TC6). **Métodos:** Estudo transversal e observacional de abordagem quantitativa. Foram aplicados um questionário clínico e sociodemográfico, as versões brasileiras do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e o Inventário de Ansiedade de BECK-BAI. Os dados avaliados pelo programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences SPSS versão 20.0 através de análise descritiva e inferencial considerando  $p < 0,05$ . A pesquisa respeitou os aspectos éticos da Resolução 466/12. **Resultados:** A média do IDATE I antes do TC6 foi de  $43,36 \pm 6,27$  e após de  $37,47 \pm 4,64$ , caracterizando um estado de ansiedade moderado antes e após o TC6. A média do BAI antes do TC6 foi  $12,41 \pm 7,44$  e após  $5,46 \pm 6,15$ , sendo classificado como um grau leve de ansiedade antes do TC6 e após o TC6 um grau mínimo de ansiedade. **Conclusão:** Os pneumopatas crônicos avaliados apresentaram grau mínimo a moderado de ansiedade antes e após a realização do TC6.

**Palavras-Chave:** Avaliação; Ansiedade; Pneumopatias

1.Fisioterapeuta – UNIFOR.

2.Fisioterapeuta. Especialista em Terapia Intensiva – Faculdade Inspirar.

3.Fisioterapeuta. Doutora em Avanços em Pesquisa sobre Deficiência – Universidade de Salamanca – Espanha. Professora da Universidade de Fortaleza. Diretora do Conselho Superior de Editoração – Universidade de Fortaleza.

4.Fisioterapeuta. Mestre em Ciências Médico Cirúrgica – UFC.

**Endereço para correspondência:** [karine.karine@hotmail.com](mailto:karine.karine@hotmail.com)

### Introdução

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) representam grande risco epidemiológico em todo o mundo por seus múltiplos impactos e geram limitações em qualidade de vida (QV), funcionalidade e produtividade dos indivíduos acometidos por elas(1). Algumas pneumopatias se incluem no grupo das DCNT e os pacientes com essas doenças necessitam de uma avaliação de sua capacidade funcional devido a progressão da doença(2).

No início da década de 1970 o Teste da Caminhada de Seis Minutos (TC6) foi desenvolvido para a avaliação da capacidade funcional de indivíduos através da mensuração da distância caminhada durante um período de tempo de seis minutos(3). O teste é usado para medir a resposta ao tratamento e prever a morbimortalidade. Tem fácil aplicação e reprodutibilidade sendo amplamente utilizado na prática clínica(4-7).

O objetivo do TC6 é avaliar de maneira geral e integrada todos os aspectos do sistema pulmonar, cardiovascular, a circulação sistêmica e periférica, sangue, unidade neuromuscular e metabolismo muscular envolvidos na realização de exercícios(8). É um teste de baixo custo e ampla aplicabilidade e para sua realização se faz necessário um espaço físico fechado e plano com uma distância de, no mínimo, 30 m, na qual o paciente deverá caminhar por seis minutos percorrendo a maior distância possível(3,9).

O avanço nas pesquisas sobre o diagnóstico e tratamento de doenças pulmonares vem apontando a importância da inclusão do TC6 na avaliação funcional de pacientes com pneumopatias, mais precisamente na detecção da hipoxemia induzida pelo exercício, que é considerada um importante marcador da gravidade das doenças respiratórias(9). Por ser um teste, na maioria das vezes desconhecido para o paciente, observa-se na prática clínica uma expectativa quanto a sua realização, podendo levar a um grau de ansiedade momentânea que pode levar a não realização do mesmo, por alterações significativas dos parâmetros fisiológicos avaliados.

A respiração e seus mecanismos fisiopatológicos representam um papel importante no desenvolvimento de transtornos de ansiedade. Isso ocorre devido às consequências patológicas que provocam o aumento exagerado de dispneia, vertigem, tremores e palpitações, ocasionando medo e ansiedade(10). O termo ansiedade se refere a diversos estados, tanto aos internos, quanto a processos comportamentais consequentes dos estados internos(11).

A ansiedade é um estado ou condição emocional desagradável, que engloba componentes fisiológicos e comportamentais completados por descargas motoras, decorrente de diversas situações. Além disso, por sua inegável relação com a expectativa, caracteriza-se como ansiedade por algo. Seu desenvolvimento ocorre sempre que a psique é carregada por estímulos externos ou internos que dificultam e impede o seu domínio ou sua descarga(12). A realização de um TC6 pode, então, ser considerado um estímulo externo para o desenvolvimento da ansiedade que pode influenciar no seu resultado.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a ansiedade momentânea de pneumopatas crônicos antes e após o teste da caminhada de seis minutos.

## **Métodos**

Trata-se de estudo transversal, observacional de abordagem quantitativa realizado em um hospital de referência no atendimento a pacientes com doenças pulmonares e cardíacas de Fortaleza, Ceará, no período de março a setembro de 2017. A coleta de dados foi realizada três vezes por semana pelas pesquisadoras no serviço de Reabilitação Pulmonar do referido hospital antes e após a realização do TC6 que era realizado pelas fisioterapeutas do referido setor, de acordo com as normas da American Thoracic Society (ATS)(13).

Foram incluídos na pesquisa pacientes com pneumopatias crônicas encaminhados para a realização do TC6 independente do sexo e da idade e excluídos os que se recusaram a participar do estudo, os que não finalizaram o preenchimento dos instrumentos aplicados e aqueles que tinham a indicação, mas não chegaram a realizar o teste.

Os possíveis participantes foram recrutados pelas pesquisadoras mediante a abordagem direta antes do início do teste no qual foram informados sobre o estudo, o seu objetivo e como seria sua participação através da explicação e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a aceitação em participar do estudo através da assinatura do TCLE foi aplicado um questionário sociodemográfico e clínico desenvolvido pelas pesquisadoras e as versões brasileiras do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)(14) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)(15) que avaliam ansiedade.

O IDATE é composto de duas escalas para medir dois conceitos distintos de ansiedade: Traço de ansiedade (característica da personalidade) e Estado de ansiedade (condição cognitivo-afetiva transitória). O Traço de ansiedade representa dados da personalidade do indivíduo e seus escores são menos sensíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais. O Estado de ansiedade refere-se ao estado emocional transitório e os escores de ansiedade-estado podem variar em intensidade de acordo com situações do ambiente e flutuar no tempo. Em geral, caracteriza-se por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos, e pelo aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. A escala Estado apresenta as seguintes opções: absolutamente não (=1), um pouco (=2), bastante (=3) e muitíssimo (=4). Para a escala Traço, as alternativas são: quase nunca

(=1), às vezes (=2), bastante (=3) e quase sempre (=4). A escala é de aplicação individual ou coletiva, devendo ser auto aplicada. Para a correção, os valores dos itens 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 da escala Estado e dos itens 1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19 da escala Traço devem ser invertidos (1=4, 2=3, 3=2 e 4=1). Em seguida, soma-se os valores atribuídos aos itens de cada uma e classifica-se os níveis de ansiedade do indivíduo de acordo com o escore obtido: Baixo – escores entre 20 e 34; Moderado – escores entre 35 e 49; Elevado – escores entre 50 e 64; e Altíssimo – escores entre 65 e 80(14,16). Neste estudo foi utilizada apenas a escala que avalia o estado de ansiedade (PARTE I).

O BAI é considerado padrão-ouro para a determinação da sensibilidade e da especificidade da escala de ansiedade e sua intensidade(17). O instrumento consta de uma lista de 21 sintomas com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade. As alternativas são: absolutamente, não; levemente, não me incomoda muito; moderadamente, foi muito desagradável, mas pude suportar; gravemente, dificilmente, pude suportar. A classificação brasileira propõe como resultados os níveis de 0 a 9 como mínimo, de 10 a 16 como leve, de 18 a 29 pontos moderada, e, 30 pontos ou mais grave, com pontuação máxima de 63 pontos(15).

Os dados foram avaliados pelo programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences SPSS, versão 20.0. Foi realizada uma análise descritiva com apresentação de frequências, médias e desvio padrão das variáveis sociodemográficas e clínicas e análise inferencial para relacionar a ansiedade momentânea antes e após o TC6 através do teste T de Student. Foi considerado como estatisticamente significativo quando o valor de  $p \leq 0,05$ .

A pesquisa respeitou os aspectos éticos de acordo com as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos constante na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde(18) e foi iniciada após a aprovação do referido hospital com o parecer de nº 2.009.546.

## Resultados

Foram identificados 145 possíveis participantes do estudo. Destes, 23 se recusaram a responder e 19 foram excluídos por preenchimento incompleto dos instrumentos ou não realização do teste, totalizando 103 participantes com média de 61 anos de idade. A maioria mulheres (65,0%), aposentados (35,9%), residentes em zona urbana (93,2%) e com rendas familiares de um salário mínimo (78,6%). Os dados sociodemográficos de todos os participantes encontram-se na tabela 1.

**Tabela 1:** Dados sociodemográficos da amostra estudada (n=103).

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Mulheres	67	65,0
Homens	36	35,0
<b>Ocupação</b>		
Aposentado(a)	37	35,9
Com trabalho	34	33,0
Licença	1	1,0
Outras	31	30,1
<b>Zona de moradia</b>		
Urbana	96	93,2
Rural	7	6,8
<b>Renda familiar</b>		
1 SM	81	78,6
1-2 SM	12	11,7

2-5 SM	2	1,9
5-10 SM	1	1,0
Não tem	7	6,8

SM= Salário mínimo em real (R\$937,00)

Grande parte dos pacientes eram portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (42,7%), seguidos de pacientes sem diagnóstico definido (13,6%), pacientes com hipertensão pulmonar (12,6%), asma (8,7%) e outras patologias (11,7%). A maioria afirmou fazer uso de medicamentos (87,4%) e relatou ser a primeira vez que realizava o teste (54,4%). Os dados clínicos de todos os participantes encontram-se na tabela 2.

**Tabela 2** - Dados clínicos da amostra estudada (n=103).

Variáveis	n	%
<b>Diagnóstico</b>		
DPOC	44	42,7
Asma	9	8,7
Bronquiectasia	2	1,9
Fibrose Cística	2	1,9
Enfisema Pulmonar	7	6,8
Hipertensão Pulmonar	13	12,6
Sem diagnóstico definido	14	13,6
Outros	12	11,7
<b>Uso de medicação</b>		
Sim	90	87,4
Não	13	12,6
<b>Primeiro TC6</b>		
Sim	56	54,4
Não	47	45,6

DPOC= Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; TC6:= Teste da Caminhada de Seis Minutos.

Antes do TC6, a média do IDATE PARTE I dos participantes foi de  $43,36 \pm 6,27$  e após o TC6 foi de  $37,47 \pm 4,64$  com diferença estatisticamente significativa ( $p=0,002$ ), caracterizando um estado de ansiedade moderado antes e após o TC6.

A média do BAI antes do TC6 foi de  $12,41 \pm 7,44$  e após o TC6 de  $5,46 \pm 6,15$  com diferença estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ). Assim, os pacientes apresentaram antes do TC6 um grau leve de ansiedade e após o TC6 um grau mínimo de ansiedade, de acordo com a classificação brasileira do BAI(14).

O BAI aplicado antes do TC6 mostrou que uma parte dos participantes apresentou forma grave, ou seja, dificilmente poderia suportar os sintomas: nervosismo (17,5%); sensação de calor (8,7%), dormência ou formigamento (5,8%) e incapacidade de relaxar (4,9%) e de forma moderada, ou seja, foi muito desagradável, mas pôde suportar nervoso (37,9%), sensação de calor (36,9%), tremores nas pernas (34,0%), dificuldade de respirar (30,1%), palpitação ou aceleração do coração (27,2), medo que aconteça o pior ( $n=22$ ; 21,4%) e dormência ou formigamento (14,6%).

Após o TC6 foram identificados os participantes tiveram sensações que consideraram desagradáveis, porém suportáveis, como nervosismo (14,6%); sensação de calor (9,7%); dificuldade de respirar (7,8%); palpitação ou aceleração do coração (5,8%); dormência ou formigamento e medo de que aconteça o pior (3,9%) e tremores nas pernas (2,9%). Todos os dados do BAI da amostra analisada ( $n=103$ ) antes e após TC6 encontram-se nas tabelas III e IV.

**Tabela 3:** Valores absolutos e frequência dos sintomas do Inventário de Ansiedade de BECK (BAI) da amostra analisada pré-TC6 (n=103).

Variáveis	Absolutamente não		Levemente Não me incomodou muito		Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar		Gravemente Dificilmente pude suportar	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dormência ou formigamento	45	43,7	37	35,9	15	14,6	6	5,8
Sensação de calor	24	23,3	32	31,1	38	36,9	9	8,7
Tremores nas pernas	39	37,9	26	25,2	35	34	3	2,9
Incapaz de relaxar	63	61,2	31	30,1	4	3,9	5	4,9
Medo que aconteça o pior	33	32	45	43,7	22	21,4	3	2,9
Atorreado ou tonto	70	68	23	22,3	8	7,8	2	1,9
Palpitação ou aceleração do coração	20	19,4	50	48,5	28	27,2	5	4,9
Sem equilíbrio	84	81,6	16	15,5	3	2,9	0	0
Aterrorizado	86	83,5	14	13,6	3	2,9	0	0
Nervoso	25	24,3	21	20,4	39	37,9	18	17,5
Sensação de sufocação	69	67	20	19,4	13	12,6	1	1,0
Tremores nas mãos	62	60,2	31	30,1	9	8,7	1	1,9
Trêmulo	66	64,1	25	24,3	10	9,7	2	2,9
Medo de perder o controle	61	59,2	27	26,2	12	11,7	3	2,9
Dificuldade de respirar	45	43,7	24	23,3	31	30,1	3	0
Medo de morrer	69	67	22	21,4	12	11,7	0	0
Assustado	79	76,7	20	19,4	4	3,9	0	0
Indigestão ou desconforto no abdômen	91	88,3	10	9,7	2	1,9	0	0
Sensação de desmaio	92	89,3	10	9,7	1	1	0	0
Rosto afogueado	92	89,3	9	8,7	2	1,9	0	0
Suor (não devido ao calor)	85	82,3	12	11,7	6	5,8	0	0

**Tabela 4:** Valores absolutos e frequência dos sintomas do Inventário de ansiedade de BECK (BAI) da amostra analisada pós-TC6 (n=103).

Variáveis	Absolutamente não		Levemente Não me incomodou muito		Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar		Gravemente Dificilmente pude suportar	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dormência ou formigamento	83	80,6	16	15,5	4	3,9		
Sensação de calor	56	54,4	37	35,9	10	9,7		
Tremores nas pernas	65	63,1	34	33	3	2,9	1	1
Incapaz de relaxar	85	82,5	15	14,6	3	2,9		
Medo que aconteça o pior	77	74,8	20	19,4	4	3,9	2	1,9
Atordoado ou tonto	90	87,4	10	9,7	2	1,9	1	1
Palpitação ou aceleração do coração	64	62,1	33	32	6	5,8		
Sem equilíbrio	90	87,4	10	9,7	2	1,9	1	1
Aterrorizado	86	83,5	13	12,6	3	2,9	1	1
Nervoso	59	57,3	28	27,2	15	14,6	1	1
Sensação de sufocação	81	78,6	18	17,6	4	3,9		
Tremores nas mãos	84	81,6	14	13,6	5	4,9		
Trêmulo	90	87,4	8	7,8	5	4,9		
Medo de perder o controle	86	83,5	11	10,7	4	3,9	2	1,9
Dificuldade de respirar	69	67	22	21,4	8	7,8	4	3,9
Medo de morrer	91	88,3	4	3,9	6	5,8	2	1,9
Assustado	90	87,4	11	10,7	4	1,9		
Indigestão ou desconforto no abdômen	96	93,2	4	3,9	2	2,9		
Sensação de desmaio	95	92,2	8	7,8	3			
Rosto afogueado	95	92,2	6	5,8	2	1,9		
Suor (não devido ao calor)	92	89,3	6	5,8	5	4,9		

Os pacientes que realizaram o TC6 pela primeira vez (n=56) apresentaram uma média de  $44,32 \pm 5,69$  e aqueles que não realizavam o TC6 pela primeira vez (n=47) apresentaram uma média de  $42,23 \pm 6,78$  ambos os grupos classificados com um grau moderado de ansiedade de acordo com a classificação do IDATE. De acordo com a classificação do BAI os mesmos apresentaram um grau leve de ansiedade com uma média de  $12,57 \pm 7,46$  para os que fizeram o TC6 pela primeira vez (n=56) e para os que não realizavam o TC6 pela primeira vez (n=47) a média foi de  $12,23 \pm 7,49$ .

## Discussão

Em um estudo com pacientes com doença renal crônica(19) foi investigado se as características sociodemográficas se relacionavam com os níveis de depressão e ansiedade. Foi utilizado para as avaliações o Questionário Geral de Saúde (GHQ-28) a Escala de Depressão (CES-D) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado IDATE. Pacientes do sexo feminino relataram pontuações mais elevadas na medida da ansiedade, os pacientes idosos e com uma renda mínima relataram pontuações mais altas na subescala GHQ-28 de disfunção social e na escala de depressão CES-D, enquanto os pacientes com menor escolarização apresentaram pontuações mais altas nas subescalas GHQ-28 de ansiedade/insônia e depressão grave. Os pacientes divorciados/viúvos apresentaram escores mais altos na subescala de depressão grave. Os resultados forneceram evidências de que as variáveis sociodemográfica; sexo, idade, estado civil e renda, relacionam-se a uma saúde mental mais comprometida.

Em um estudo prévio com pacientes portadores de DPOC(20) foi visto que a maioria dos pacientes portadores de DPOC apresentam algum grau de depressão e/ou ansiedade o que corrobora com o presente estudo, e que a ansiedade é tão importante, que pode ser considerada um fator que viabiliza a frequência de admissão hospitalar por exacerbação aguda em pacientes com DPOC. Alguns estudos tentaram explicar a etiologia dessa ansiedade, sugerindo que a hipóxia cerebral resultante da hiperventilação desses pacientes estaria envolvida no processo. Está bem estabelecido que a hiperventilação e a hipersensibilidade à pressão parcial de gás carbônico fazem parte do mecanismo que dá origem a vários tipos de transtornos de ansiedade(21-25).

O IDATE também já foi utilizado para investigar os efeitos de florais em pessoas ansiosas em dois momentos diferentes no início e no fim da intervenção(16). O grupo que fez uso das essências florais teve uma diminuição maior e estatisticamente significativa no nível de ansiedade em comparação ao grupo placebo.

Diferente deste, outro estudo prévio(20) que avaliou a ansiedade momentânea, utilizou o Inventário de BACK-BAI para analisar os efeitos após 24 meses de um Programa de Reabilitação Pulmonar (PRP) sobre os níveis de ansiedade em pacientes com DPOC comparando o pré-PRP e o pós-PRP. Os resultados revelaram uma redução significativa dos níveis de ansiedade e conclui-se que os benefícios obtidos através do PRP sobre os índices de ansiedade, depressão e qualidade de vida, assim como no TC6, persistiram ao longo dos 24 meses.

Já em outro estudo prévio(26) foi avaliado a presença e gravidade de sintomas de ansiedade e depressão entre os portadores de asma e de doença pulmonar obstrutiva crônica. Foram usados os instrumentos específicos de quantificação de sintomas de ansiedade e depressão, Inventário de Ansiedade Traço-Estado e Beck Depression Inventory. A população constituiu-se de 189 pacientes pertencentes a três grupos de estudo com objetivos terapêuticos diferentes: 40 asmáticos controlados, 100 asmáticos não controlados e 49 portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, selecionados aleatória e prospectivamente. Conclui-se que entre os pacientes asmáticos a frequência de sintomas de ansiedade e depressão é maior do que em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, o que pode dificultar o controle clínico.

Outro estudo utilizando o inventário de BECK-BAI(27) avaliou os efeitos de orientações fisioterapêuticas sobre o nível de ansiedade em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. A amostra foi de 51 indivíduos, 27 do grupo controle e 24 de intervenção, sendo

avaliados os níveis de ansiedade nos períodos pré e pós-operatório. Somente o grupo intervenção recebeu orientações. Os escores de ansiedade foram mais baixos nos pacientes que receberam a intervenção antes da cirurgia e os indivíduos do sexo feminino apresentaram-se mais ansiosos no pré-operatório. Os investigadores concluíram que pacientes orientados e instruídos quanto a exercícios ventilatórios fisioterapêuticos e rotinas hospitalares tiveram menores níveis de ansiedade no pré-operatório, quando comparados ao grupo controle. Apesar dos resultados do presente estudo terem apresentado níveis moderados no grupo de pacientes que realizaram o teste pela primeira vez, uma melhor orientação sobre o TC6 poderia reduzir ainda mais esses níveis de ansiedade.

O presente estudo apresentou algumas limitações como o tamanho da amostra e a ausência de estudos que tenham investigado a ansiedade momentânea de pacientes antes e após algum teste específico, como o TC6, por exemplo, impossibilitando maiores discussões sobre o tema. Estudos realizados com os mesmos instrumentos avaliaram intervenções para a redução da ansiedade(28,29, 30).

Tal fato demonstra a importância de pesquisas sobre a avaliação do grau de ansiedade dos pacientes a espera de testes que avaliam a capacidade funcional e outros sistemas, visto que o comprometimento da capacidade funcional possui um índice significativo de prevalência na população, em qualquer período da vida, refletindo assim na saúde pública, com uma demanda elevada de assistência no processo saúde e doença(31).

## Conclusão

O estudo mostrou que os pacientes com pneumopatias crônicas avaliados apresentaram ansiedade momentânea de grau moderado antes da realização do teste da caminhada de seis minutos, que foi reduzida após o teste.

É importante a realização de mais estudos com maiores amostras sobre o tema para melhor compreensão da ansiedade relacionada a testes avaliativos que possam desencadear esse sintoma nos pacientes bem como a indicação de medidas de sua redução e, conseqüentemente, uma melhora nos resultados.

## Referências

1. Goulart FADA. Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios e para os Sistemas de Saúde. Brasília; Organização Pan-americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde, 2011.
2. Yorgancioglu A, Calderon MA, Cruz A, Pinto JR, Bousquet J, Khaltayev N. The Global Alliance against Respiratory Diseases (GARD) Interim Report 2016.
3. Holland AE, Spruit MA, Troosters T, Puhan MA, Pepin V, Saey D, et al. An official european respiratory society/ american thoracic society technical standart: field walking disease. (Lousana) Suíça. Eur.Respir.J. [Internet] 2014 [acesso em: 2017 set 12]; 44:1428-46. Disponível em: <http://erj.ersjournals.com/content/erj/early/2015/07/09/13993003.001502015.full.pdf>
4. Morales-Blanhir JE, Palafox Vidal CD, Rosas Romero MJ, García Castro MM, Londoño Villegas A, Zamboni M. Teste de caminhada de seis minutos: uma ferramenta valiosa na avaliação do comprometimento pulmonar. J. bras. Pneumol. [Internet] 2011 [acesso em: 2017 set 15]; 37(1):110-117. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132011000100016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000100016&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132011000100016>.
5. Tavares ACN, Carreira TC, Heubel AD, Nunes AJ, Valderramas CGM, Assis AV et al. Eficiência da aplicação dos testes times up and go e do teste da caminhada de 6 minutos em diabéticos submetidos a um programa misto de treinamento funcional e aeróbio. Rev. Salus, 2015; 34(1): 150-151.
6. Pires SR, Oliveira AC, Parreira VF, & Britto, RR. Teste de caminhada de seis minutos em diferentes faixas etárias e índices de massa corporal. Rev bras fisioter, 2007; 11(2), 147-51.

7. Andrade LB, Silva DA, Salgado TL, Figueroa JN, Lucena-Silva N, & Britto MC. Comparação do teste de caminhada de 6 minutos em crianças com asma moderada/grave com valores de referência para saudáveis. *Jornal de Pediatria*, 2014; 90(3).
8. Pereira LFF, Mancuzo EV, Rezende CF, Córrea R de A. Six-minute walk test and respiratory muscle strength in patients with uncontrolled severe asthma: a pilot study. *J. bras. pneumol.* [Internet] 2015 [acesso em: 2017 Ago 22]; 41(3):211-218. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132015000300211&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132015000300211&lng=en&tlng=en) doi:10.1590/S1806-37132015000004483.
9. Moreira MÂF, de Medeiros GA, Boeno FP, Sanches PRS, da Silva DP, Müller AF. Oxygen desaturation during the six-minute walk test in COPD patients. *J. bras. pneumol.* [Internet] 2014 [acesso em: 2017 Ago 28]; 40(3):222-228. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132014000300222](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132014000300222) doi:10.1590/S1806-37132014000300004.
10. Sardinha A, Freire RCR, Zin WA, Nardi AE. Manifestações respiratórias do transtorno de pânico: causas, consequências e implicações terapêuticas. *J. bras. pneumol.* [Internet]. 2009 [acesso em: 2017 Set 05]; 35(7): 698-708. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132009000700012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000700012&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009000700012>.
11. Zamignani DR, Banaco RA. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Rev. bras. ter. comport. cogn.* [Internet]. 2005 [acesso em: 2017 Set 04]; 7(1): 77-92. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452005000100009&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452005000100009&lng=pt).
12. Oliveira JCS, Sisto FF. Construção de uma escala de ansiedade para pacientes de ambulatório: um estudo exploratório. *Psicologia: teoria e prática.* [Internet]. 2004 [acesso em: 2017 set 04]; 6(1), 45-57. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872004000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872004000100004&lng=pt&tlng=pt).
13. Singh SJ, Puhan MA, Andrianopoulos V, Hernandez NA, Mitchell KE, Hill CJ, Carlin BW. An official systematic review of the European Respiratory Society/American Thoracic Society: measurement properties of field walking tests in chronic respiratory disease. *Eur Respir J.* [Internet] 2014 [acesso em: 2017 nov 15]; 44(6):1447-1478. Disponível em: <http://erj.ersjournals.com/content/erj/44/6/1447.full.pdf>
14. Biaggio AMB, Natalício L, Spielberger CD. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). *Arq. Bras. Psic. Apl* [Internet]. 1977 [acesso em: 2017 set 08]; 29(3), 31-44. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/viewFile/17827/16571>
15. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* [Internet] 1988 [acesso em: 2017 Ago 14]; 56(6), 893-897. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/record/1989-10559-001>
16. Salles LF, & Paes da Silva MJ. Efeito das essências florais em indivíduos ansiosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2012; 25(2).
17. Cunha JA. (Adap). Escalas Beck: BDI, BAI, BHS, BSI. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
18. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun. 2013.
19. Theofilou P. Depression and anxiety in patients with chronic renal failure: the effect of sociodemographic characteristics. *Int J Nephrol.* [Internet] 2011 [acesso em: 2017 out 13]. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ijn/2011/514070/>
20. Godoy RF, Teixeira PJZ, Becker B Júnior, Michelli Maurício, Godoy DV. Repercussões tardias de um programa de reabilitação pulmonar sobre os índices de ansiedade, depressão, qualidade de vida e desempenho físico em portadores de DPOC. [tese] *J. bras. pneumol.* [Internet]. 2009 [acesso em 2017 Out 08]; 35( 2 ): 129-136. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132009000200005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000200005&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009000200005>.

21. King AL, Valença AM, Nardi AE. Hiperventilação. A terapia cognitivo-comportamental e a técnica dos exercícios de indução dos sintomas no transtorno de pânico. *Rev Port Pneumo*. 2008;14(2):303-8.
22. Van Manen JG, Bindels PJE, Dekker FW, Yzermans CJ, Van der Zee JS, Schadé E. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*. [Internet] 2002 [acesso em: 2017 out 18]; 57(5):412-6. Disponível em: <http://thorax.bmj.com/content/57/5/412>
23. Perna G, Caldirola D, Bellodi L. Panic disorder: from respiration to the homeostatic brain. *Acta Neuropsychiatrica*. 2004;16(1):57-67
24. Castillo ARG, Recondo R, Asbahr FR, & Manfro, GG. Transtornos de ansiedade. *Rev. Bras. Psiquiatr*. [Internet] 2000 [Acesso em: 2017 Out 21];22 (Suppl 2): 20-23. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000600006&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600006&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>.
25. Araújo SRC, Mello MT; Leite JR. Transtornos de Ansiedade e Exercício Físico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo. 2007;29(2):164-171.
26. Carvalho NS, Ribeiro PR, Ribeiro M, Nunes MPT, Cukier A, Stelmach R. Asma e doença pulmonar obstrutiva crônica: uma comparação entre variáveis de ansiedade e depressão. *J BrasPneumol*. [Internet] 2007 [acesso em: 2017 nov 12];33(1):1-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n1/a04v33n1>
27. Garbossa A, Maldaner E, Mortari DM, Biasi J, Leguisamo CP. Efeitos de orientações fisioterapêuticas sobre a ansiedade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, [internet] 2009 [acesso em: 2017 out 17]; 24(3), 359-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v24n3/v24n3a16>
28. Mota JMS, Silva AMD, Abrel TB, Castro MAD, Silva MV, Carvalho-Freitas MN, Guimarães AC. Redução de ansiedade com grupo de diabéticos: interfaces físicas e psicológicas de uma intervenção. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*. [Internet] 2016 [acesso em: 2017 nov 12];9(2), 312-323. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202016000200011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202016000200011)
29. Guimarães ACA, Pedrini A, Matte DL, Monte FG, Parcias SR. Ansiedade e parâmetros funcionais respiratórios de idosos praticantes de dança. *Fisioter Mov*. 2011 out/dez;24(4):683-8
30. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in elderly out patients with chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, and validation of the BASDEC screening questionnaire. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(12):1090-6.
31. Goyatá SLT, Avelino CCV, Santos SVM, Souza Jr DI, Gurgel MDSL, Terra FS. Effects from acupuncture in treating anxiety: integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em: 2017 set 07]; 69(3):564-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690325i>

## 1.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO AO CATETERISMO CARDÍACO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

### NURSING CARE FOR THE PATIENT SUBMITTED TO CARDIAC CATHETERISM: EXPERIENCE REPORT

Kelly Roberta Marcelino de Oliveira<sup>1</sup>, Isis Sousa Bezerra de Menezes<sup>2</sup>, Helânia do Prado Cruz<sup>3</sup>, Nayana Claudia Silva Ribeiro<sup>1</sup>, Selda Maria Aguiar Carvalho<sup>4</sup>, Ana Claudia Silveira Parente<sup>5</sup>

#### Resumo

Este estudo tem como finalidade descrever a experiência de residentes de enfermagem em um serviço de hemodinâmica. Estudo descritivo do tipo relato de experiência, ocorrido de maio a setembro de 2018 em um hospital universitário de alta complexidade em Fortaleza-CE. Participaram do estudo quatro enfermeiras residentes com ênfase em terapia intensiva. A assistência de enfermagem inicia-se com orientações direcionadas aos pacientes antes da data programada para o exame. No dia do procedimento o paciente é encaminhado para a enfermaria. Durante o procedimento, a equipe de enfermagem é responsável pela montagem da mesa cirúrgica, pelo posicionamento do paciente, assepsia do sítio de inserção do introdutor e auxílio durante o procedimento. Após o procedimento, o paciente retorna para a enfermaria onde deve permanecer em repouso absoluto. A assistência de enfermagem pós-cateterismo visa também orientar o paciente sobre os cuidados domiciliares e evitar intercorrências que possam vir a acontecer. A residência em enfermagem oferece ao enfermeiro a prática em diversas áreas, a fim de que o profissional seja capacitado para atuar em ambientes diferentes da terapia intensiva.

**Palavras-Chave:** Cuidados de Enfermagem. Cateterismo Cardíaco. Assistência ao Paciente

1. Enfermeira do primeiro ano de residência em Terapia Intensiva do programa de residência multiprofissional – UFC.
2. Enfermeira do segundo ano de residência em Terapia Intensiva do programa de residência multiprofissional – UFC.
3. Mestre em Saúde Pública – UFC.
4. Preceptora de Área da Residência Multiprofissional de Enfermagem em Terapia Intensiva – UFC. Mestranda do Mestrado Profissional Ensino na Saúde - UECE.
5. Enfermeira assistencial do serviço de hemodinâmica do hospital universitário Walter Cantídio e Preceptora de Campo da Residência Multiprofissional em Enfermagem em Terapia Intensiva - UFC.

**Endereço para correspondência:** [kellyroberta.oliveira@gmail.com](mailto:kellyroberta.oliveira@gmail.com)

#### Abstract

This study aims to describe the experience of nursing residents in a hemodynamic service. A descriptive study of the type of experience reported at May to September of 2018 in a university hospital of high complexity in Fortaleza-CE. Four nurses residing in the intensive care unit participated in the study. Nursing care begins with guidelines directed to the patients before the scheduled date of the examination. On the procedure's day, the patient is referred to the infirmary. During the procedure, the nursing team is responsible for the assembly of the surgical table, for the positioning of the patient, the asepsis of introducer insertion's site and assistance during the procedure. After the procedure, the patient returns to the infirmary where they must remain at rest. Post-catheter nursing care is also intended to guide the patient about home care and avoid any intercurrents that may occur. Nursing residency offers nurses practice in several areas, so that professionals can be trained to work in different environments of intensive care.

**Keywords:** Nursing Care. Cardiac Catheterization. Patient Assistance.

## Introdução

As doenças do sistema circulatório representaram 19% das causas de mortes ocorridas em novembro de 2018, sendo que dentre essas o infarto agudo do miocárdio representou 13%<sup>1</sup>.

A doença arterial coronária (DAC) é a principal causa de mortalidade nos países desenvolvidos. É considerada um evento agudo e possui fatores de risco modificáveis e não modificáveis que podem auxiliar na elucidação diagnóstica. Angina estável, angina instável e infarto agudo do miocárdio são exemplos de algumas doenças da artéria coronária, sendo que essas doenças, se não diagnosticadas e tratadas precocemente, podem levar a um prognóstico mais reservado<sup>2</sup>.

Uma forma de diagnosticar a DAC é com cateterismo cardíaco. Esse procedimento identifica problemas nas artérias coronárias, nas valvas e câmeras cardíacas, além de medir pressões nas câmeras e vasos. É utilizado como ferramenta diagnóstica de lesões ateroscleróticas, anomalias valvulares, congênitas e musculares do sistema cardiovascular<sup>3,4</sup>.

Apesar de ser um procedimento eletivo e, na maioria dos casos, de nível ambulatorial, possui como principais riscos o acidente vascular cerebral, morte, infarto do miocárdio, taquicardia ventricular, fibrilação, arritmia grave. Outras complicações, como hemorragia, reação vagal e reação ao contraste também podem acontecer<sup>4</sup>.

Para que o procedimento seja realizado com segurança é necessário recursos materiais e estrutura física adequada, assim também como recurso humano habilitado e capacitado para prestar uma assistência de qualidade e intervir no manejo de possíveis intercorrências.

A lei 11.129, de 30 de junho de 2005, foi um marco para formação dos recursos humanos da área da saúde, pois, além de instituir o Pró-jovem, também criou a Residência em Área profissional da Saúde voltada para profissionais da área da saúde, excetuando o profissional médico. Considerado uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, a residência multiprofissional tem como objetivo a inserção qualificada dos profissionais nas áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>5</sup>.

Um dos profissionais englobados pela residência multiprofissional é o enfermeiro. Esse profissional possui atuação em diversas áreas do SUS, incluindo o serviço de hemodinâmica. Dentro desse cenário, o residente identifica o conhecimento e as habilidades necessárias para desenvolvimento das atividades inerentes ao profissional do serviço, dado que a residência proporciona “orientação universitária sob a forma de especialização”<sup>6</sup>.

Considerando o exposto, este estudo tem como finalidade descrever a experiência de residentes de enfermagem em um serviço hemodinâmica em relação a assistência de enfermagem ao paciente submetido ao cateterismo cardíaco.

## Metodologia

Trata-se de estudo descritivo do tipo relato de experiência, ocorrido de maio a setembro de 2018 em um hospital universitário de alta complexidade em Fortaleza-CE. O estudo advém da experiência de quatro enfermeiras residentes com ênfase em terapia intensiva durante a vivência no serviço de hemodinâmica do hospital já citado.

O cenário no qual as residentes foram alocadas é responsável por atender a demanda de pacientes internados do próprio hospital assim como a demanda encaminhada de outros serviços dos SUS. O serviço realiza atividades diagnósticas e terapêuticas, como cateterismo cardíaco, estudo eletrofisiológico, arteriografia, angioplastia e implantação de marca-passo.

As residentes cursavam o primeiro e o segundo ano de residência e frequentavam o serviço pelo período da manhã e da tarde. Realizavam as atividades de assistência em conjunto com o profissional do serviço de hemodinâmica que também exercia função de preceptor de campo.

## Resultados e discussão

O cateterismo cardíaco é um exame diagnóstico invasivo que consiste na introdução de cateteres venosos ou artérias nos vasos do coração, podendo ser cateterismo cardíaco direito ou esquerdo. A inserção do cateter é guiado por fluoroscopia, técnica de imagem para obter imagens em tempo real de estruturas corporais, utilizando contraste radiopaco. É um procedimento eletivo e ambulatorial, na maioria dos casos, mas que requer uma triagem minuciosa para confirmar a indicação ou detectar uma contraindicação<sup>2</sup>.

A assistência de enfermagem inicia-se com orientações direcionadas aos pacientes antes da data programada para o exame, tais como: o tempo de jejum, a necessidade de acompanhante, os exames necessários e os medicamentos que devem ser suspensos.

Os pacientes são orientados a manter jejum de pelo menos seis horas antes do cateterismo, pois são utilizados sedativos durante o procedimento que podem afetar os reflexos das vias aéreas podendo facilitar aspirações de resíduo gástrico. Em relação a necessidade de acompanhante, a orientação visa garantir a segurança do paciente principalmente após alta do serviço<sup>4</sup>.

O contraste utilizado tem como uma das complicações possíveis a nefropatia induzida por contraste. Sendo assim, antidiabéticos orais devem ser suspensos pelo menos 48 horas antes do procedimento, uma vez que certas drogas possuem eliminação renal, como no caso da metformina, e seu acúmulo pode promover acidose láctica<sup>2,7</sup>.

Outra orientação em relação aos medicamentos utilizados pelo paciente é reduzir dose pela metade, em caso de uso de insulina. No entanto, nem todas as drogas são suspensas, como no caso dos anti-hipertensivos que são aconselhados a serem tomados normalmente no dia do exame<sup>4</sup>, porém com uma pequena quantidade de água.

É explicado ao paciente os exames que precisam ser levados no dia da realização do procedimento, tais como exames que avaliam a função renal (ureia, creatina), a coagulação (hemograma, razão normalizada internacional, tempo de protrombina), distúrbios eletrolíticos (níveis de eletrólitos), a atividade elétrica do coração (eletrocardiograma) e exames de imagem (raio x de tórax). Estes exames ajudam na avaliação do estado de saúde, bem como diminuem risco de desenvolver complicações<sup>2</sup>.

No dia do procedimento, após checagem dos exames pelo médico responsável e verificação das condições compatíveis para realização do exame, o paciente é encaminhado para a enfermaria, na qual são realizadas atividades que visam sua preparação para o exame.

O cateterismo pode ser por via radial ou femoral; estas são técnicas distintas e possuem suas particularidades, sendo necessária a avaliação do médico responsável pelo procedimento para determinar a via que será utilizada. De acordo com a técnica escolhida, a logística ao decorrer de todas as etapas do procedimento será, em alguns pontos, diferenciada.

O paciente é identificado e admitido na unidade, além de ser confirmado o seu jejum. O preenchimento completo do termo de consentimento livre e esclarecido é realizado e o acompanhante ou próprio paciente, a depender do seu nível de discernimento, são orientados a assiná-lo. Ocorre também a retirada das roupas, adornos e a colocação do avental hospitalar.

Dados para o preenchimento do histórico de enfermagem são coletados e agrupados em uma ficha padronizada que contém as seguintes informações: nome, idade, sexo, ocupação, hábitos de vida, doenças prévias, realização anterior de cateterismo ou cirurgias cardíacas e histórico familiar. Essas informações objetivam identificar as necessidades do paciente a fim de determinar cuidados de enfermagem coerentes com as suas necessidades.

Toda a assistência de enfermagem prestada ao paciente é anotada nessa ficha. Além das informações do histórico, a ficha é dividida em seções para registrar dados relacionados à assistência antes, durante e após o cateterismo. O que possibilita que informações não sejam perdidas entre os profissionais do serviço, garantindo uma assistência mais segura.

Após a coleta dos dados, ocorre a verificação dos sinais vitais, a punção de um acesso venoso periférico e a tricotomia. O acesso é utilizado para administração de sedativos, cristaloides, heparina e outros medicamentos. Uma breve educação em saúde é realizada a fim de esclarecer como será realizado o procedimento e o seu tempo de duração. A educação em saúde ocorre de forma contínua, seja no pré, no trans ou pós procedimento<sup>2</sup>.

Em pacientes idosos, portadores de insuficiência cardíaca, com doença renal ou determinadas circunstâncias, como hipotensão ou desidratação, o risco de nefropatia induzida por contraste pelo uso de contraste iodado, reconhecidamente deletério à função renal, é maior. Uma medida profilática que visa diminuir o risco dessa complicação é a hidratação venosa<sup>2,8</sup>.

Esses pacientes, após a punção do acesso periférico, permanecem um período na enfermaria recebendo infusão contínua de soro fisiológico antes da realização do procedimento.

No caso de cateterismo por via radial, o teste de Allen deve ser realizado a fim de verificar o suprimento sanguíneo da mão avaliando a circulação colateral da arterial radial e ulnar<sup>4</sup>.

Concomitantemente ao preparo do paciente para o exame, outra parte da equipe de enfermagem fica responsável pela montagem da sala e da mesa cirúrgica auxiliar. O exame ocorre no centro cirúrgico, sendo necessária técnica asséptica para a sua realização<sup>4</sup>.

A equipe deve utilizar aventais, gorro, máscara e avental de chumbo. A seleção dos insumos e instrumentos para a montagem da mesa auxiliar e instrumental deve ser feito com antecedência. Quando o paciente chega na sala do exame, ele é posicionado, monitorizado, administra-se oxigênio por cânula nasal, realiza-se a assepsia do sítio de inserção do introdutor e a colocação dos campos cirúrgicos<sup>4</sup>.

A monitorização objetiva identificar precocemente alterações hemodinâmicas e complicações que possa vir a ocorrer durante o procedimento, como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, taquicardia ventricular, fibrilação e arritmia grave. O manguito, o oxímetro de pulso e os eletrodos do eletrocardiograma são posicionados no paciente a fim de mensurar os parâmetros, e esses são anotados na ficha de controle. Coloca-se uma cânula nasal no paciente para administração de oxigênio. Simultaneamente, o anestesiológista administra a sedação<sup>4</sup>.

Durante a realização do procedimento, um membro circulante da equipe de enfermagem fica responsável de abrir o cateter e outros materiais na mesa auxiliar. Além de administrar medicamentos, caso seja necessário.

Ao fim do procedimento, são verificados os parâmetros e esses são novamente anotados. O Frent do introdutor e a utilização ou não heparina, a depender da evolução ou não desse procedimento para uma angioplastia, devem constar na ficha. Estas informações são essências para determinar o tempo de repouso.

No cateterismo por via radial, o introdutor é retirado pelo médico ainda em sala logo após o fim do procedimento. Sendo o médico responsável também pela realização do curativo compressivo, que deve ser realizado imediatamente. O tempo de repouso é menor que no cateterismo por via femoral, em torno de 2 horas<sup>9</sup>.

É observada a perfusão da mão durante o tempo de repouso. O curativo é afrouxado após 01 hora de sua colocação, a fim de se constatar ou não a presença de sangramentos. No entanto, o curativo só poderá ser totalmente retirado após 24 horas do procedimento<sup>9</sup>.

No caso de cateterismo por via femoral, o paciente retorna para a enfermaria onde, após monitorização, a enfermeira realiza a retirada do introdutor com a técnica manual ou com auxílio de uma ferramenta denominada Grampo-C<sup>9</sup>.

Na técnica hemostática de compressão manual, as duas mãos são posicionadas dois centímetros acima do local de inserção do introdutor, exercendo força suficiente para cessar o sangramento da artéria puncionada. A pressão deve ser mantida por no mínimo 20 minutos, sendo diminuindo aos poucos depois desse tempo, realizando-se um curativo compressivo em seguida<sup>9</sup>.

Na técnica de compressão mecânica, com o paciente em decúbito dorsal, o Grampo-C é posicionado entre a maca e o paciente próximo ao local de inserção do introdutor. O pulso pedioso ou

poplíteo são palpados, a fim de detectar ritmo e amplitude; e a perfusão da extremidade do membro é observada. À medida que se é colocada pressão no local com o Grampo-C, é retirado o introdutor, sempre atentando-se para a presença de hematoma ou de sangramento. Após a retirada total do introdutor, o Grampo-C permanece por no mínimo 20 minutos até ser aliviado gradativamente a compressão. Logo após é realizado um curativo compressivo que só deverá ser retirado depois de 24 h.

Para ambas as técnicas, depois de realizado o curativo, o pulso e a perfusão das extremidades são novamente avaliados. O tempo de repouso do paciente depende do french do introdutor, podendo variar entre 4 a 5 horas<sup>9</sup>.

Caso ocorra hematoma, identificado através de palpação, é colocado compressa fria no local. Além do sangramento e hematoma, existem outras complicações que também podem acontecer, como: hematoma retroperitoneal, pseudo-aneurisma, reação vasovagal, trombo ou embolia, perfuração arterial, entre outros<sup>9</sup>.

A assistência de enfermagem pós-cateterismo visa também orientar o paciente sobre os cuidados domiciliares. Estes cuidados são orientados verbalmente e através de um impresso que é entregue ao paciente ou acompanhante.

Os impressos são padronizados, porém as particularidades de cada cliente são anotadas buscando atender todas as suas necessidades. São realizados esclarecimentos sobre o repouso relativo do membro nas 24 horas que sucedem o procedimento, a necessidade de evitar realizar esforço físico pesado (subir escada, evitar esportes) por uns dias, a ingestão de líquido e observação da diurese, retorno do uso da metformina após 48 horas do exame, o uso dos medicamentos prescritos pelo médico (Clopidogrel e AAS), a utilização normal dos medicamentos de rotina e o retorno ao médico solicitante do exame<sup>2</sup>.

Em condições clínicas estáveis, o paciente recebe alta do serviço ou é encaminhado para enfermaria, no caso de pacientes internados.

## **Conclusão**

A residência em enfermagem em terapia intensiva oferece ao enfermeiro a prática em diversas áreas, a fim de que o profissional seja capacitado para atuar em ambientes diferentes da terapia intensiva, porém lidando com situações clínicas semelhantes.

No serviço de hemodinâmica, tratando-se do cateterismo cardíaco, o enfermeiro atua no pré, no trans e pós-procedimento, tendo uma visão integral do cuidado que está sendo prestado ao paciente. Nesse contexto, o ambiente da hemodinâmica é de suma importância para complementar o aprendizado das enfermeiras residentes pois, nesse setor, a possibilidade de desenvolver competências para desenvolvimento profissional, como autonomia, raciocínio clínico, liderança e habilidade técnica, é constante.

A sistematização da assistência de enfermagem regulamentada pela resolução do COFEN nº 358 de 2009 “organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos” tornando possível execução do processo de enfermagem que é executado em cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação<sup>10</sup>.

É possível observar essas etapas sendo realizadas no serviço de hemodinâmica, o que agrega, na formação da residência em enfermagem, o empoderamento do enfermeiro dentro do seu processo de trabalho, o que garante uma assistência segura e adequada a cada paciente.

## **Agradecimentos**

Aos funcionários do serviço de hemodinâmica do Hospital Universitário Walter Cantídio que proporcionaram uma experiência de aprendizado técnico, teórico e humano.

## Referências

- 1.Ministério da Saúde (BR). DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso: 10/01/2019.
- 2.Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- 3.Moreira MLAP, Mizuno E, Meireles GCX. Consulta de Enfermagem Pré Cateterismo cardíaco e Intervenções Coronárias Percutâneas. Rev enferm UFPE. 2017; 11(6):2548-56. DOI: 10.5205
- 4.Kern MJ, Sorajja P, Lim MJ. Manual de Cateterismo Cardíaco. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017. 512 p.
- 5.Brasil. Lei 11. 129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional De Inclusão De Jovens - Projovem; Cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; Altera as Leis 10.683, de 28 de Maio de 2003, e 10.429, de 24 De Abril De 2002; e da outras Providencias. Diário oficial da União, Brasília: DF; 01 Jul 2005; Seção 1.
- 6.Universidade Federal do Ceará. Regimento Interno da Residência Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde 2018. Fortaleza: UFC; 2018. p.7.
- 7.Figueiredo A, Santos J, Matos AF, Esteves MC. Acidose Láctica Associada a Metformina: Um Estudo Retrospectivo. Rev Portuguesa de Diabetes. 2014; 9 (3): 112-115.
- 8.Maccariello E. Nefropatia induzida por contraste. J Bras Nefrol. 2016;38(4):388-389
- 9.Basques FC, Popim RC. Manual de Retirada de Introdutor Arterial Femoral. Botucatu: Núcleo de Publicação científica; 2017.
- 10.Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Cofen; 2009.

## 1.3 ASSOCIAÇÃO DO COMPLEXO TENÍASE CISTICERCOSE A CARDIOMIOPATIA RESTRITIVA

Abias Micael Oliveira Lima<sup>1</sup>, Antônia Laís dos Santos Costa<sup>1</sup>, Dayane dos Reis Araújo Rocha<sup>1</sup>, Juliana Martins Ferreira<sup>1</sup>, Milena Karen Costa Santos<sup>1</sup>, Sara Santana Barros<sup>1</sup>, Brenda Araújo da Silva<sup>2</sup>

### Resumo

O presente estudo elaborado tem como objetivo explicar e definir a relação entre o complexo teníase – cisticercose com cardiomiopatia restritiva. A metodologia aplicada foi do tipo revisão bibliográfica, baseando-se em artigos publicados entre 1980 a 2018 e disponíveis na íntegra presentes nas principais bases de dados. Durante o desenvolvimento do estudo foi evidenciado o funcionamento da doença e sua variedade de sintomas, por tratar-se de um parasita ainda em seu estágio inicial, na forma larvária, sendo capaz de alojarse em diversos tecidos do organismo como: musculares, subcutâneos e mais comumente no sistema nervoso central, conhecido como neurocisticercose e, mais raramente, encontrado no miocárdio (músculo cardíaco). Apesar de novos casos serem confirmados, a relação do cisticercose com a cardiomiopatia restritiva é tratada como rara e há, ainda, uma grande escassez de informações e relatos literários sobre o tema.

**Palavras-Chave:** Cisticercose, Miocardiopatia Restritiva, Cardiopatia

---

1. Graduando (a) em Enfermagem - UNINASSAU.

2. Pós-graduanda em Enfermagem em Terapia Intensiva – UNIFOR.

E-mail: [abias\\_micael01@hotmail.com](mailto:abias_micael01@hotmail.com)

### Introdução

O complexo teníase – cisticercose são duas entidades mórbidas diferentes, causadas pela mesma espécie de cestódeo, porém com fase de vida distinta. A teníase é uma alteração provocada pela presença da forma adulta da *Taenia solium* ou da *T. saginata* no intestino delgado do hospedeiro definitivo, os seres humanos; já a cisticercose é a enfermidade provocada pela presença do estágio larvário nos tecidos dos hospedeiros intermediários normais, ou hospedeiros anômalos como cães, gatos, macacos e seres humanos, que podem abrigar a forma larvar da *T. solium*<sup>1</sup>.

A infecção de humanos e animais acontece pela ingestão de ovos do parasita presente em alimentos contaminados. Esses ovos atingem o segmento intestinal e sofrem ação das enzimas gástricas e pancreáticas, que digerem o embrióforo liberando o embrião hexacanto ou oncosfera. O embrião, ao penetrar na mucosa, sofre disseminação linfohematogênica alojando-se em diferentes tecidos dos vários órgãos do organismo, sendo mais frequente o alojamento no sistema nervoso central e no músculo esquelético, provocando uma reação hospedeiro-parasita com ativação dos mecanismos de defesa e desenvolvimento de resposta inflamatória<sup>2</sup>.

Tanto a *Taenia solium* quanto a *T. saginata* são parasitos de ampla distribuição, encontradas sobretudo em regiões onde existe o hábito de consumir carne de gado e/ou de suíno, crua ou mal cozida e vegetais contaminados com as fezes destes animais. Estima-se que mais de 70 milhões de pessoas estejam infectadas por *T. saginata* e que até 2,5 milhões possam estar infectadas por *T. solium* no mundo<sup>3</sup>.

A teníase por *T. saginata* pode ser encontrada em vários países com destaque para a África, Oriente Médio, Ásia Central e América Latina, há também relatos em países europeus, Japão e Filipinas e com menor incidência – Austrália, Estados Unidos e Canadá. Em relação à teníase por *T.*

solium, tem endemicidade alta na América Latina. Nas comunidades judaicas a prevalência é muito pequena, provavelmente pela proibição religiosa da ingestão de carne de suínos<sup>3</sup>.

No Brasil, por culturalmente ter um maior consumo de carnes, a cisticercose tem sido cada vez mais diagnosticada, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, tanto em serviços de neurologia e neurocirurgia quanto em estudos anatomopatológicos. A baixa ocorrência de cisticercose em algumas áreas, como por exemplo, nas regiões Norte e Nordeste podem ser explicadas pela falta de notificação compulsória ou porque o tratamento é realizado em outras regiões, como São Paulo, Curitiba, Brasília e Rio de Janeiro, dificultando a identificação da procedência do local da infecção. O Ministério da Saúde registrou um total de 937 óbitos por cisticercose no período de 1980 a 1989<sup>4</sup>.

A cisticercose suína praticamente não é reportada, em função da tecnificação das granjas; no entanto, o consumo de carnes, bovinas e suínas, proveniente de animais não inspecionados ainda ocorre em muitos estados do Brasil. O consumo de carne não inspecionada consiste em um importante fator de risco, pois a prevalência da doença em animais de criações domésticas pode ser cinco vezes maior que em animais criados em sistemas tecnificados<sup>3</sup>.

No Brasil, a cisticercose bovina está presente em todos os estados. A condenação pelo serviço de inspeção resulta em perdas entre 10 a 100% do valor das carcaças. No estado do Mato Grosso do Sul, por exemplo, estima-se que as perdas causadas pelo diagnóstico post mortem da cisticercose bovina no período de 2010 a 2012, em média foi de a USD 9.000.000<sup>3</sup>.

Novos casos do complexo teníase-cisticercose permanecem com alto índices no Brasil, principalmente no que se refere à etiologia pela *T. saginata*/ *Cysticercus bovis*. A maior parte dos relatos no território brasileiro é proveniente de matadouros frigoríficos. A infecção tem sido relatada nos estados da Bahia, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná, São Paulo, Rio Grande do Sul e Rondônia<sup>3</sup>.

O presente estudo tem por objetivo pesquisar a produção científica direcionada a associação do complexo teníase – cisticercose com a cardiomiopatia restritiva.

## **Método**

Trata-se de um estudo do tipo revisão bibliográfica, tendo como intuito associar o complexo teníase – cisticercose a cardiomiopatia restritiva, entre 1980 a 2018.

Para seleção dos estudos foi realizado um levantamento nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PUBMED, no mês de novembro de 2018. Os critérios de inclusão foram: artigos na língua portuguesa e inglesa, disponíveis na íntegra, que estivessem dentro da temática e artigos que abrangessem em seu título e/ou resumo os seguintes descritores em ciência da saúde (DeCs): Cisticercose and Miocardiopatia Restritiva and/ or Cardiopatia.

## **Resultados e discussão**

Foram encontrados 12 artigos na íntegra com os descritores escolhidos.

Após uma primeira análise, sendo essa a leitura do título e/ou resumo, foram selecionados 10 artigos e, após segunda análise, sendo essa a leitura do artigo, foram selecionados seis artigos que mais se adequaram à temática. Evidenciando que a cisticercose humana é responsável por graves alterações nos tecidos e grande variedade de sintomas. Pela possibilidade do cisticercose alojar-se em diversos locais do organismo, esta doença é considerada pleomórfica, pois, acomete diversos tecidos como: musculares, subcutâneos, bulbo ocular e com maior frequência, o sistema nervoso central<sup>1</sup>.

## 1. Alterações em outros locais do organismo

A cisticercose muscular ou subcutânea a princípio não manifesta alterações significativas, sendo considerada assintomática. Os cisticercos instalados têm a capacidade de alterar a resposta imunológica do hospedeiro, desenvolvendo uma reação inflamatória local, formando uma membrana adventícia fibrosa. Após a morte do parasito há tendência de calcificação. Quando numerosos cisticercos se instalam em músculos esqueléticos, podem provocar dor, fadiga e câibras com presença de calcificação ou não<sup>1</sup>. Existe variação na manifestação clínica de acordo com o sistema afetado. Em relação cisticercose muscular, podemos citar alguns sinais classificados na literatura como: dor muscular, aparecimento de nódulos ou pseudo-massas<sup>5</sup>. No tecido subcutâneo, o cisticercos é palpável, em geral indolor e algumas vezes confundido com cisto sebáceo<sup>1</sup>.

A dificuldade do diagnóstico humano e animal do complexo teníase – cisticercose tem frequentemente subestimado sua prevalência, devido a diversos fatores<sup>1</sup>. A prevalência mundial de cisticercose é causada pelo cisticercos *cellulosae*. Embora qualquer órgão ou tecido possa abrigar os cistos, cérebro, músculos e tecido subcutâneo são os locais normalmente afetados<sup>6</sup>.

## 2. Cisticercose Cardíaca

Em um estudo, foi realizado o levantamento de 56 casos necropsiados na região do Triângulo Mineiro, sendo encontrado 15 casos de cisticercose cardíaca, no qual se admitiu descoberta poderia levar a alterações da função miocárdica<sup>8</sup>. Em outro estudo de revisão de 2.218 protocolos de necropsias realizado no período de 1970 a 2000 no Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, foram encontrados 71 relatos de casos de cisticercose do qual 18 apresentavam cisticercose cardíaca<sup>2</sup>.

A maior parte dos casos relatados na literatura de cisticercose miocárdica consiste em estudos anatomopatológicos em séries de necropsias, havendo poucos dados sobre a importância funcional dessas alterações e evolução clínica desses pacientes. Além disso, a literatura carece de dados sobre exames eficazes na detecção precoce da doença, não importando a fase de evolução que seja apresentada<sup>6</sup>. A cisticercose cardíaca pode resultar em palpitações e ruídos anormais ou dispnéia quando os cisticercos se instalam nas válvulas<sup>1</sup>. Em exame ecocardiográfico a cisticercose cardíaca pode apresentar aspecto peculiar e pode provocar expressiva manifestação de insuficiência cardíaca diastólica<sup>6</sup>. A infecção muscular cardíaca por cisticercos frequentemente não é diagnosticada no paciente vivo, devido à variação de sinais clínicos que leva à sintomatologia pouco acentuada e inespecífica, dessa forma sua prevalência deve ser bastante superior à referida na literatura<sup>9</sup>. A cisticercose cardíaca, especialmente a miocárdica, admitida como rara, tem sido pouco estudada<sup>6</sup>.

O homem tem contribuído para o aumento do número de novos casos de cisticercose com a falta de tratamento dos esgotos urbanos, que poluem os rios e conseqüentemente chegam às casas e fazendas disseminando a contaminação em animais e o próprio homem. No meio rural, a falta de saneamento básico contribui para a poluição do meio ambiente, sendo comuns os casos em que os animais acabam ingerindo fezes humanas contaminadas. O uso de irrigação em lavouras, utilizando água infectada é uma grande fonte de infecção para o homem<sup>10</sup>.

A forma de evitar a propagação do complexo teníase-cisticercose depende de inúmeras condições simultâneas, como: induzir a população a adquirir hábitos que promovam a saúde; detectar e tratar precocemente o indivíduo parasitado, pois ele é o responsável por disseminar a doença, sendo obrigatória a notificação a autoridade de saúde responsável; o uso de instalações sanitárias com fossas ou redes de esgoto; ingestão de carnes ou produtos derivados (salsichas, linguiças etc.) bem cozidos ou assados<sup>11</sup>.

Medidas epidemiológicas também são necessárias, como: combater a prática do abate clandestino dos suínos e bovinos esclarecendo a população sobre os potenciais riscos de apoiar tal prática; garantir a esterilização parasitária das águas residuais na saída dos efluentes das áreas

urbanas e o uso de fossas nas áreas rurais; rastrear os animais abatidos e positivos para cisticercose bovina e suína, com posterior tratamento verticalizado, por parte das autoridades sanitárias<sup>12</sup>.

O diagnóstico é clínico, epidemiológico e laboratorial. Como a maioria dos casos de infecção parasitária pelo complexo teníase – cisticercose é oligossintomático, o diagnóstico comumente é feito pela observação do paciente ou, quando crianças, pelos familiares. Isso porque os proglotes são eliminados espontaneamente e, nem sempre, são detectados nos exames parasitológicos de fezes. Para se fazer o diagnóstico da espécie, em geral, coleta-se material da região anal e, através do microscópio, diferencia-se morfológicamente os ovos da tênia dos demais parasitas. Os estudos sorológicos específicos (fixação do complemento, imunofluorescência e hemaglutinação) no soro e líquido cefalorraquiano confirmam o diagnóstico da neurocisticercose, cuja suspeita é feita através de exames de imagem, raio x, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética de cisticercos calcificados. A biópsia de tecidos, quando realizada, possibilita a identificação microscópica da larva<sup>13</sup>.

Ressalta-se que a maioria dos casos que envolvem o miocárdio são assintomáticos, o que dificulta o seu diagnóstico precoce. Os cistos são encontrados esporadicamente na autópsia ou durante a cirurgia cardíaca. Os cistos são geralmente múltiplos, e ovoides ou redondos. São distribuídos no subpericárdio, subendocárdio ou miocárdio dos músculos papilares direito ou ventrículo esquerdo, septo. Medem 10-30 mm e são facilmente distinguidos no exame macroscópico. Ocasionalmente, em um único cisto grande pode estar presente microscopicamente o scolex, acúleos e quatro ventosas, e podem ser identificados por baixo de uma cápsula que foi amassado artificialmente durante o processamento histológico. A resposta inflamatória do miocárdio circundante é variável. A degeneração dos cistos no miocárdio pode resultar na formação de granulomas e fibrose. Os quistos e as suas degenerações podem ocorrer naturalmente ou como um resultado de terapia de droga, podendo resultar em anormalidades arritmicas e/ou de condução. A ecocardiografia pode ser útil para detecção dos cistos, sendo esse um exame de ótima escolha para investigação de cistos em pacientes acometidos pela doença parasitária facilitando, assim seu diagnóstico<sup>14</sup>.

## Conclusão

Conclui-se que a prevalência de casos de cisticercose cardíacas humana possivelmente seja maior que a estimada em estudos antigos. Sendo ainda possível concluir que existe uma escassez de material capaz de comprovar de maneira científica a relação da cisticercose ocasionando a miocardiopatia. Contudo a literatura comprova forte comprometimento miocárdio em estudos anatomopatológicos, existindo poucos relatos de casos em pacientes vivos.

O estudo mostrou ter limitação por não ser uma temática tão estudada e por conta disso ter uma escassez de produção científica sobre a cisticercose miocárdica. Portanto, é necessário incentivar a pesquisa científica com este tema, pois devido às características imprecisas da enfermidade e diagnóstico estritamente laboratorial de alto valor financeiro e dado epidemiológico impreciso, várias pessoas podem ser portadoras não apresentando sinais e sintomas, evoluindo rapidamente para complicações com maior gravidade, não descartando possível óbito.

## Referências

1. Neves, David Pereira. Parasitologia humana / David Pereira Neves. – 12. ed. – São Paulo: Editora Atheneu, 2011.
2. Sousa Júnior, R; Ribeiro, PM; Antoneli, EJ; Faleiros, ACG.; Terra, SA.; Reis, MA; Texeira, VPA. Características evolutivas do *cysticercus cellulosae* no encéfalo e no coração humanos. Sociedade brasileira de medicina tropical, São Paulo, 35, 617-622, nov/dez. 2002.
3. Toledo, RCC; Franco, JB; Freitas, LS; Katielli, C; Feitas, ARF. Complexo teníase cisticercose: uma revisão. Instituto Federal do Triângulo Mineiro. Campus Ituiutaba, MG.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 3ª Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 200. v. II il. Color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).
5. Olmo, NRS. Cisticercose muscular: relato de caso e aspectos de imagem. Revista da Associação Médica Brasileira, 62 (8), 725-727, set. 2016.
6. Melo, RMV; Neto, AVM; Corrêa, LCL.; Melo Filho, AV. Cardiomiopatia Restritiva por Cisticercose Miocárdica. Universidade Federal da Bahia - UFBA – Salvador, BA. 2005.
7. Lino Junior, RS; Reis, MA.; Teixeira, VPA. Ocorrência de cisticercose encefálica e cardíaca em necropsias. Revista de saúde pública, São Paulo, 33 (5), 495-498, outubro/1999
8. Gobbi, H; Adad, SJ; Neves, RR; Almeida, HO. Ocorrência de cisticercose (*Cysticercus cellulosae*) em pacientes necropsiados em Uberaba, MG. Rev PatolTrop 1980; 9:51-9.
9. Viana, L. G.; Macedo, V.; Costa, J. M. Cisticercose músculo-cutânea e visceral – doença rara?. Revista do instituto de medicina tropical de são Paulo, São Paulo, 33 (2), 129-136, mar/abr. 1991.
10. Roppa, L. Suínos: mitos e verdades. São Paulo: Disponível em: [http:// www.suinos.com.br/pdf/carne-suina.pdf](http://www.suinos.com.br/pdf/carne-suina.pdf).
11. Fortes, E. Parasitologia veterinária. 4. ed. rev. São Paulo, SP: Ícone, 2004.
12. Fernandes, JOM; Buzetti, WAS. Prevalência de cisticercose em suínos abatidos em frigoríficos sob inspeção federal da 9ª Região Administrativa de Araçatuba, SP. São Paulo: Rev. Hig. Alimentar, v.2, n.1, p.14- 17, 2002.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8ªed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 448p. v.: II il. Color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).
14. Kiechhoff, L.V; Weiss, L.M; Wittner, M; Tanowitz, H.B. Parasitic Diseases of The Heart. Frontiers in Bioscience. 9, 706-723, Janeiro, 2004.

## 2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO COM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Gleicivânia Rodrigues Carnaúba 1; Ana Isabella Braz Jácome 1; Daniel Lucas Mota de Carvalho 1; Renata Mendes Ferreira<sup>2</sup>; Terená Juliana Maros<sup>1</sup>; Dágila Pinheiro Paiva<sup>1</sup>; Patrícia Quirino Da Costa<sup>2</sup>

### Resumo

A Diabetes Mellitus é uma doença que está relacionada à deficiência da ação da insulina no organismo que, por não exercer sua função, faz com que ocorra um acúmulo de glicose no sangue, causando assim, uma hiperglicemia. Podendo ser classificada como: DM1 e DM2, onde a primeira caracteriza-se pela destruição das células beta pancreáticas, levando a deficiência de insulina e a segunda, pela produção ineficaz da insulina no organismo. Principal meio de impedir que se contraia a doença é adotar um estilo de vida mais saudável e consultar regularmente um médico para efetuar exames. Existem inúmeras complicações que afetam a população portadora de DM, o pé diabético representa um risco a mais por conta de fatores como úlceras e amputações. Indivíduos portadores de Diabetes possuem uma taxa de amputação de membros inferiores de 13 a 26 vezes maior que em não diabéticos. Relatar a experiência da educação em saúde com pacientes de uma unidade básica sobre a importância da prevenção do pé diabético. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com pacientes de uma UBS, desenvolvido por acadêmicos de enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará, durante a disciplina de Saúde Coletiva, no UAPS Pompeu Vasconcelos, na abrangência de uma Estratégia Saúde da População de Fortaleza - Ceará, em junho de 2018. Foram utilizados materiais para uma dinâmica relacionada ao tema, como cremes hidratantes, toalhas, água e sabão. Foram respeitados os princípios éticos. Os estudantes de Enfermagem construíram uma proposta de educação em saúde com pacientes de uma UBS, sobre os cuidados com o pé, no posto de saúde, integrando o serviço de saúde à universidade. Para isso, pensou-se, inicialmente, em uma maneira simples e dinâmica para relatar a importância dos hábitos de prevenção a úlceras e ferimentos nos pés. Durante atividade proposta, foi feita uma dinâmica de quebra-gelo que demonstrava aos pacientes como lavar e cuidar de seus pés. Foram utilizados água e sabão para simular a lavagem, toalha para mostrar como secar corretamente e hidratante para o não ressecamento. Observou-se que, durante a dinâmica e no decorrer das atividades, todos participaram ativamente com dúvidas sobre a doença em questão. Percebe-se que o assunto foi bem abordado e bem entendido, pois foram feitas perguntas na dinâmica de fixação e todas foram respondidas corretamente. Conclui-se por meio deste trabalho que os alunos puderam associar a teoria à prática e contribuir para a educação em saúde com os pacientes sobre a prevenção do pé diabético. Percebeu-se a relevância desse evento para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde com os pacientes ali presentes, visto que o cuidado a saúde deve ser integral e contínuo. A experiência vivenciada pelos acadêmicos durante esse trabalho foi válida e extremamente rica, permitindo perceber a importância das práticas educativas para os pacientes. Demonstraram ter compreendido o tema e estarem aptos utilizarem métodos simples para prevenir ferimentos nos pés. Além disso, este trabalho serviu como uma experiência positiva enquanto acadêmica propiciando uma aproximação com a comunidade.

**Palavras-Chave:** Pé Diabético. Educação em Saúde. Diabetes Mellitus.

1. Graduanda em Enfermagem - Centro Universitário Estácio do Ceará.

2. Doutora em Saúde Coletiva. Docente - Centro Universitário Estácio do Ceará.

## 2.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE IDOSA NO PRÉ-OPERATÓRIO DE TROCA VALVAR SECUNDÁRIA DE ESTENOSE AÓRTICA GRAVE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Dayane dos Reis Araújo Rocha 1; Abias Micael Oliveira Lima 1; Antônia Laís dos Santos Costa 1; Juliana Martins Ferreira 1; Milena Káren Costa Santos 1; Sara Santana Barros 1; Brenda Araújo da Silva 2

### Resumo

A estenose aórtica caracteriza-se por obstrução ao fluxo de saída do ventrículo esquerdo. A causa mais comum dessa lesão é o processo aterosclerótico, imobilizando as cúspides valvares aórticas através da calcificação que progride da base das cúspides para os folhetos, resultando em diminuição da área valvar efetiva, sem fusão comissural. A estenose aórtica do idoso é associada a fatores de risco para aterosclerose, como tabagismo, hipertensão e dislipidemia. Outra etiologia frequente de estenose aórtica é a malformação congênita valvar, na maioria dos casos a valva aórtica bicúspide. Nesta, fibrose e calcificação progressiva vão produzindo uma distorção valvar que lembra o processo degenerativo. A estenose reumática resulta de aderências e fusão das comissuras e cúspides, levando a retração e enrijecimento das cúspides. No caso da estenose aórtica reumática, nota-se, na maioria dos casos, lesão associada mitral. Trata-se de um estudo descritivo e bibliográfico de um relato de experiência relacionado à atividade acadêmica, a partir da assistência de Enfermagem no pré-operatório de um hospital público referência em cardiologia da cidade de Fortaleza – CE, pelos acadêmicos do 6º semestre, no mês de novembro de 2018, a uma paciente idosa e cardiopata. São descritas as reflexões e vivências obtidas pela assistência propriamente dita e pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Foram levantados dados referentes ao processo saúde doença através da anamnese, exame físico, bibliografias, e demais registros no prontuário. A assistência de enfermagem se inicia na recepção do paciente. A correta identificação dos diagnósticos de enfermagem e de intervenções apropriadas depende da habilidade do diagnosticador em correlacionar as respostas humanas do paciente a determinada situação de saúde ou doença. A exatidão dos diagnósticos é influenciada pela utilização de dados clínicos, exames complementares e as relações fisiopatológicas estabelecidas no processo de raciocínio clínico. Os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem dos pacientes portadores de valvopatias com ênfase às especificidades das respostas humanas em cada situação patológica, que merecem especial atenção do enfermeiro no tratamento são: Débito cardíaco diminuído, nesse caso o enfermeiro deve realizar monitorização ácido – básico; monitorização de líquidos; monitorização de sinais vitais; monitorização hemodinâmica invasiva; controle de energia; controle de medicamentos e redução da ansiedade. Proteção ineficaz e risco de sangramento, desse modo, a enfermagem deve voltar-se no sentido de prevenir complicações decorrentes da inadequação da terapêutica medicamentosa anticoagulante. Ansiedade, as intervenções de preparo psicológico e emocional parecem ser eficientes na diminuição do nível de ansiedade. Sob esse aspecto, as intervenções/ações de enfermagem não podem estar desvinculadas do contexto multiprofissional. Destacam-se como intervenções pertinentes: estar presente durante períodos de necessidade e redução da ansiedade. O estudo apontou que o cliente cardiopata requer cuidados especiais a fim de tratar e prevenir doenças. A assistência sistemática da equipe de enfermagem é primordial, e contribui diretamente na melhoria clínica, conforto e segurança desse paciente.

**Palavras-Chave:** Estenose aórtica. Troca valvar. Assistência de enfermagem.

1. Graduanda em Enfermagem – UNINASSAU.

2. Pós graduanda em Enfermagem em Terapia Intensiva - UNIFOR

## 2.3 PERCURSOS DO PACIENTE PRÉ-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA NA ONCOPEDIATRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Débora Farias Galvão 1; Antonia Maria Araújo da Silva 2; Amanda Modesto de Oliveira 3

### Resumo

A pretensão deste trabalho é relatar a experiência no cenário de prática em um Hospital de Referência Oncopediátrica em Fortaleza-CE, enquanto assistente social residente em cancerologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). A partir de vivências práticas foi possível acompanhar o fluxo de atendimento multiprofissional a crianças e adolescentes referenciados pelo SUS com doenças oncohematológicas (leucemias e linfomas) procedentes de todo o Ceará, encaminhados, por orientação médica, para o transplante de medula óssea com apoio do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), com amparo legal da Portaria no 55/1999. Trata-se de um relato de experiência de uma assistente social residente em um Hospital de Referência em Oncopediatria em Fortaleza-CE, no período de setembro de 2017 a fevereiro de 2018. Como instrumento de produção de dados realizou-se observação participante no setor do Serviço Social, vivenciando a mediação intrasetorial e intersetorial, com equipe multiprofissional, interação das diversas políticas: saúde (hospital transplantador em outros estados e TFD da Secretaria de Saúde do Ceará), socio jurídica (Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e Defensoria Pública), assistência social (Centro de Referência de Assistência Social - CRAS e Centro Especializado de Assistência Social - CREAS), e previdenciária (Instituto Nacional de Seguro Social - INSS). A partir do relatório médico com a solicitação do exame de HLA (antígeno leucocitário humano) indicando a necessidade de realização de transplante de medula óssea (TMO), a família da criança ou adolescente é encaminhada ao Serviço Social para atendimento sociofamiliar, onde serão feitas orientações quanto ao fluxo assistencial do TMO e TFD. São verificadas as demandas e situações de vulnerabilidade social, principalmente a compreensão da família sobre essa etapa do tratamento. Avalia-se a rede de apoio, compreendendo os campos da saúde, de assistência social, previdenciário, sociofamiliar e sociojurídico. Busca-se na família a compatibilidade de HLA, preferencialmente em parentes de 1º ou 2º grau, como pais e irmãos, onde há maiores chances de compatibilidade. Identificado o doador, em exame de HLA, ocorrerá a avaliação pré-TMO, pelo Centro Transplantador. Identificamos alguns desafios nesse processo, como: fragilidade do suporte familiar; abandono do tratamento; influência de aspectos culturais, religiosos e socioeconômicos; falta da medicação necessária e alto custo do tratamento. Diante dos referidos desafios, há situações em que se torna possível a continuidade do tratamento; efetivação de ações integradas biopsicossociais; desenvolvimento de apoio familiar; comprometimento da equipe interdisciplinar; acolhimento institucional e contrarreferência na rede de apoio e assistência. Há importantes caminhos a serem trilhados pelos pacientes em pré-TMO referenciados pelo SUS. Ressalta-se a importância das ações multiprofissionais inseridas e em constante diálogo nas redes da saúde e de outras políticas públicas. Assim, afirma-se o princípio da integralidade como fundamental à efetividade do tratamento de pacientes em pré-TMO na oncopediatria, o qual pressupõe atuação de diferentes áreas profissionais, nos diversos níveis de atenção à saúde, para atender as múltiplas demandas destes indivíduos no âmbito da saúde, visando seu bem-estar e melhoria da qualidade de vida antes, durante e após o tratamento.

**Palavras-Chave:** Transplante de Medula Óssea. Sistema Único de Saúde.

1. Assistente Social Residente. RIS- ESP/CE.

2. Assistente Social. Preceptora de Residência. Centro Pediátrico do Câncer (CPC). Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS).

3. Assistente Social. Mestre em Serviço Social, Trabalho e Questão Social. Ouvidora do Hospital e Maternidade Gastroclínica.

## 2.4 A RELEVÂNCIA DA VIVÊNCIA NO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO PERCURSO FORMATIVO DO PROFISSIONAL RESIDENTE EM CANCEROLOGIA

Dayane dos Reis Araújo Rocha 1; Abias Micael Oliveira Lima 1; Antônia Laís dos Santos Costa 1; Juliana Martins Ferreira1; Milena Káren Costa Santos 1; Sara Santana Barros 1; Brenda Araújo da Silva2

### Resumo

O presente trabalho tem como proposta relatar a experiência vivida no estágio eletivo da Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde Pública (RIS), com ênfase em Cancerologia, pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) no Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVEP) na Secretaria de Saúde do Estado (SESA). A vigilância epidemiológica (VE), segundo a lei 8080/90, está definida como conjunto de ações que proporcionam conhecimento, detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com finalidade de recomendar, adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Dessa forma, surgiram algumas inquietações: De que forma o conhecimento em VE contribuiria para o percurso formativo do profissional residente em Cancerologia? Como funciona a gestão em saúde no monitoramento de doenças e agravos epidemiológicos, incluindo o câncer? Quais desafios são encontrados na VE? Trata-se de um relato de experiência com ênfase em Cancerologia e sua imersão no cenário de prática. Foi realizado um cronograma de atividades desenvolvidas no mês de novembro no NUVEP como etapa do estágio eletivo da RIS. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), VE tem como objetivo realizar orientação aos profissionais de saúde com responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. O NUVEP atualmente divide-se em Área Técnica (AT) que monitora os 184 municípios em parceria com as Coordenadorias Estaduais de Saúde. Destaca-se o Registro de Câncer (RC), Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), Zoonoses, Arbovirose, Tuberculose, Hepatite e IST/AIDS, Hanseníase, Leishmaniose, Doença de Transmissão Hídrica e Alimentar(DTHA), Doenças exantemáticas, Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde(CIEVS) onde neste, funciona o Plantão de VE, no qual ocorrem, aos finais de semana, orientações de diagnósticos e medidas de prevenção e controle das notificações de casos suspeitos ou confirmados de doenças e agravos baseado na Portaria nº204, de 17 de fevereiro de 2016. Dentre as atividades desenvolvidas no NUVEP há a construção de manuais técnicos, os planos de operacionalização estratégicas, os informes, os boletins epidemiológicos e as capacitações aos profissionais de saúde. Destacamos ATs do RC que fortalece os centros de informações dos Registros de Câncer de Base Populacional e Hospitalares (RCBP/RHC) e de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) são apoio de qualquer programa de controle do câncer estando responsáveis pela VE do câncer. O principal objetivo é produzir estatísticas sobre a ocorrência de câncer na população e proporcionar a base para avaliação e controle do impacto do câncer na comunidade. Concluímos que a coleta e análise dos dados para controle de doenças e agravos são necessários, mas o papel maior da VE é, a partir das informações sistematizadas, torná-las conhecidas, fomentando ações que promovam promoção e educação em saúde, assim como a capacitação continuada dos profissionais envolvidos e o cuidado integral do paciente/usuário dos serviços de saúde. Vivenciar no NUVEP permitiu ampliar o conhecimento em VE na compreensão da gestão e intersectorialidade das políticas de saúde, de como funciona os sistemas de monitoramento de doenças e agravos epidemiológicos.

**Palavras-Chave:** Vigilância Epidemiológica, SUS, Residência Multiprofissional.

1.Assistente Social Residente-RIS/ESP-CE.

2.Mestranda em Saúde Coletiva - UECE. Preceptora no Núcleo de Vigilância Epidemiológica-NUVEP/SESA.

## 2.5 CONFERÊNCIA FAMILIAR, UMA PORTA PARA FALA – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Camila Maria de Oliveira Ramos<sup>1</sup>; Geovanna Cardoso Lopes<sup>2</sup>

### Resumo

Os Cuidados Paliativos (CP) pretendem a melhoria da qualidade de vida da díade (paciente e familiares), através de práticas de cuidado como prevenção e alívio do sofrimento e tratamento da dor e sintomas biopsicossociais e espirituais, dentre outros. Sendo assim, uma doença ameaçadora da vida e a proximidade da morte podem ocasionar medo, dúvidas, incertezas em relação a própria doença e cuidado. Para isso, a conferência familiar, por intermédio de uma escuta ativa de uma equipe multiprofissional, tem o intuito de clarificar tais questionamentos, sentimentos, angústias e, principalmente, deve respeitar a autonomia da díade, além de oportunizar alternativas de decisão para o contexto. Discorrer sobre a assistência da equipe de cuidados paliativos em conferência familiar. Trata-se de um relato de experiência, em que foi realizado um levantamento das atividades da equipe de CP na área de pneumologia, no período de agosto à dezembro de 2017, em uma instituição de saúde em Fortaleza-CE, através de um estágio supervisionado. Inicialmente, a equipe era composta por médico, enfermeira, assistente social, psicóloga, residente e estagiária de psicologia. Na instituição de saúde foram realizadas conferências ou reuniões familiares que consistiam em uma equipe de saúde multiprofissional em Cuidados Paliativos que se reuniam com a família do paciente para comunicar que ele será inserido nessa abordagem. Além disso, era a oportunidade de esclarecer dúvidas dos familiares sobre a doença e tratamento, apresentar as possibilidades atuais e futuras de cuidado ao paciente na instituição ou em casa; orientar quais procedimentos necessários de outra ordem, a exemplo, plano funerário, dentre outros. Era um momento de integração dos profissionais e familiares, em que cada área contribuía por meio de uma fala especializada, respeitando as outras áreas e na medida do possível buscando uma interdisciplinaridade. O estágio supervisionado possibilitou participar e atuar nas conferências, promovendo um cuidado e escuta do sofrimento, fantasias e dúvidas da família e, principalmente, facilitando essa comunicação entre os outros profissionais e a família. Importante ressaltar, que a maioria dos pacientes que foram paliados tinha o diagnóstico de câncer. Os Cuidados Paliativos têm a finalidade de preservar a dignidade do paciente mediante o controle de dor e sintomas e promoção do bem-estar e qualidade de vida. Assim, as conferências são essenciais nesse processo de cuidado com a díade e apoio aos familiares.

**Palavras-Chave:** Conferência Familiar. Cuidados Paliativos. Equipe multiprofissional.

---

1. Graduanda em Psicologia - UNIFOR.

2. Graduanda em Fisioterapia – Centro Universitário Estácio do Ceará.

## 2.6 EFEITOS DO USO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO EDEMA AGUDO DE PULMÃO CARDIOGÊNICO: REVISÃO DE LITERATURA

Deisiane Lima dos Santos 1; Carla Wiviane Rocha 1; Maria Áurea Catarina Passos Lopes 1; Sandra Ádilla Menezes de Lima 1

### Resumo

O Edema Agudo Pulmonar Cardiogênico (EAPc) é uma condição comum e potencialmente fatal, frequentemente encontrada em serviços de emergência, representa uma importante causa de insuficiência respiratória, caracterizado por acúmulo súbito e anormal de líquido nos espaços extravasculares do pulmão, desenvolvido por várias causas como o aumento súbito da pressão em capilares pulmonares ou regurgitamento dos vasos pulmonares associado a insuficiência cardíaca congestiva a presença dessa congestão ocasiona alterações nas trocas gasosas e na mecânica pulmonar. As principais causas de EAPc são: infarto agudo do miocárdio (iam), crise hipertensiva, insuficiência cardíaca congestiva (icc) descompensada e estenose mitral severa. A Ventilação Não Invasiva (VNI) no EAPc tem como intuito melhorar o conforto do paciente e de reduzir as taxas de intubação traqueal e de mortalidade e consiste em uma parte fundamental do tratamento desses pacientes pois a utilização da pressão positiva promove a redistribuição do líquido alveolar e o recrutamento de alvéolos colapsados, diminuindo a dispneia, normalizando o metabolismo e favorecendo a oxigenação. Realizar uma revisão de literatura atualizada sobre os efeitos da VNI no tratamento de pacientes com EAPc. Foram revisados trabalhos por meio de busca nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO. Os artigos que apresentavam amostras compostas por seres humanos em fase adulta e revisões literárias e/ou metanálises com análise quantitativa de seus resultados, disponíveis na íntegra. Foram excluídas as teses, dissertações e monografias localizadas. Foram localizados 83 estudos, onde apenas sete corresponderam aos critérios de inclusão estabelecidos. Com relação ao delineamento dos artigos, 71,4% (n=5) apresentaram abordagens experimentais que fizeram uso das modalidades CPAP e BIPAP durante o tratamento de pacientes com EAPc. Quanto aos estudos bibliográficos localizados, 28,5% (n=2) correspondem a estudos de revisão de literatura. Os desfechos de todos os estudos incluídos nessa pesquisa confirmaram a eficácia da VNI em pacientes com EAPc, evidenciando diferentes efeitos, tanto pulmonares como cardiovasculares, após sua hipercapnia, normalização do pH e da relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, diminuição da frequência cardíaca, da frequência respiratória, do débito cardíaco e da incidência de intubação endotraqueal. Resultados encontrados tanto com a modalidade CPAP como BIPAP.

**Palavras-Chave:** Ventilação Não Invasiva. Edema pulmonar. Edema cardíaco. Fisioterapia.

---

1. Uninassau.

## 2.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO PARA O LACTENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Terená Juliana Maros 1; Ana Isabella Braz Jácome 1; Dágila Pinheiro Paiva 1; Gleicivânia Rodrigues Carnaúba 1; Renata Mendes Ferreira 1; Patrícia Quirino da Costa<sup>2</sup>

### Resumo

O leite materno é a substância mais completa e que melhor nutre o ser humano, pois possui proteínas, carboidratos e gorduras, além de todos os aminoácidos essenciais, capacidade imunomoduladora que atribui imunidade ao recém-nascido através da imunoglobulina A (IgA). Assim como também possui bactérias benéficas ao organismo, sendo a principal fonte de nutrientes até os 2 anos, e a única necessária ao lactente até os 6 meses de vida, prevenindo segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), doenças diarreicas, infecções do trato respiratório, dentre outras patologias. Relatar a experiência da educação em saúde sobre a importância da amamentação até os 6 meses de vida do lactente. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado com as mães, desenvolvido por acadêmicos de enfermagem de um centro universitário de Fortaleza-CE, durante a disciplina de saúde coletiva, em uma unidade de atendimento primário na mesma região, no período de maio de 2018. Foram utilizadas atividades como dinâmica quebra-gelo, pôster demonstrando a importância do aleitamento e seus benefícios. Os estudantes de Enfermagem construíram uma proposta de educação em saúde com mães de uma comunidade, integrando o serviço de saúde e a universidade. Para isso, pensou-se, inicialmente em uma maneira simples e dinâmica para abordar a importância do aleitamento materno, realizaram atividade de educação em saúde, com uma linguagem de compreensão fácil, abordando o assunto em questão para as puérperas durante a atividade proposta. Utilizado a dinâmica quebra-gelo, bonecos e, em seguida, uma dinâmica de fixação. Observou-se que ao decorrer das atividades as mães participaram ativamente, demonstrando interesse pelo tema e pelas atividades propostas. Percebeu-se ainda que as mesmas já possuíam um conhecimento prévio sobre a relevância de amamentar, pois houve uma interação das mães em responder as dinâmicas propostas pelos alunos. Conclui-se por meio deste trabalho que os alunos puderam associar a teoria à prática e contribuir para a educação em saúde com as mães evento para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde sobre o aleitamento com as puérperas, visto que o cuidado a saúde deve ser integral e contínuo. A experiência vivenciada pelos acadêmicos durante esse trabalho foi válida e extremamente rica, permitindo perceber a importância das práticas educativas para as lactentes, demonstraram ter compreendido o tema e estarem aptas a amamentar e embasadas sobre os benefícios por trás deste ato. Além disso, este trabalho serviu como uma experiência positiva enquanto acadêmica, proporcionando uma aproximação com a comunidade.

**Palavras-Chave:** Aleitamento Materno, Nutrição materna, Saúde da Criança, Leite Humano.

1. Centro Universitário Estácio do Ceará – Curso Enfermagem.

2. Centro Universitário Estácio do Ceará – Docente e Farmacêutica.

## 2.8 CARGA GLICÊMICA DA DIETA DE ESCOLARES ADOLESCENTES EM UM MUNICÍPIO CEARENSE

Luana Keity de Lima da Silva 1; Daniel Cordeiro Gurgel 2; Fernanda Oliveira Thays Lima2

### Resumo

Carga glicêmica é definida como a associação direta entre o índice glicêmico e a quantidade de carboidrato disponível na porção de um alimento, ou seja, consiste no parâmetro bastante prático para a seleção de alimentos e prescrição de dietas em condições patológicas específicas. Desta forma, o objetivo do estudo consiste em determinar a carga glicêmica da dieta de adolescentes abordando possíveis riscos para Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNTs). Trata-se de um estudo descritivo, transversal, qualitativo de pesquisa de campo, realizado com adolescentes (n=30) pertencentes a uma instituição particular, faixa etária de 15 a 17 anos. Foram aplicados três recordatórios 24 horas e a partir dos mesmos calculou-se a CG da dieta classificando-as em adequada (baixa CG) e inadequada (moderado ou alto CG). Foi evidenciada a incidência no consumo de alimentos ricos em carboidratos simples provenientes de pães, achocolatados, sucos, vitaminas, açúcar refinado, salgados, refrigerantes e sorvetes. A análise da carga glicêmica dos cardápios e recordatórios constatou total inadequação das dietas (100%). Avaliando cada refeição separadamente, o desjejum mostrou-se adequado apenas para um pequeno percentual (12,5%); Lanche matutino, maior prevalência de CG moderada e alta (86,67%); almoço e jantar foram as refeições menos adequadas, não sendo verificada, inclusive, nenhuma dieta com baixa carga glicêmica, assim como a inexistência de hortaliças e legumes em suas escolhas. A elevada ingestão de refeições com CG diária inadequada está associada ao desenvolvimento de doenças degenerativas, entre elas, doença coronária isquêmica, DCV, elevação da pressão arterial, catarata, câncer endometrial e influenciam de maneira negativa o desempenho cognitivo. Em relação à escolha dos grupos alimentares, os cereais, enquadram-se na faixa de alimentos com CG alta, pois contém índice glicêmico alto, grande percentual de hidratos de carbonos, contudo são alimentos ricos em fibras, vitaminas, não sendo interessante excluí-los da alimentação. Alguns produtos lácteos colaboram para a redução dos efeitos hiperglicêmicos da dieta. O leite integral especificamente possui como açúcar natural a lactose, no qual os dois açúcares resultantes, glicose e galactose, competem entre si pela absorção. A CG deste do grupo dos laticínios é baixa devido ao índice glicêmico baixo e pouca quantidade de carboidrato. Os pães possuem um alto índice glicêmico devido ao processo de gelatinização e uma grande quantidade de carboidratos em sua constituição, favorecendo para elevação da CG de uma refeição. A maioria das frutas e hortaliças possuem CG baixa ou moderada, devido ao baixo IG e pouca quantidade de açúcares natural, além de conterem fibras, o que coloca este grupo de alimentos como importantes na composição de dietas que objetivam manter um adequado nível glicêmico. Leguminosas possuem CG baixo, sendo também associado a IG baixo, baixa quantidade de carboidrato e acentuado conteúdo de fibras. A necessidade de instituir abordagens, como orientações nutricionais focadas em alimentos com baixa CG e maiores quantidades de fibras; assim como, ações educativas visando a reeducação alimentar de adolescentes, uma vez que o consumo excessivo de alimentos com moderada e alta CG pode favorecer o surgimento de DCNT no futuro.

**Palavras-Chave:** Adolescente. Carboidrato. Carga Glicêmica.

---

1.Nutricionista Residente - RIS-ESP/CE.

2.Nutricionista. Docente UFCE.

## 2.9 REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR: UMA TERAPÊUTICA NÃO FARMACOLÓGICA EFICAZ NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA – REVISÃO DE LITERATURA

Anderson Araújo Pinheiro<sup>1</sup>; Elaine Cristina Alcântara Silva<sup>1</sup>; Denise Moreira Lima Lobo<sup>1</sup>

### Resumo

A insuficiência cardíaca é uma doença altamente prevalente e cuja incidência vem aumentando à medida que a população envelhece. É caracterizada como uma síndrome clínica complexa, de caráter sistêmico, na qual o coração não é capaz de bombear sangue em quantidade suficiente para suprir as necessidades metabólicas do organismo, culminando em importantes alterações periféricas que levam à baixa tolerância ao exercício. Além do tratamento clínico, a reabilitação cardiovascular também é indicada para pacientes com insuficiência cardíaca. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a reabilitação cardiovascular é o conjunto das atividades necessárias para assegurar, da melhor maneira possível, as condições físicas, mental e social de pacientes com doenças cardiovasculares, garantindo-lhes uma reinserção mais segura na comunidade. Desta forma, o objetivo desse estudo foi demonstrar os efeitos da reabilitação cardiovascular em pacientes com insuficiência cardíaca crônica. Trata-se de uma revisão de literatura com artigos que foram pesquisados no diretório de revistas SciELO e no buscador acadêmico Google Acadêmico utilizando as palavras chaves: insuficiência cardíaca, reabilitação cardíaca e fisioterapia, publicados nos anos de 2008 a 2015. Foram excluídos teses e dissertações. Foram encontrados 10 artigos e, após análise, foram selecionados 04 artigos. Ao longo dos anos a reabilitação cardiovascular tem se consolidado como uma terapêutica não farmacológica segura e eficaz para os portadores de insuficiência cardíaca crônica, uma vez que dados na literatura mostram que a intolerância ao esforço apresentada pelos pacientes com insuficiência cardíaca é, em parte, ocasionada por importantes limitações periféricas dessa síndrome e que a redução das alterações periféricas proporcionadas pelo exercício físico leva à melhora na capacidade funcional e na qualidade de vida desses pacientes. Evidências científicas demonstram que dentre os benefícios periféricos proporcionados pela reabilitação cardiovascular, destacam-se o aumento do consumo de oxigênio no pico do esforço, melhora do metabolismo oxidativo, aumento da força muscular, melhora da síntese protéica, com conseqüente aumento da área de secção transversa muscular periférica e redução da caquexia cardíaca. A reabilitação cardíaca promove diversos benefícios no tratamento das alterações periféricas de pacientes com insuficiência cardíaca crônica que, em conjunto, proporcionam melhora da tolerância ao esforço e da qualidade de vida desses pacientes.

**Palavras-Chave:** Insuficiência cardíaca. Reabilitação cardíaca. Fisioterapia.

---

1. Graduando de Fisioterapia – UNIFAMETRO.

## 2.10 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE ACOMETIDO POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) ISQUÊMICO: REVISÃO DE LITERATURA

Elayne Cavalcante Evangelista<sup>1</sup>; Denise Silva Dos Anjos<sup>1</sup>; Lindamir Francisco da Silva<sup>1</sup>; Plíscia Bonetti França<sup>1</sup>; Lorena Pontes de Souza<sup>2</sup>; Susana Beatriz de Souza Pena<sup>3</sup>

### Resumo

O Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) é ocasionado pela obstrução de uma artéria, gerando assim a falta de sangue em uma área do cérebro. Quando não é fatal, pode deixar sequelas que afetam a visão, fala, e a memória. Os sintomas podem aparecer de forma súbita ou não, que são: cefaleia intensa, sensação de formigamento nos membros, dificuldade na fala e perda da coordenação motora. Saber identificar precocemente os sinais/sintomas é muito importante para salvar a vida do paciente. O tratamento consiste na desobstrução das artérias, que é feita com medicamentos trombolíticos em que dissolve o coágulo e regulariza o fluxo sanguíneo no cérebro. Esse tratamento é chamado de “janela de risco”, indo desde o aparecimento dos primeiros sintomas até o diagnóstico. Objetivou-se conhecer e descrever a assistência de enfermagem ao paciente portador de AVC isquêmico de acordo com a literatura científica brasileira disponível. Trata-se de um estudo do tipo revisão de literatura. A estratégia utilizada de pesquisa foi a seleção de artigos que responderam a seguinte questão norteadora: Quais cuidados de enfermagem devem ser prestados aos pacientes acometidos por AVC isquêmico? Os artigos foram coletados nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library Online). Os critérios de inclusão adotados para o presente estudo foram artigos nacionais que abordam a temática, em idioma português, disponibilizados na íntegra online e gratuitos, publicados entre os anos 2014 a 2018, que respondessem a questão norteadora deste estudo. Em contrapartida, excluíram-se editoriais, cartas ao editor, trabalhos apresentados em congressos ou seminários e estudos que não foram relevantes ao alcance dos objetivos desta revisão. O índice de AVCI, no Brasil, está entre 53% a 85% dos casos de AVC, segundo diferentes estatísticas. Muitas pessoas morrem ou ficam com sequelas vitalícias pela demora no atendimento ou até mesmo pela falta dele. O cuidado na fase aguda deve ser realizado no tempo certo e efetivo, a fim de evitar a morte do tecido cerebral e diminuir o risco de sequelas. Neste contexto, a assistência de enfermagem visa à prevenção de agravos ao paciente que deverá estar preparada e atenta para possíveis intercorrências. Na fase crônica, a assistência de enfermagem busca a recuperação da qualidade de vida. O processo de reabilitação deve ser orientado pelo enfermeiro incluindo uma nova rotina de saúde como por exemplo a higiene, a mudança de decúbito, o esquema medicamentoso, dentre outros. Por meio desta revisão bibliográfica pode perceber a importância da assistência de enfermagem frente ao AVCI. O enfermeiro deve estar apto para atender o paciente da melhor forma possível, visando sempre o seu bem-estar. Uma assistência prestada de forma rápida, sistematizada e humanizada, pode assegurar a qualidade de vida do paciente diminuindo os riscos e sequelas desta patologia.

**Palavras-Chave:** Assistência de Enfermagem. Acidente Vascular Cerebral. Humanização.

---

1. Graduanda em Enfermagem - Faculdade Pitágoras.

2. Docente preceptora do curso de graduação de Enfermagem - Faculdade Pitágoras.

3. Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem – UNIFOR.

## 2.11 ATIVIDADE INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO A SAÚDE E PREVENÇÃO A HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Elayne Cavalcante Evangelista<sup>1</sup>; Denise Silva Dos Anjos<sup>1</sup>; Lindamir Francisco da Silva<sup>1</sup>; Karoline da Silva Freire<sup>1</sup>; Juliana do Nascimento Freitas<sup>1</sup>; Lorena Pontes de Souza<sup>2</sup>; Susana Beatriz de Souza Pena<sup>3</sup>

### Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de etiologia multifatorial de alta prevalência e baixas taxas de controle. Vem se estabelecendo como questão relevante de saúde pública global em virtude do seu caráter crônico e incapacitante. Neste contexto, as ações de educação em saúde visam estimular as pessoas para o verdadeiro valor da saúde, instigando-as a tornarem-se corresponsáveis pelo processo saúde-doença. O objetivo deste estudo é relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem e nutrição no desenvolvimento de atividade interdisciplinar de promoção a saúde e prevenção à hipertensão arterial sistêmica, onde propuseram a disseminação de informações pertinentes a área, de forma clara e acessível ao público presente. Estudo descritivo do tipo relato de experiência. A atividade foi realizada em um dos bairros da cidade de Fortaleza, em uma UAPS, no mês de maio de 2018, por acadêmicos de Enfermagem no Estágio Supervisionado em Atenção Primária e por acadêmicos de Nutrição de outra instituição de ensino superior, sob supervisão dos respectivos preceptores de estágio. O público-alvo foi a população atendida pela unidade primária. O evento iniciou-se com palestra de curta duração ministrada pelo grupo de acadêmicas de enfermagem acerca do conceito de hipertensão arterial, seus fatores de risco e complicações, bem como orientações sobre medidas preventivas a esta condição. Além destas orientações, foi realizada também uma explanação acerca dos eventos adversos, ou complicações, que a pressão arterial elevada pode acarretar ao organismo acometido. Associado às informações anteriores, foram realizadas orientações acerca dos critérios que levam ao diagnóstico da hipertensão arterial, fazendo parte desta ação a aferição da pressão arterial dos participantes como método de rastreio. Após as orientações, os participantes passavam por estações de verificação de peso, circunferência abdominal e índice de massa corpórea (IMC) pelas acadêmicas de nutrição. Durante a realização da atividade, evidenciou-se um conhecimento deficiente da população acerca da hipertensão. Após a atividade, verificou-se que os participantes saíram mais conscientes acerca da alimentação e das boas práticas de saúde, demonstrando satisfação pela realização da atividade e do cuidado promovido pelos futuros profissionais da saúde. Conclusão: Evidenciou-se a necessidade de desenvolver mais trabalhos relacionados ao tema, pois tal fato estimula a autonomia dos indivíduos na promoção à saúde e prevenção da hipertensão e na disseminação do conhecimento, impactando no bem-estar da população.

**Palavras-Chave:** Enfermagem. Hipertensão. Educação em Saúde.

---

1. Graduanda em Enfermagem - Faculdade Pitágoras.

2. Docente preceptora do curso de graduação de Enfermagem - Faculdade Pitágoras.

3. Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem – UNIFOR.

## 2.12 UTILIZAÇÃO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC): REVISÃO DE LITERATURA

Carla Wiviane Rocha<sup>1</sup>; Deisiane Lima dos Santos<sup>1</sup>; Maria Áurea Catarina Passos Lopes<sup>2</sup>; Sandra Ádilla Menezes de Lima<sup>3</sup>

### Resumo

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) corresponde a uma patologia respiratória que pode ser prevenida e tratada, porém, não é totalmente reversível e se caracteriza pela obstrução crônica das vias aéreas. É uma enfermidade pulmonar de caráter progressivo que está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões. A progressão da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) está frequentemente associada ao aumento da dispneia e intolerância ao exercício físico, podendo chegar até a limitar as atividades de vida diária (AVD) resultando em um impacto negativo na qualidade de vida (QV) do indivíduo. A Ventilação Mecânica não Invasiva (VNI) é uma técnica que consiste numa medida de suporte ventilatório não invasiva, comumente utilizada em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) com o objetivo de reduzir o trabalho dos músculos respiratórios, promover melhores níveis de tolerância ao esforço, melhora das trocas gasosas e diminuição da necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI). Analisar as evidências disponíveis na literatura nacional e internacional sobre a utilização da VNI na DPOC. O presente estudo é uma revisão de literatura de estudos sobre a utilização da VNI em pacientes com DPOC nos últimos 10 anos nos idiomas português, inglês e espanhol. O trabalho teve como instrumento de pesquisa a utilização das seguintes bases de dados para a busca de estudos primários: LILACS, MEDLINE e SCIELO. Foram localizados 08 (oito) estudos que corresponderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Após sua análise, foram verificados diferentes protocolos de utilização da VNI em pacientes com DPOC. Quanto aos desfechos, foram identificados diferentes efeitos clínicos nos pacientes após utilização da VNI tanto nos pacientes com DPOC durante exercício físico como durante a sua exacerbação. A VNI colocou-se com bastante aplicabilidade clínica nas publicações analisadas e tem comprovada ação na diminuição da necessidade de suporte mecânico invasivo, assim como nas taxas de permanência hospitalar e mortalidade. Dentre os benefícios da utilização da Ventilação Mecânica não Invasiva (VNI) em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) destacam-se a melhora da capacidade vital e oxigenação, melhora na tolerância ao esforço físico, diminuição de complicações pulmonares, redução na estadia hospitalar e melhora na qualidade de vida do paciente.

**Palavras-Chave:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Fisioterapia. Ventilação Não Invasiva.

---

1.UNINASSAU.

2.Centro universitário Estácio do Ceará.

3.UNIFOR.

## 2.13 ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTE TRANSPLANTADA PULMONAR BILATERAL POR BRONQUIOLITE INFLAMATÓRIA: UM RELATO DE CASO

Brena Barreto Barbosa<sup>1</sup>; Maria Raíssa Martins de Sousa Dias<sup>2</sup>; Ana Mary Viana Jorge<sup>3</sup>

### Resumo

No período pós-operatório do transplante pulmonar, os pacientes estão em recuperação de um procedimento invasivo e complexo que evidencia a necessidade de cuidados intensivos, além das próprias complicações fisiológicas que o mesmo os expõem, como edema de reperfusão; rejeição aguda; infecções; embolia pulmonar e infarto; pneumonia em organização criptogênica; rejeição crônica (devido à síndrome da bronquiolite obliterante); complicações decorrentes da anastomose brônquica e doença linfoproliferativa pós-transplante. Por se tratar de uma cirurgia de grande porte e com risco de complicações a longo prazo, é importante haver acompanhamento nutricional dos pacientes transplantados, com isso, o objetivo do presente estudo é descrever o acompanhamento dietético e a monitorização do estado nutricional realizado no paciente a fim de verificar a sua evolução nutricional através da aceitação alimentar. Trata-se do relato de caso clínico acompanhado na unidade de pneumologia de um Hospital de referência em transplantes cardíaco e pulmonar da cidade Fortaleza-CE. Os dados foram coletados no período de fevereiro a março de 2017 a partir de visitas ao leito e análises de registros de prontuários realizadas por nutricionista e estagiária de Nutrição da referida unidade hospitalar. A análise do consumo alimentar da paciente descrita a seguir foi realizada através da Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TACO – Unicamp) e as medidas caseiras utilizadas foram retiradas da Tabela para Avaliação de Consumo Alimentar em Medidas Caseiras. Foram realizadas modificações nutricionais periódicas, levando em consideração a aceitação da paciente, com alimentos e preparações sugeridos pela mesma e que não representassem restrição ao estado de saúde; além de acompanhamento nutricional diário. Apesar de modestos e de ainda serem indicativos de desnutrição leve, os valores do Índice de Massa Corporal (IMC) encontrados indicam uma evolução positiva no estado nutricional da paciente e podem ser explicados pelas alterações no plano alimentar que permitiram uma maior aceitação. A aceitação da alimentação por parte do paciente internado é decisiva para uma ação efetiva da dietoterapia, que é parte do tratamento e envolve modificações na alimentação. Dar enfoque à aceitação alimentar da paciente como uma forma de conduta nutricional, proporcionou discreto ganho de peso e melhora do estado nutricional, ainda que essa conduta tenha dificultado a adequação às recomendações nutricionais indicadas para a sua situação.

**Palavras-Chave:** Transplante pulmonar. Estado nutricional.

---

1.Nutricionista Residente – RIS-ESP/CE.

2.Nutricionista - Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

3.Docente - UNIFOR.

## 2.14 NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE JOVENS UNIVERSITÁRIOS

Lívia da Silva Simões<sup>1</sup>; Thaisa Vieira Miranda<sup>1</sup>; Maria Gracielly Silva de Castro; Eduardo Teixeira Mota Júnior<sup>2</sup>;  
Vanessa Rocha de Menezes<sup>3</sup>

### Resumo

A inatividade física é responsável por mais de 5 milhões de mortes todo ano, estima-se que 31% da população mundial não atinja as recomendações de atividade física para saúde. A intensa rotina acadêmica, muitas vezes acompanhada de jornadas de trabalho, costuma preencher o dia dos universitários, deixando pouco ou nenhum tempo para prática de atividades físicas regulares, tornando-os sujeitos insuficientemente ativos ou sedentários. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo analisar o nível de atividade física de jovens universitários. Estudo de campo, de caráter transversal e descritivo, com estratégia de análise quantitativa, desenvolvido no Centro Universitário Estácio do Ceará, no período de novembro a dezembro de 2016, mediante aprovação do Comitê de Ética da Instituição (Protocolo no 1.828.784), mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostra foi composta por 91 estudantes. Foram incluídos os acadêmicos do décimo semestre da graduação em fisioterapia com idades entre 21 e 29 anos, independente de gênero ou raça. Foram excluídos os acadêmicos que não se encontravam presentes no momento da coleta dos dados. Para a coleta de dados foi utilizado o IPAQ - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (versão curta). Trata-se de um questionário contendo seis itens relacionados ao tempo que foi gasto fazendo atividade física na última semana. Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva e inferencial através do software estatístico Microsoft Office Excel 2013. A amostra apresentou idade média de  $23,85 \pm 2,05$  anos, com predominância do gênero feminino, representando 76,92% (n=70); 54,94% (n=50) dos alunos consideram-se pardos. Em relação ao nível de atividade física, 70,33% (n=64) dos alunos foram classificados como insuficientemente ativos, havendo predominância do gênero feminino com 50,55% (n=46); 13,19% (n=12) foram classificados como sedentários; 10,99% (n=10) como ativos somente 5,50% (n=5) como muito ativos. Verificou-se com isso que esses jovens necessitam de uma mudança em seus hábitos em relação à prática regular de atividade física, ainda nessa fase da vida, reforçando a ideia de que assim será possível a prevenção de inúmeras doenças que se manifestam ao longo da vida, favorecendo uma melhor qualidade de vida agora e futuramente.

**Palavras-Chave:** Atividade Física. Universitários. Sedentarismo.

---

1.Fisioterapeuta Residente – RIS-ESP/CE.

2.Fisioterapeuta Residente – ICC.

3.Fisioterapeuta – Centro Universitário Estácio do Ceará.

## 2.15 PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO AOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

José Diego Bezerra Arraes<sup>1</sup>; Brena Barreto Barbosa<sup>2</sup>

### Resumo

Nas doenças crônicas, o sucesso do tratamento depende intensamente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu tratamento. Atitudes de autocuidado que leve a estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento, não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas, facilitada inclusive pelos grupos terapêuticos, que são consolidações de práticas de educação em saúde. O apoio da família, dos amigos, das organizações comunitárias e da equipe multiprofissional de saúde é essencial para que o autocuidado seja efetivo. O objetivo deste estudo é relatar a experiência de residentes em Saúde da Família e Comunidade na condução de grupo terapêutico de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) com enfoque no autocuidado. Trata-se de relato de experiência vivenciada através da condução de um grupo terapêutico para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, conduzido por nutricionista e fisioterapeuta residentes em Saúde da Família e Comunidade em uma Unidade Básica de Saúde do município de Acaraú-CE. O grupo iniciou em agosto de 2018 e se caracteriza como homogêneo, aberto, com frequência mensal e tem como objetivo principal a promoção do autocuidado entre os pacientes. A criação do grupo possibilitou aos participantes dividir experiências em comum relacionadas às doenças, além da abertura de espaço para esclarecer dúvidas e o compartilhamento de práticas de autocuidado em comum. As influências adquiridas pela formação do grupo refletem positivamente na qualidade de vida dos usuários, pela promoção do conhecimento, da autonomia e incentivo para práticas saudáveis. A experiência de organizar e implementar um grupo terapêutico para hipertensos e diabéticos possibilitou novos conhecimentos teóricos e práticos acerca da educação em saúde. Também podemos constatar que ações como essa podem contribuir significativamente na melhoria da qualidade de vida dos usuários, possibilitando esclarecimento de dúvidas e construção de saberes, já que existem várias lacunas e equívocos em relação ao tratamento dessas doenças. O despertar do interesse para trazer práticas e estratégias terapêuticas que venham a ressignificar o cuidado, incentiva os profissionais ao olhar humano/holístico, construindo-se assim um momento muito rico de promoção de saúde.

**Palavras-Chave:** Autocuidado. Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

---

1.Fisioterapeuta Residente – RIS – ESP/CE.

2.Nutricionista Residente – RIS – ESP/CE.

## 2.16 VENTILAÇÃO NÃO- INVASIVA NOS PACIENTES COM DPOC EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Evelane Germano Nunes<sup>1</sup>; Maria Solange Uchoa Muniz<sup>1</sup>; Alessandra Maia Furtado Figueiredo<sup>2</sup>

### Resumo

A doença pulmonar obstrutiva crônica é um potencial problema de saúde pública, considerada a terceira causa de mortalidade populacional, principalmente entre os homens, sendo uma patologia que limita o fluxo expiratório por inalação de partículas e gases nocivos comprometendo a função respiratória, nesta perspectiva a ventilação não invasiva, um avanço tecnológico bem aceito, surge como uma estratégia para melhoria desses pacientes com insuficiência respiratória hipercapnica. O presente estudo tem como objetivo fazer uma revisão de literatura estabelecendo evidências científicas que possam identificar a efetividade e os benefícios da VNI no contexto da assistência domiciliar de pacientes com diagnóstico de DPOC. Nesta pesquisa foi realizado um levantamento bibliográfico no portal de pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Nacional Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED). A busca ocorreu no período de agosto a novembro de 2018; no qual um total de 10 estudos foram selecionados, que atendiam os critérios de inclusão, como: estudos realizados em humanos; disponíveis gratuitamente e publicados em periódicos disponíveis na integra. A aplicabilidade da VNI no contexto domiciliar tem sido bem estabelecida pela literatura, sendo considerada uma terapia com indicação consagrada para os pacientes com DPOC durante exacerbações da Insuficiência respiratória crônica. Segundo os estudos, sua maior predominância de uso da VNI domiciliar ocorre no período noturno, através do modo caracterizado por duplo nível pressórico; esse uso durante o sono ocorre porque durante a vigília os doentes pulmonares crônicos apresentam quadros de instabilidade hemodinâmica, evoluindo para exacerbação; com hipoventilação alveolar e quadros de apneias obstrutivas do sono. Conclui-se com o estudo, que a VNI nos pacientes DPOC tanto no âmbito hospitalar como na assistência domiciliar é efetiva e benéfica, favorecendo uma melhor qualidade de vida relacionada a saúde, realizações das atividades de vida diária sem desconforto, melhora da função pulmonar, diminuição das complicações respiratórias e principalmente decréscimo da mortalidade, exacerbações agudas, readmissões hospitalares e custos institucionais.

**Palavras-Chave:** Doença pulmonar obstrutiva crônica, Ventilação não invasiva, Assistência domiciliar.

---

1. Fisioterapeuta – FATECI.

2. Mestre em Ciências Médico Cirúrgicas – UFC.

## 2.17 RASTREAMENTO DE SINAIS E SINTOMAS DA SÍNDROME DE BURNOUT NA EQUIPE DE SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

Francisco Erikson Pereira Gomes<sup>1</sup>; Maria Natalia Machado Carneiro<sup>1</sup>; Cinara Vidal Pessoa<sup>2</sup>

### Resumo

A Síndrome de Burnout (SB) é definida como um transtorno crônico ocasionado pelas atribuições no ambiente de trabalho. A SB é expressa como um estágio máximo de estresse, desencadeando doenças psicossomáticas, a qual é caracterizada em três dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Baixa Realização Profissional, que é caracterizada pela autoavaliação negativa e insatisfação com o lado profissional. Estudos mostram que essa síndrome é muito comum nos profissionais de saúde, por estar relacionada a longos turnos de trabalho, sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento profissional e a impotência diante da morte. Objetivou-se investigar o quanto essa síndrome afeta os profissionais de saúde. Estudo do tipo revisão de literatura. Foram pesquisados artigos produzidos no Brasil, nos períodos de 2009 a 2018 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo consideradas as publicações referentes à Síndrome de Burnout em trabalhadores na área da saúde. Dos 33 artigos que foram encontrados após leitura e análise, 16 deles foram selecionados respeitando os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão para obtenção dos artigos foram estudar a equipe de saúde, abordar a síndrome de Burnout, ser em língua portuguesa e publicados entre os anos de 2009 e 2018. Os critérios de exclusão seriam artigos que não fossem compatíveis com os critérios de inclusão. Dentre os 16 artigos avaliados, pode-se observar que a sobrecarga de trabalho foi encontrada em todos os estudos favorecendo assim a predisposição ou associação dos sinais e sintomas clínicos dessa síndrome. Portanto as pesquisas apresentaram extrema relevância e esclarecimento acerca dos motivos que ocasionam o desgaste emocional nesses profissionais, envolvendo a desmotivação profissional e danos à saúde. Diante dos artigos selecionados, podemos concluir que várias categorias entre os profissionais apresentam os sinais e sintomas da SB e o desenvolvimento desses sinais depende do setor de trabalho, da jornada de trabalho e tempo de exposição ao estresse. Logo, entendemos que a SB apresenta um fator de múltiplas causas e é de suma importância desenvolver demais pesquisas que busquem enfatizar causas e as possíveis formas de trabalho que venham auxiliar na diminuição deste índice e assim colaborar para a saúde do trabalhador.

**Palavras-Chave:** Esgotamento profissional. Saúde do trabalhador. Equipe de Assistência ao Paciente.

---

1. Graduando em Farmácia – UNINASSAU.

2. Docente da Graduação em Farmácia – UNINASSAU.

## 2.18 CARACTERIZAÇÃO DAS ALTERAÇÕES PULMONARES DE INDIVÍDUOS COM HISTOPLASMOSE DISSEMINADA NO CEARÁ

Isis Sousa Bezerra de Menezes<sup>1</sup>; Janaína Maria Maia Freire<sup>1</sup>; Andressa Coriolano Evaristo<sup>2</sup>; Raimunda Sâmia Nogueira Brilhante<sup>3</sup>; Gláucia Morgana de Melo Guedes<sup>3</sup>; Selda Maria de Aguiar Carvalho<sup>4</sup>

### Resumo

A histoplasmose, causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum*, é a micose endêmica mais relatada em indivíduos com AIDS na América Latina. No Ceará, a doença merece destaque devido ao número crescente de casos e da elevada taxa de mortalidade em indivíduos com HIV. A infecção é adquirida através da inalação dos microconídios presentes no ambiente. Os casos sintomáticos são frequentemente encontrados em pacientes imunossuprimidos, especialmente naqueles com AIDS, transplantados, ou naqueles em uso de corticosteroides e de drogas antagonistas do fator de necrose tumoral (TNF- $\alpha$ ). Dentre as formas clínicas descritas, pode-se citar a histoplasmose pulmonar aguda, histoplasmose pulmonar crônica e histoplasmose disseminada. Tratou-se de um estudo retrospectivo, descritivo e transversal das alterações pulmonares encontradas nos casos novos de pacientes atendidos por AIDS e histoplasmose durante o período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015 em um hospital de referência para doenças infecciosas no estado do Ceará. A coleta de dados foi realizada nos prontuários arquivados no Serviço de Arquivos Médicos e Estatística do hospital através de um instrumento pré-estruturado com as variáveis da pesquisa. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da instituição e obedeceu aos requisitos da resolução CNS 466/12 e suas complementares que regulamentam pesquisa em seres humanos. No período do estudo foram caracterizados 82 pacientes com AIDS associada a histoplasmose disseminada. A maioria dos indivíduos eram do sexo masculino (80,5%) e com idade média de 35,3 anos. Outros estudos realizados no estado do Ceará também demonstraram a predominância do sexo masculino, como em Daher et al. (2007) e em Brilhante et al. (2012). Os achados respiratórios mais encontrados nesses pacientes foram: tosse (81,7%), dispneia (64,6%), crepitações (52,4%) e taquipneia (42,6%). A radiografia de tórax foi realizada em 31 pacientes, destes 12,9% (4/31) apresentaram padrão de normalidade e 87,1% (27/31) mostraram alterações. As principais alterações foram o infiltrado intersticial e o infiltrado reticulo-nodular. Esses achados são semelhantes aos encontrados em um estudo realizado por Brilhante et al. (2012) em que as alterações pulmonares mais encontradas foram dispneia, tosse e o infiltrado intersticial. A insuficiência respiratória foi uma complicação encontrada em 23,1% dos pacientes. A histoplasmose é endêmica no estado do Ceará e que apresenta um crescente número de casos. Portanto, é importante a caracterização das alterações apresentadas pelos indivíduos afetados, entre elas os achados pulmonares, contribuindo assim para o diagnóstico e tratamento cada vez mais precoce.

**Palavras-Chave:** Histoplasmose; Alterações pulmonares.

---

1.Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Walter Cantídio – UFC.

2.Residência Integrada em Saúde - ESP/CE.

3.Centro Especializado em Micologia Médica – UFC.

4.Hospital Universitário Walter Cantídio UFC.

## 2.19 LIGA ACADÊMICA DE DOENÇAS CRÔNICAS DEGENERATIVAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: IMPLANTAÇÃO, CONQUISTAS E DESAFIOS

Ana Raquel Silveira Gomes de Britto Avelino<sup>1</sup>; José Dias de Macedo Neto<sup>1</sup>; Meoneis Morais Costa Nascimento<sup>1</sup>;  
Tamara Xavier Sarmento<sup>1</sup>; Patrícia Teixeira Lima Verde<sup>1</sup>

### Resumo

As ligas acadêmicas são constituídas por estudantes de graduação com desejo de vivenciar os princípios do tripé: ensino, pesquisa e extensão, sendo guiados por um professor orientador que conduz as atividades da liga sob sua supervisão. As ligas acadêmicas podem ser multidisciplinar ou interdisciplinar a depender da instituição universitária onde está vinculada a liga. Através da liga, os ligantes têm acesso a novas experiências, aquisição de habilidades interpessoais e autonomia para conduzir o ensino e aprendizagem. O objetivo deste trabalho é relatar experiências de estudantes de graduação na implantação, conquistas e desafios de uma Liga Acadêmica de Doenças Crônicas Degenerativas não Transmissíveis. Estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, acerca da implantação conquistas e desafios da Liga Acadêmica em Doenças Crônicas Degenerativas Não Transmissíveis (LADEC) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Sedia-se na avenida Washington Soares no 1321, bairro Edson Queiroz na referida instituição de ensino, foi fundada por oito estudantes de nutrição e educação física do 4o semestre, denominados de membros fundadores. A LADEC tem por finalidade despertar o interesse dos membros pelo estudo de temas relevantes à Doenças Crônicas a fim de iniciar e proporcionar o desenvolvimento da vivência teórico-prática aos alunos no processo de graduação; organizar e auxiliar na promoção de ações de caráter científico e social e estimular o acesso às publicações científicas na área de doenças crônicas. Desde a implantação até hoje doze acadêmicos estiveram ativos participando de encontro, palestras, atividades de extensão fora da universidade e estudos de caso clínico. Os encontros eram quinzenais para o planejamento e agendamento de atividades. Foram realizados no total quinze encontros administrativos de planejamento, seis estudos de caso e quatro atividades em quatro bairros na cidade de Fortaleza-Ce com mais de duzentas pessoas beneficiadas. Durante a implantação da liga tivemos várias dificuldades por se tratar da primeira liga no curso de nutrição da universidade, havia pouco conhecimento por parte dos discentes sobre a atuação e funcionalidade de uma liga acadêmica, o pioneirismo se tornou nosso primeiro desafio, atualmente superado. Nossos novos desafios estão relacionados à criação de um projeto chamado “#pontuaLADEC” que incentivará os membros a pesquisa e a concepção de um simpósio sobre doenças crônicas a ser sediado na universidade. A atuação dos ligantes baseados no tripé ensino, pesquisa e extensão são fundamentais para o desenvolvimento de habilidades e aquisição de novos conhecimentos. A Liga de Doenças Crônicas Degenerativas Não Transmissíveis é uma importante ferramenta promotora de ações através de seus membros. Estas experiências são importantes e valiosas para a construção do futuro profissional da saúde, cada ação realizada é um momento rico e desafiador que proporciona aos ligantes autonomia e protagonismo na execução das atividades extracurriculares.

**Palavras-Chave:** Ensino. Relações Comunidade-Instituição.

---

<sup>1</sup>.Graduando (a) em Nutrição - UNIFOR.

## 2.20 PERFIL ANTROPOMÉTRICO E DE SAÚDE DE USUÁRIOS DE UMA PRAÇA NA CIDADE DE FORTALEZA-CE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Raquel Silveira Gomes de Britto Avelino<sup>1</sup>; José Dias de Macedo Neto<sup>1</sup>; Meoneis Moraes Costa Nascimento<sup>1</sup>; Tamara Xavier Sarmento<sup>1</sup>; Patrícia Teixeira Limaverde<sup>1</sup>

### Resumo

Nas últimas décadas, o Brasil passou por transformações sociais e econômicas que impactaram no estilo de vida da população. Essas mudanças têm afetado os costumes e hábitos alimentares da população brasileira, interferindo no estado nutricional das famílias. Essas mudanças nos hábitos alimentares e o estilo de vida mais sedentário estão associados ao aumento do sobrepeso e obesidade na população mundial e, conseqüentemente, às comorbidades associadas ao excesso de peso. O Relatório da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL, mostram que Fortaleza está entre as cinco capitais brasileiras com maior número de pessoas acima de 18 anos com excesso de peso (56,5%), classificados com Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou superior a 25 kg/m<sup>2</sup>, sendo 59,9% homens e 53,7% mulheres. Esse mesmo relatório apontou Fortaleza como a nona capital brasileira com maior número de adultos com obesidade (20%), sendo 20,3% homens e 19,8 mulheres, ambos classificados com Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup> (BRASIL, 2017). O objetivo deste trabalho é descrever o perfil antropométrico e de saúde de usuários de uma praça na cidade de Fortaleza-Ce. Estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, realizado por membros da Liga Acadêmica de Doenças Crônicas Degenerativas Não Transmissíveis LADEC, ação educativa realizada no Dia Mundial do Diabetes, em uma praça na cidade de Fortaleza-Ce, no mês de Junho de 2018 onde foram coletados dados de peso, altura, circunferência da cintura, idade, sexo e doença crônica auto referida dos usuários da praça. Durante a realização da atividade foram coletados dados de 76 adultos com idade entre 21 e 53 anos, 32,90% homens e 67,10% mulheres. Com relação ao estado nutricional dos indivíduos 56,58% estavam com sobrepeso, 9% referiram ser portador de hipertensão arterial (5%) e diabetes mellitus (4%). Apresentando uma média de 52% do público feminino com valores acima de ≥88 cm (risco muito alto) para circunferência da cintura e 48% dos homens apresentado valor médio da circunferência da cintura ≥94 cm. Valores esses que vão de encontro com a Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose e Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial como valores de risco e risco muito elevado para desenvolvimento de doenças cardíacas. Diante dos resultados aqui apresentados, evidencia-se uma prevalência de mais de 50% dos usuários da praça encontravam-se em estado de sobrepeso, observando-se em maior porção no público feminino, evidenciados pelos indicadores antropométricos utilizados. Espera-se que esses resultados contribuam para mostrar o aumento das doenças crônicas na população feminina brasileira, fornecendo informações para que os profissionais de saúde atuem na prevenção dessa condição clínica multifatorial.

**Palavras-Chave:** Ensino. Relações Comunidade-Instituição.

---

<sup>1</sup>.Graduando (a) em Nutrição - UNIFOR.

## 2.21 FISIOTERAPIA EM PÓS-OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE CARDÍACO EM PACIENTE COM DISTROFIA DE CINTURAS: RELATO DE CASO

Vivhyan Rios de Lima Teles<sup>1</sup>; Jane Lane de Oliveira Sandes<sup>2</sup>; Camila Fernandes Mendes<sup>3</sup>

### Resumo

A Insuficiência Cardíaca (IC), principal manifestação da Miocardiopatia Dilatada (MCPD), constitui atualmente, um problema a nível de saúde pública, resultando na maior causa de internação hospitalar por doença cardiovascular. Dessa forma, o transplante cardíaco é considerado a abordagem clínica padrão-ouro para o tratamento da IC refratária. As Distrofias Musculares de Cinturas (DMC) são distúrbios hereditários que integram uma classe heterogênea de desordens caracterizada por fraqueza gradativa da musculatura pélvica e da cintura escapular e um percurso clínico extremamente variável. Tratou-se de um relato de caso realizado entre os meses de Agosto e Novembro de 2018 no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, com um adolescente do sexo masculino, 15 anos, portador de cardiopatia congênita tipo MCPD grave associada a disfunção importante do ventrículo esquerdo e com o diagnóstico de DMC. O mesmo recebeu transplante cardíaco dia 14 de outubro de 2018 e permaneceu internado por mais 30 dias, período no qual realizou fisioterapia respiratória através de exercícios de expansão pulmonar, pausas/soluções inspiratórias, respiração diafragmática e Reanimador de Müller. Referente a atividade motora, deu-se ênfase em exercícios passivos, alongamento e uso do TENS para alívio de dor aguda. O paciente/participante foi extubado precocemente e deu-se início a fisioterapia para prevenção de complicações respiratórias pós cirúrgicas, a fisioterapia respiratória é necessária e objetiva a diminuição do risco de problemas pulmonares, como o acúmulo de secreções e o surgimento de atelectasias e pneumonias. Os exercícios para musculatura inspiratória são fundamentais após o transplante pois proporcionam a manutenção da força dessa musculatura, além de garantir a capacidade funcional e resposta ventilatória, e conseqüente aumento da qualidade de vida. Concordando com esse estudo, foram realizados exercícios respiratórios leves para auxílio da expansibilidade e capacidade funcional, com cuidado para evitar a fadiga muscular. Exercícios de mobilização precoce no leito foram feitos para conservar a força e amplitude de movimento, os exercícios de baixa intensidade devem ser realizados para manter os tônus muscular e a mobilidade articular, evitando hipotensão ortostática. O presente estudo sugere que a fisioterapia obteve resultado satisfatório no pós-operatório de transplante cardíaco, porém a literatura demonstrou-se escassa quanto a fisioterapia em paciente com DMC que foram submetidos a transplante cardíaco.

**Palavras-Chave:** Transplante Cardíaco. Distrofia Muscular de Cinturas. Fisioterapia.

---

1.Fisioterapeuta – UNIFOR.

2.Fisioterapeuta – UNINASSAU.

3.Fisioterapeuta – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

## 2.22 A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO COM E SEM CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA

Lorainy dos Santos Carvalho<sup>1</sup>; Andréa Costa Dos Anjos Azevedo<sup>1</sup>; Thaisa Adrielly Ribeiro Farias<sup>1</sup>; Amanda de Sousa Linhares<sup>2</sup>; Esther Ribeiro Studart da Fonseca<sup>3</sup>; Maria do Socorro Quintino Farias<sup>3</sup>

### Resumo

As Doenças Cardiovasculares são consideradas um problema de saúde pública e estão entre as principais causas de morte no mundo. Entre essas doenças destacam-se as doenças coronarianas que na maioria das vezes é tratável por meio da cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) e pode ser sucedida com ou sem o uso de circulação extracorpórea (CEC) cuja finalidade é propiciar um campo cirúrgico limpo, preservar as características funcionais do coração e acima de tudo, oferecer a segurança da equipe cirúrgica. No pré-operatório, é necessária e indicada a fisioterapia deve ser realizada com a intenção de fortalecer os músculos respiratórios, visando melhorar a função cardiopulmonar já que as complicações respiratórias no pós-cirúrgico são frequentes, sendo 65% atelectasias e 3% pneumonia. O Objetivo desse estudo é analisar a fisioterapia no pré e pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio com e sem circulação extracorpórea. Tratou-se de um estudo retrospectivo, descritivo, documental e com análise quantitativa dos resultados. A pesquisa foi realizada no Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, no período de março de 2018 a agosto de 2018, mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de parecer 2.720.316. Foram analisados 283 prontuários de pacientes submetidos à cirurgia de RM associada ou não a outro tipo de cirurgia, com ou sem uso de CEC. A idade média foi de 65,0 ( $\pm$  9,7) anos e 72,5% eram do gênero masculino. Das cirurgias cardíacas ocorridas no ano de 2017, 87,6% foram Revascularização do Miocárdio (RM) e o tempo médio de internação do paciente foi de 5 dias. Todos os pacientes submetidos à RM permaneceram em ventilação mecânica (VM) no pós-operatório, com mediana de 15:20 horas com CEC e 14:00 horas sem CEC. As complicações respiratórias foram as mais prevalentes, seguidas das cardíacas e neurológicas. As condutas fisioterapêuticas realizadas foram remoção de secreção, expansão pulmonar, cinesioterapia, sedestação no leito, Respiração com Pressão Positiva Intermitente e Incentivador Respiratório. Os riscos da imobilização em doentes críticos ventilados mecanicamente não são bem esclarecidos na literatura, porém, é evidente que os pacientes apresentem fraqueza e fadiga persistente, prejudicando sua qualidade de vida. Por ser uma conduta nova, a mobilização precoce tem poucas evidências até o momento. No entanto, recentes estudos têm confirmado que a mobilização em pacientes ventilados mecanicamente é um procedimento seguro e viável, diminuindo o tempo de internação na UTI e hospitalar. Os achados do estudo revelam que as cirurgias de RM com CEC apresentam um declínio na capacidade funcional, maior dificuldade no desmame da VM, com pouca repercussão em relação aos sem CEC, sendo as complicações pulmonares uma das principais. A fisioterapia se faz importante para redução do tempo de VM, complicações e tempo de internação na unidade de terapia intensiva reduzindo assim os custos em unidades hospitalares.

**Palavras-Chave:** Fisioterapia. Revascularização Miocárdica. Circulação Extracorpórea.

1.Fisioterapeuta - Centro Universitário Estácio do Ceará.

2.Fisioterapeuta - Unichristus.

3.Fisioterapeuta – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

## 2.23 A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO A ABLAÇÃO COM RADIOFREQUÊNCIA COMO TRATAMENTO PARA FIBRILAÇÃO ATRIAL

Brenda Araújo da Silva<sup>1</sup>; Dayane dos Reis Araújo Rocha<sup>2</sup>

### Resumo

A Fibrilação Atrial (FA) é uma taquicardia supraventricular caracterizada por uma desorganização elétrica nos átrios que ocasiona uma desordem e irregularidade nas despolarizações atriais, levando a contrações atriais inefetivas. Seus sintomas mais frequentes são: palpitações, dor torácica, dispneia ou piora da insuficiência cardíaca, fadiga, tontura e síncope, acompanhados de redução da qualidade de vida, ansiedade e depressão. A terapia não farmacológica para FA é uma opção para evitar os efeitos colaterais, riscos para eventos pró-arrítmicos e risco de morte súbita. Uma das opções existente é a ablação por radiofrequência, sendo esse um procedimento invasivo que visa eliminar ou bloquear um circuito arritmogênico através da aplicação de energia de radiofrequência no local-alvo do coração. Os profissionais necessários para fazer a ablação são os mesmos necessários para a realização de um estudo eletrofisiológico: cardiologista com treinamento em eletrofisiologia cardíaca, anestesista, um ou dois enfermeiros com experiência em equipamentos laboratoriais, administração de drogas antiarrítmicas e manobras de ressuscitação. Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa, realizado em 3 bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PUBMED no mês de novembro de 2018. Foram utilizados os seguintes descritores em português previamente conferidos no DeCs: Ablação por Cateter; Arritmias Cardíaca; Cuidados de Enfermagem. Os critérios de inclusão foram artigos em português e inglês, e que estivessem dentro da temática da revisão integrativa. Os critérios de exclusão foram artigos de opinião. Selecionou-se 5 artigos que mais se adequaram a proposta da revisão. Os cuidados do enfermeiro com o paciente submetido a ablação podem ser divididos em: 1) Preparação do Paciente: jejum de 8h, retirada de drogas antiarrítmicas no mínimo dois dias antes, puncionar um acesso periférico para a administração de medicação, anticoagulação sistêmica como prevenção de complicações tromboembólicas, monitorização de pressão arterial/eletrocardiograma/oximetria de pulso, tratamento da insuficiência cardíaca e isquemia antes do procedimento, controle de eletrólitos, providenciar os equipamentos de emergência e de ressuscitação, se certificar que o paciente está ciente sobre o procedimento e a sedação; 2) Cuidados Durante Inserção e Posicionamento dos Cateteres: acompanhamento da monitorização cardíaca para avaliar possíveis arritmias, conhecimento sobre o uso do desfibrilador, monitorização da oximetria de pulso/ pressão arterial/eletrocardiograma; 3) Cuidados Diante de Complicações Pós-Procedimento: hematomas (repouso), trombose (medidas rotineiras), infecção (antibiótico profilático e cuidados com o curativo), e bloqueio transitório ou permanente (preparo para as intervenções imediatas como: o implante de marca-passo) e 4) Cuidados na Orientação para Alta do Paciente: orientação sobre os cuidados com o local da punção, lavar o local com água e sabão e após lavagem manter local seco e limpo, repassar o relatório completo sobre todo o procedimento, orientar que o retorno ao trabalho deve ser dentro de três dias a uma semana. Portanto, conclui-se que o enfermeiro está essencialmente ligado ao cuidado do paciente submetido a ablação necessitando de contínuo aprimoramento técnico-científico, afim de melhorar suas condutas durante procedimento e seus cuidados para com o paciente.

**Palavras-Chave:** Ablação por Cateter. Arritmias Cardíaca. Cuidados de Enfermagem.

1. Pós graduanda em Enfermagem em Terapia Intensiva – UNIFOR.

2. Graduanda em Enfermagem - UNINASSAU.

## 2.24 PSICOMOTRICIDADE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

José Edmilson Silva Gomes<sup>1</sup>; Lídia Andrade Lourinho<sup>2</sup>; Dayse Campos de Sousa<sup>3</sup>; Sâmia Silva Gomes<sup>4</sup>

### Resumo

Este estudo aborda questões inovadoras sobre a Psicomotricidade em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) pediátrica pelo qual justifica-se quando aproxima a educação psicomotora e seus aspectos clínicos sobre o desenvolvimento humano e propagação do conhecimento que ultrapassa modelos de assistência apenas tecnicistas. Desta forma, amplia-se o olhar para o campo transdisciplinar da Psicomotricidade como sendo relevante promotora de saúde para um novo contexto de hospitalização e relações de vínculos familiares durante esse período de forma integrada as funções cognitivas, socioemocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras, promovendo a capacidade de ser e agir num contexto biopsicossocial. Como questionamento norteador, qual a importância da Psicomotricidade como ciência que facilita os processos de vínculos no contexto familiar durante o período de hospitalização nas UTIs pediátricas? Esta pesquisa de modo geral buscou compreender o contexto da Psicomotricidade em Unidades de Terapia Intensiva pediátrica, por conseguinte, especificamente, procurou-se entender a importância da Psicomotricidade para a relação de vínculo familiar nas Unidades de Terapia Intensiva pediátrica e apresentar a Psicomotricidade como Promoção de Saúde em Unidades de Terapia Intensiva pediátrica. Trata-se de um estudo de revisão teórica com levantamento bibliográfico baseado nos estudos oferecidos nas pesquisas sobre a Psicomotricidade e Unidades de Terapia Intensiva pediátrica com conteúdo significativo e prático como nova perspectiva de acesso à Psicomotricidade na saúde. O levantamento da literatura tem como finalidade respaldar a análise dos dados desta pesquisa, a começar pelas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino- Americana do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS) e Google Acadêmico, utilizando os descritores: Psicomotricidade, Unidades de Terapia Intensiva e Pediatria. No total encontramos 29 artigos incluídos em português, 3 (três) artigos em inglês pelo periódico das bases de dados mencionadas anteriormente, além de 03 (três) livros. Respondendo aos objetivos e questionamento norteador proposto nesta pesquisa acerca da importância da Psicomotricidade como ciência facilitadora do processo de vínculo no contexto familiar durante o período de internação nas UTIs pediátricas, foi percebido pontos da revisão bibliográfica bastante significativos, apesar do contexto deficitário de estudos na área pelo qual houve dificuldade durante a coleta de dados em artigos na íntegra e em português para obtenção do cruzamento dos dados (Psicomotricidade e Unidades de Terapia Intensiva pediátrica). Esta pesquisa considerou que a revisão de literatura como método propôs a ampliação desta discussão e possíveis práticas já realizadas em outros países e com respaldo científico de relevância para a comunidade social, apresentando evidências da educação psicomotora como fortalecimento da atuação para o campo da saúde. Um dos pontos significativos referem-se ao componente familiar de vínculo, sendo este terapêutico no componente familiar afetivo para desenvolvimento neuropsicomotor das crianças em processo de hospitalização.

**Palavras-Chave:** Desempenho Psicomotor. Terapia Intensiva. Vínculo.

1.Fisioterapeuta Residente – RIS-ESP/CE.

2.Pós doutora e docente em Saúde Coletiva – UECE.

3.Coordenadora e docente do Curso de Pós graduação em Psicomotricidade – UECE.

4.Mestre em Educação em Saúde. Docente – UECE.

## 2.25 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO MANEJO DE CASO CLÍNICO PNEUMOLÓGICO COMPLEXO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Yuri Pereira Coelho<sup>1</sup>; Jady Barbosa de Freitas<sup>1</sup>; Paula Dayanna Sousa dos Santos<sup>1</sup>; Tatiane Andrade Figueiredo Rojas<sup>1</sup>; Thamires Ferreira Aragão<sup>1</sup>

### Resumo

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é definido como a elaboração e implementação de propostas para uma melhor assistência terapêutica planejada por uma equipe interdisciplinar. O paciente pneumopata possui um perfil mais crônico e permanece hospitalizado por tempo prolongado devido a agudização da sua patologia de base. Assim, optamos por realizar o PTS com um caso clínico pneumológico, sendo este, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). A DPOC caracteriza-se como uma doença progressiva que limita o fluxo aéreo, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo, representando elevados custos a saúde pública. A realização do PTS, enquanto equipe multiprofissional de residentes nos permite ampliar nossa prática assistencial e diversificar os serviços ofertados a partir de reflexões e discussões acerca do processo de trabalho observado na unidade hospitalar. Estudo descritivo do tipo relato de experiência, sobre a construção do PTS de uma paciente do sexo feminino, 63 anos, ex-tabagista, ex-etilista, parda, divorciada, aposentada, com diagnóstico de DPOC exacerbada por pneumonia, evoluindo com sepse de foco pulmonar, além de várias comorbidades dentre elas a obesidade mórbida, internada na UTI respiratória de um hospital terciário de referência em cardiopneumologia. Participaram da construção do PTS, os Residentes Multiprofissionais de Cardiopneumologia (uma psicóloga, uma enfermeira, uma dentista, uma fisioterapeuta e um farmacêutico). Os encontros aconteceram semanalmente, com duração de uma hora e meia para discussão da elaboração, avaliação e mudanças das propostas do caso escolhido. Foram definidas algumas propostas pela equipe, com seus devidos prazos, com finalidade de gerar um acompanhamento amplo. Definiu-se metas da equipe multiprofissional, assim como as metas individuais de cada núcleo profissional. Na avaliação após admissão observou-se: paciente em sedoanalgesia e neurobloqueada, sem uso de drogas vasoativas, nível de sedação de Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) com escore-5 (coma – Sem resposta aos estímulos verbais ou exame físico). Ao exame neurológico observou-se pupilas isocóricas, mióticas, pouco fotoreagentes. Em ventilação mecânica, sem drive respiratório, com parâmetros elevados. Ausculta Pulmonar com ronos difusos e murmúrio vesicular reduzido em bases. Ausculta Cardíaca com ritmo regular em 2 tempos e bulhas hipofonéticas, sem sopros. Sinais Vitais: FC= 86 bpm; FR=15 /15 ipm; SpO<sub>2</sub>=96%; PA= 122x65; PAM=84. Dia 20 de novembro foi realizado TRE com sucesso sendo extubada neste dia, com instalação imediata da VNI profilática, seguiu com os cuidados da equipe. Ao atendimento psicológico observou-se a possibilidade de um transtorno alimentar como comportamento compensatório da dívida psicológica ao óbito da filha, além de outras demandas como pouco apoio familiar. Em 23 de novembro a meta de alta da UTI foi alcançada sendo então, acompanhada pelos residentes na enfermaria para continuidade do PTS. No processo de construção e execução do PTS, as discussões suscitadas promoveram aquisição de conhecimentos em diferentes campos de atuação, permitindo a visualização do caso em diversas perspectivas de cuidado. O PTS é uma ferramenta que permite a individualização do cuidado, singularizando a atenção de saúde às necessidades individuais do paciente, ampliando o modelo de cuidado tradicionalmente biomédico para uma visão multidisciplinar.

**Palavras-Chave:** Equipe de assistência ao paciente. Doença pulmonar obstrutiva crônica.

---

1.Residência Integrada em Saúde – ESP/CE.

## 2.26 INFLUÊNCIA DO TEMPO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA NO PERÍODO DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA APÓS CIRURGIA VALVAR

Luanna Andrade Mendes<sup>1</sup>; Esther Ribeiro Studart da Fonseca<sup>2</sup>; Maria do Socorro Quintino Farias<sup>3</sup>; Andréa Costa dos Anjos Azevedo<sup>4</sup>; Bárbara Marques Alves<sup>5</sup>; Mariana Araújo Braz Duailibe<sup>6</sup>

### Resumo

A incidência das valvopatias vem aumentando juntamente com a expectativa de vida da população. Esta intervenção cirúrgica é mais prolongada, demandando assim um maior tempo em circulação extracorpórea (CEC). Estudos mostram que o tempo de anóxia e o tempo de CEC durante a cirurgia tem relação direta com a taxa de mortalidade associada ao procedimento, além de também influenciar na ocorrência de ventilação mecânica invasiva (VMI) prolongada. Esses desfechos levam a um maior tempo de internação, principalmente em unidades de terapia intensiva (UTI), acarretando maiores custos e prejuízos funcionais. Compreender a influência do tempo de CEC sobre o tempo em VMI, tempo de internação em UTI e óbito em amostra submetida à cirurgia valvar. Foi realizado um estudo transversal, retrospectivo, observacional e descritivo de caracterização do perfil clínico de pacientes com mais de 18 anos submetidos à cirurgia exclusivamente valvar e internados na UTI pós-operatória cardíaca no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, de janeiro de 2017 a novembro de 2018. Os dados foram coletados por meio de ficha de indicadores própria do serviço e posteriormente analisados no SPSS 22.0. Foram analisados dados de 310 pacientes, sendo 147 mulheres (47,4%) e 163 homens (52,6%), com uma média de idade de 52,6 ( $\pm 15,9$ ) anos. Os procedimentos mais realizados foram prótese mitral (34,3%), prótese aórtica (33,7%) e prótese mitral com plastia de tricúspide (13%), com a mediana do tempo de CEC de 115 (95-150,25) minutos. Em 79% dos casos, a ventilação mecânica invasiva (VM) foi interrompida antes de 24h, enquanto 5,8% dos pacientes necessitaram de reintubação e 8,4% cursaram com óbito. Foi encontrada correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), porém muito fraca, entre o tempo de CEC e as variáveis analisadas. Os resultados corroboram os achados da literatura, mostrando correlação estatisticamente significativa, porém inexpressiva, com os desfechos avaliados no período de internação em UTI.

**Palavras-Chave:** Cirurgia torácica. Circulação extracorpórea. Cuidados intensivos.

---

1. Fisioterapeuta – UFC.

2. Mestre em Ciências Médicas – UFC. Fisioterapeuta – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

3. Mestre em Ciências Fisiológicas – UECE. Fisioterapeuta – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

4. Fisioterapeuta – Centro Universitário Estácio do Ceará.

5. Especialista em Fisioterapia Respiratória e Cardiovascular – UNIFOR. Fisioterapeuta – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

## 2.27 TAQUICARDIA VENTRICULAR MONOMÓRFICA SUSTENTADA PÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: ESTUDO DE CASO

Cândida Mayara Rodrigues Carvalho<sup>1</sup>; Vinícius Torres Bezerra<sup>1</sup>; Maria Clara Boris Costa<sup>1</sup> Georgia Praça Pinto<sup>2</sup>; Andréia Bezerra Gondim<sup>2</sup>; Filadelfo Rodrigues Filho<sup>3</sup>; Frederico Carlos de Sousa Arnaud<sup>3</sup>

### Resumo

As arritmias ventriculares representam um risco à vida do paciente com síndrome coronariana aguda ou fase tardia do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). A Taquicardia Ventricular Monomórfica Sustentada (TVMS) está relacionada com grave comprometimento do Ventrículo esquerdo (VE), alguns fatores como o tamanho da necrose ventricular, o acometimento do septo interventricular e o grau de alteração ventricular indicam maior probabilidade de ocorrência dessa arritmia. Revisão de prontuário de um paciente admitido na Emergência de um hospital terciário de Fortaleza-Ceará com quadro de IAM evoluindo com Taquicardia Ventricular na primeira hora de internação. Paciente F.P.M., masculino, 65 anos, natural e procedente de Fortaleza-CE, aposentado. Relata que, em 18/11/2018, por volta das 12h, apresentou dor torácica retroesternal em queimação, associada à dispneia, sudorese e sensação de fraqueza em membros superiores. Negou síncope ou desvio da rima bucal. Na avaliação de risco Cardiovascular, relatou ter Diabetes Mellitos, Hipertensão Arterial (HAS) e IAM prévio em fevereiro/2018. Ex-tabagista e ex-etilista. Procurou atendimento médico de urgência e foi transferido ao Hospital do Coração de Messejana. Paciente foi encaminhado à Sala de Hemodinâmica, com quadro de IAM de parede anterior - Killip 3, para realização de Cateterismo (CATE), sendo evidenciado oclusão total da artéria Descendente anterior (DA) no óstio, oclusão de 80% no terço proximal da artéria Diagonal, artéria Circunflexa (DX) ectasiada e oclusão de 90% no terço proximal do ramo marginal da artéria Coronária Direita (CD). Paciente seguiu em estado grave, evoluindo com 26 episódios de Taquicardia Ventricular (TV) monomórfica, sendo cardiovertido, progredindo, após, com Bloqueio Atrioventricular Total, sendo instalado um Marcapasso Transvenoso (MT). Evoluiu em instabilidade hemodinâmica, com drogas vasoativas, apresentando Parada Cardiorrespiratória (PCR) em atividade elétrica sem pulso (AESP) e TV sem pulso, sendo realizado manobras de ressuscitação, porém veio à óbito em 19/11/2018. Em relação ao caso, os principais fatores determinantes de TV sustentada em pacientes com IAM são idade avançada, HAS, IAM prévio e classificação III ou mais de Killip. Tanto a TV sustentada que ocorre antes, quanto a que ocorre 48 horas após o IAM estão associadas a maior risco de morte no primeiro ano após a alta hospitalar. Além disso, as lesões que apresentam maiores chances de insucesso do procedimento de reperfusão e reestenose coronária são as localizadas nas regiões ostiais dos vasos coronarianos, quando comparadas às lesões não-ostiais, pela dificuldade do posicionamento da endoprótese nessa região. Na vigência de TV sustentada com instabilidade hemodinâmica, é preconizada a cardioversão elétrica (choques sincronizados de 100J) para restaurar as condições hemodinâmicas adequadas. A TVMS está geralmente associada a pior prognóstico, necessitando de avaliação cautelosa e tratamento com antiarrítmicos e/ou com implante de CDI (Cardioversor Desfibrilador implantável). Pode-se perceber que, de acordo com o que rege a literatura acerca desse tema, todas as medidas cabíveis foram realizadas para tentar reverter o quadro do paciente. Entretanto, ele veio a óbito, fato que corrobora com a epidemiologia de alta mortalidade dessa arritmia.

**Palavras-Chave:** Infarto. Taquicardia ventricular. Hipertensão.

---

1.Graduando (a) em Medicina – Unichristus.

2.Graduando (a) em Medicina – UNIFOR.

3.Médico – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

## 2.28 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À ECMO APÓS CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thayana Menezes Ribeiro<sup>1</sup>; Brenda Lia Pinheiro de Araújo Leite<sup>1</sup>; Juliana de Oliveira Dantas<sup>1</sup>; Paula Dayanna Sousa dos Santos<sup>1</sup>; Maria Salete de Brito Gomes<sup>2</sup>; Silvania Braga Ribeiro<sup>3</sup>; Kiarelle Lourenço Penaforte<sup>4</sup>

### Resumo

As cardiopatias congênitas representam um potencial índice de mortalidade, principalmente quando não diagnosticadas em tempo hábil. Os defeitos cardíacos mais comuns são as comunicações interventriculares e atrioventricular e, na maioria dos casos, faz-se necessário o tratamento cirúrgico, visando, sempre que possível, a correção definitiva dos defeitos com objetivo de reduzir as alterações hemodinâmicas, como também, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, reduzindo o risco de desenvolverem disfunções cardíacas mais graves. As crianças submetidas a cirurgia cardíaca podem evoluir com disfunção ventricular, ou com necessidade do suporte circulatório como ponte para transplante cardíaco, estão na lista de indicação da ECMO (Extracorporeal Membrane Oxigenation). Devido à gravidade desses pacientes o enfermeiro deve realizar o cuidado integral, contínuo e baseado em evidências. Este estudo objetivou compreender a complexidade da assistência de enfermagem oferecida ao paciente submetido à ECMO. Trata-se de um relato de experiência das residentes de enfermagem do programa de Residência Integrada Multiprofissional do estado do Ceará, durante sua vivência na unidade de terapia intensiva pós-operatória cardíaca infantil (UTIPi). Os pacientes pós-cirúrgicos e que necessitam de suporte hemodinâmico extracorpóreo são encaminhados para a UTIPi. A experiência ocorreu durante os meses de junho a dezembro de 2018 na UTIPi de um hospital da rede pública do município de Fortaleza, no estado do Ceará, sendo esta uma unidade terciária especializada no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares. A instituição é gerenciada pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) e atende pacientes dos 184 municípios do Ceará e das regiões Norte e Nordeste do país. A UTIPi é constituída por oito leitos, destinados a clientes que foram submetidos à correção cirúrgica de cardiopatia congênita, transplante cardíaco e em uso de dispositivos de assistência circulatória. A utilização do suporte da ECMO está ascendendo, mas ainda é possível encontrar barreiras devido aos fatores limitantes do seu uso: complicações que incluem distúrbios sanguíneos, disfunção renal com necessidade de terapias de substituição, hemorragia intracraniana, alterações hemodinâmicas e infecção, além das complicações técnicas, como falha do oxigenador, problemas com as cânulas, tubos, bombas e trocadores de calor. No referido hospital, o paciente em uso da ECMO fica em leito isolado com assistência prioritária do médico, fisioterapeuta, perfusionista e uma enfermeira exclusivo, como também técnico de enfermagem nas 24h. A equipe de enfermagem é ativa e participante do processo de cuidar do paciente, possibilitando o enfermeiro desenvolver ações contínuas, direcionadas, com embasamento científico. O paciente em ECMO requer avaliação constante devido à instabilidade e gravidade do quadro clínico. A assistência integral possibilita ao enfermeiro identificar precocemente alterações hemodinâmicas defeitos no circuito e complicações durante manuseio do paciente. A ECMO por ser um suporte de vida a pacientes graves e hemodinamicamente instáveis, torna-se necessário realizar assistência de enfermagem sistematizada, como também implementar cuidados eficazes objetivando a melhora terapêutica do cliente.

**Palavras-Chave:** Enfermagem. ECMO.

---

1. Enfermeira Residente – RIS-ESP/CE.

2. Mestre em Enfermagem – Enfermeira assistencial da UTI pós pediátrica – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

3. Mestre em Enfermagem – Enfermeira gestora do bloco da pediatria – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

4. Doutoranda em Enfermagem – Docente de Enfermagem Unifor- Enfermeira assistencial da UTI pós pediátrica – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

## 2.29 CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA E RAZÃO CINTURA/QUADRIL PARA IDENTIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Mayra Bezerra Targino<sup>1</sup>; Roberta Freitas Celedonio<sup>2</sup>; Marília de Sousa Gonçalves<sup>3</sup>; Pabyle Alves Flauzino<sup>2</sup>; Ticiane de Oliveira Albuquerque<sup>3</sup>; Luana Matos de Souza<sup>4</sup>; Kelma Souto Angelim Rodrigues<sup>1</sup>

### Resumo

O acúmulo de gordura na região do abdome vem sendo descrito como o tipo de obesidade que oferece maior risco para a saúde dos indivíduos, estando associada a um risco maior de eventos coronarianos, em ambos os sexos e em diferentes etnias. Indicadores antropométricos, como a circunferência da cintura (CC) e a relação cintura/quadril (RCQ), são capazes de fornecer uma estimativa da quantidade de tecido adiposo visceral, que, por sua vez, está associado a alterações metabólicas. Essa pesquisa teve como objetivo avaliar o risco de complicações sacarometabólico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Estudo transversal realizado no período de julho de 2016 a agosto de 2017 em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) localizada no município de Fortaleza-CE. A amostra foi composta por pacientes com diagnóstico de DM2, de ambos os sexos, atendidos pelo serviço de nutrição. A circunferência da cintura (CC) foi aferida no ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca. Os pontos de corte utilizados para avaliar o risco de doença cardiovascular foram: alto risco (CC  $\geq$  94 cm para homens e CC  $\geq$  80 cm para mulheres) e risco muito elevado (CC  $\geq$  102 cm para homens e CC  $\geq$  88 cm para mulheres). A circunferência do quadril (CQ) foi verificada horizontalmente à extensão posterior máxima dos glúteos, na altura do trocanter. A relação cintura/quadril (RCQ) foi obtida através da divisão da medida da CC (cm) pela CQ (cm). O ponto de corte da RCQ indicativo de risco cardiometabólico foi  $\geq$  0,85 para mulheres e  $\geq$  1,0 para homens. A amostra foi constituída por 109 pacientes, com média de idade de  $57,3 \pm 12,47$  anos, sendo que 65,1% (71) eram do sexo feminino. Utilizando como parâmetro a CC, 93% (66) das mulheres e 60,6% (23) dos homens apresentaram risco alto ou muito elevado para o desenvolvimento de complicações cardiometabólicas. Já com base na RCQ, 73,2% (52) das mulheres e 21,0% (08) dos homens apresentaram risco cardiovascular. Observou-se que a circunferência da cintura identificou um maior percentual de homens e mulheres com risco cardiometabólico comparando-se a relação cintura/quadril. Embora a RCQ seja considerada uma técnica antropométrica tradicional para verificar obesidade central, o uso da CC tem ganhado destaque como uma opção mais simples e viável, o que pode ser justificado pelo tamanho do quadril está fortemente associado ao tamanho da pelve, o que traz viés ao uso da RCQ. A presente análise mostrou que o uso da circunferência da cintura isoladamente foi superior ao uso da relação cintura/quadril na identificação de risco cardiovascular em pacientes com DM2. Portanto, o uso da CC como indicativo de risco cardiometabólico é sugerido, porém não devesse descartar a associação com outros parâmetros validados, buscando-se identificar o maior número possível de indivíduos suscetíveis, a fim de permitir uma intervenção precoce.

**Palavras-Chave:** Circunferência da cintura. Diabetes Mellitus. Antropometria.

1.ESP-CE.

2.FAMETRO.

3.UNIFANOR.

4.Hospital Universitário Walter Cantídio.

## 2.30 BULLYING E A VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA

Antônia Laís dos Santos Costa<sup>1</sup>; Abias Micael Oliveira Lima<sup>1</sup>; Dayane dos Reis Araújo<sup>1</sup>; Juliana Martins Ferreira<sup>1</sup>; Milena Karen Costa Santos<sup>1</sup>; Sara Santana Barros<sup>1</sup>; Brenda Araújo da Silva<sup>2</sup>

### Resumo

O bullying consiste em um conjunto de atitudes agressivas intencionais e repetitivas que ocorrem sem motivação evidente, adotada por um ou mais alunos contra outros. Os mais fortes utilizam os mais frágeis como meros objetos de diversão e prazer, suas brincadeiras têm como propósito maltratar, humilhar e amedrontar. Tal violência consiste em uma prática perversa de humilhações sistêmicas de crianças e adolescentes principalmente no ambiente escolar. Trata-se de uma revisão integrativa com abordagem qualitativa, realizada em 3 bases de dados: Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no mês de outubro de 2018. Foram selecionados cinco artigos na íntegra, publicados entre os anos 2014-2016. Os critérios de inclusão foram: artigos em português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra e que estivessem dentro da temática da revisão integrativa. E os critérios de exclusão foram: artigos de opinião. Utilizaram-se os seguintes descritores conferidos no DeCS1: enfermagem, comportamento do adolescente, bullying, comportamento de ataque, e violência social. O bullying é um problema de saúde e pode acarretar às vítimas distúrbios comportamentais e emocionais que refletem na vida escolar e pessoal. Estudos evidenciaram que o fenômeno tem um forte impacto negativo na vida social e pessoal, visto que afeta ou interrompe as relações e os vínculos entre os pares. “Há relatos de crianças e adolescentes que sofreram bullying durante anos e que, posteriormente, desenvolveram resiliência e superaram o conflito de forma positiva. Entretanto, há relatos de indivíduos que desenvolveram distúrbios emocionais e de saúde severos, alguns com desfechos trágicos. Constantemente, assistimos matérias veiculadas na mídia indicando que muitas vítimas de bullying se tornaram pessoas potencialmente agressivas, suicidas e até mesmo assassinas. Algumas consequências da violência na aprendizagem são: Queda na concentração e dispersão em pensamentos de expectativas de um novo ataque, estratégias de defesa ou de vingança, seguido por desinteresse pelos estudos e queda no rendimento escolar, absentismo e evasão. Identifica-se durante a realização da pesquisa integrativa que o bullying acarreta problemas em todos os contextos. Quem sofre de bullying tende a se tornar uma pessoa com problemas na escola, com baixa autoestima, dificuldades em se relacionar com outras pessoas e muitas vezes podem se tornar futuramente pessoas agressivas, depressivas e até mesmo suicidas.

**Palavras-Chave:** Bullying. Vítimas. Escola.

---

1. Graduanda em Enfermagem – UNINASSAU.

2. Pós graduanda em Enfermagem em Terapia Intensiva - UNIFOR.

## 2.31 ELABORAÇÃO DE UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR PARA UMA CRIANÇA DIAGNOSTICADA COM MIOCARDIOPATIA DILATADA LISTADA PARA TRANSPLANTE CARDÍACO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Luiza de Oliveira Sousa<sup>1</sup>; Analice Mendes Barreto Fernandes<sup>2</sup>; Brenda Lia Pinheiro de Araújo Leite<sup>3</sup>; Camila Maciel Holanda<sup>4</sup>; Elisabete Da Silva Almeida<sup>5</sup>; Lorainy dos Santos Carvalho<sup>6</sup>

### Resumo

A miocardiopatia dilatada é o tipo mais comum das cardiomiopatias na infância, representando importante taxa de mortalidade associado à progressão da doença, sendo a principal causa de indicação para transplante cardíaco na faixa pediátrica. O transplante cardíaco é indicado nos casos de evolução clínica desfavorável e que não manifestam resposta ao tratamento clínico estabelecido. Diante disso são imprescindíveis as medidas terapêuticas para melhorar a qualidade de vida das crianças, objetivando evitar agravos e descompensações agudas que interfiram no prognóstico, além de preparar a criança e familiares para o transplante e suas implicações na vida da família. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) mostra-se como relevante instrumento de construção coletiva entre profissionais de saúde e familiares de modo a atender as necessidades de saúde da criança considerando a interdisciplinaridade e contexto social em que está inserida a família. Desse modo, a equipe discute os casos complexos na perspectiva da clínica ampliada, levando em consideração as vulnerabilidades e possibilidades de cuidado na rede de atenção à saúde e assistência em que a família se insere. Objetiva-se relatar a experiência de Residentes Multiprofissionais acerca da elaboração de um PTS para uma criança diagnosticada com miocardiopatia dilatada listada para transplante cardíaco. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir da vivência de Residentes do Programa de Residência Integrada em Saúde, modalidade multiprofissional com ênfase em Cardiopneumologia durante o rodízio da equipe no bloco de pediatria. A construção do PTS deu-se durante o mês de novembro, coincidindo com o período de internação da criança em um hospital da rede pública do município de Fortaleza, no estado do Ceará, sendo esta uma unidade terciária especializada no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares. A escolha do caso embasou-se na complexidade do caso, bem como pelo fato da paciente já estar sendo acompanhada por todos os profissionais da equipe. Realizou-se um momento de conversa com mãe, criança e equipe multiprofissional, bem como a avaliação por cada categoria profissional, objetivando identificar as demandas e posteriormente listar as intervenções e metas. Na perspectiva em atender de forma integral as demandas da criança e família, pactuou-se o acompanhamento da criança junto à equipe de referência no ambulatório pré-transplante, conforme calendário de consultas agendadas mensalmente ou ainda de caráter extraordinário quando necessário, visto que a criança recebeu alta hospitalar. Os objetivos e metas propostas serão constantemente discutidos e reavaliados pela equipe de residentes, junto a equipe de referência, bem como em conjunto com a família, a cada consulta ambulatorial e conforme a evolução do caso. Cada profissional residente se responsabilizará por realizar intervenções ligadas ao seu núcleo profissional, e a equipe com um todo articulará os encaminhamentos para demais dispositivos da rede intersetorial conforme identificado a necessidade. O PTS permitiu a construção coletiva entre equipe de residentes multiprofissionais, equipe de referência no serviço e familiares, de modo a pensar o cuidado de maneira integral e interdisciplinar na perspectiva da clínica ampliada.

**Palavras-Chave:** Equipe multiprofissional. Cardiopatias. Pediatria.

- 
- 1.Nutricionista Residente – RIS- ESP/CE.
  - 2.Dentista Residente – RIS- ESP/CE.
  - 3.Enfermeira Residente – RIS- ESP/CE.
  - 4.Farmacêutica Residente – RIS- ESP/CE.
  - 5.Assistente Social Residente – RIS- ESP/CE.
  - 6.Fisioterapeuta Residente – RIS- ESP/CE.

## 2.32 USO DA MEMBRANA DE OXIGENAÇÃO EXTRACORPÓREA EM PÓS-OPERATÓRIO DE CORREÇÃO TOTAL DE TETRALOGIA DE FALLOT E PÓS-OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE CARDÍACO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Brenda Lia Pinheiro de Araújo Leite<sup>1</sup>; Juliana de Oliveira Dantas<sup>1</sup>; Thayana Meneses Ribeiro <sup>1</sup>; Paula Dayanna Sousa dos Santos<sup>1</sup> ;Kiarelle Lourenço Penaforte<sup>2</sup>; Maria Salete de Brito Gomes<sup>3</sup>; Silvania Braga Ribeiro<sup>4</sup>

### Resumo

A Tetralogia de Fallot (T4F) consiste em uma cardiopatia cianótica caracterizada clinicamente pela presença de quatro alterações anatômicas importantes, entre elas: estenose da artéria pulmonar, comunicação interventricular, dextroposição da aorta e hipertrofia do ventrículo direito. Considerando que o pós-operatório de cirurgia cardíaca constitui um período em que o paciente se encontra vulnerável a complicações em detrimento a instabilidade hemodinâmica resultante do procedimento. Destaca-se a aplicação da terapia por meio do uso da Oxigenação por Membrana Extracorpórea (ECMO), como tecnologia utilizada em pacientes pediátricos que apresentam falência cardíaca secundária à cardiopatia congênita ou adquirida, refratária ao tratamento convencional. Enfatiza-se a aplicação desta tecnologia também na ocorrência da Disfunção Primária do enxerto durante pós-operatório de Transplante Cardíaco (TxC) quando houver indicação para transplante. Tem-se como objetivo: relatar a vivência enquanto residente de enfermagem na assistência a paciente em uso de ECMO. Trata-se de um relato de experiência acerca de um paciente submetido à ECMO em pós-operatório de Correção Total de T4F, que culminou com transplante cardíaco. O referido caso ocorreu durante o mês de novembro em uma unidade de terapia intensiva pós-operatória infantil de um hospital da rede pública do município de Fortaleza/Ceará, sendo esta uma unidade terciária especializada no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares. Enfatiza-se que o estudo seguiu os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12. Durante pós-operatório imediato (POI) de Correção Total de T4F, paciente cursou com choque pós cardiectomia e disfunção de ventrículo direito (VD) sendo submetido a implante da assistência circulatória extracorpórea por meio da ECMO venoarterial de canulação central (veia cava inferior-aorta), objetivando ofertar suporte transitório ao funcionamento cardíaco. Contudo, devido à permanência da disfunção importante de VD, foi listado para TxC e após 7 dias em assistência circulatória o paciente foi transplantado, evoluindo com disfunção primária do enxerto, sendo submetido novamente a ECMO venoarterial de canulação central (veia cava superior-aorta). Durante o período de permanência da ECMO, observou-se que a ocorrência das principais complicações foram sangramentos intensos na ferida operatória, óstios de inserção dos acessos venosos centrais e drenos de tórax e de mediastino. Tal fato corrobora com os resultados encontrados na literatura, em que lista-se como as principais complicações da ECMO: hemorragias, infecção, complicações vasculares e problemas mecânicos associados ao dispositivo. Após 5 dias de assistência circulatória e evidenciada melhora da disfunção de VD, paciente foi encaminhado para remoção da ECMO. No POI cursou com Síndrome do Baixo Débito Cardíaco e após ofertado suporte com drogas vasoativas manteve níveis pressóricos estáveis. Segue consciente, orientado e contactante, com melhora progressiva do padrão hemodinâmico e em desmame de drogas vasoativas e da ventilação mecânica, apesar de evidenciado por meio do Ecocardiograma disfunção do VD moderada. A ECMO configura-se como um ótimo recurso para suporte temporário circulatório em situações de falência cardíaca relacionada ao pós-operatório de cirurgias cardíacas, bem como na ocorrência da falência primária do enxerto. Apesar de configurar-se como uma assistência de curta permanência, ainda assim, consiste em uma opção relevante como ponte para transplante.

**Palavras-Chave:** Oxigenação por Membrana Extracorpórea. Tetralogia de Fallot. Transplante de coração.

---

1. Enfermeira Residente – RIS – ESP/CE.

2. Doutoranda em Enfermagem – Docente de Enfermagem Unifor- Enfermeira assistencial da UTI pós pediátrica – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

3. Mestre em Enfermagem – Enfermeira assistencial da UTI pós pediátrica - Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

4. Mestre em Enfermagem – Enfermeira gestora do bloco da pediatria Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

## 2.33 PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA

Luis Gustavo Oliveira Farias<sup>1</sup>; Amaurilio Oliveira Nogueira<sup>2</sup>; Laércia Ferreira Martins<sup>3</sup>

### Resumo

Má alimentação e sedentarismo são os principais fatores de risco que levam o paciente ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares como a arteriosclerose. Quando há o desenvolvimento de trombos no interior das artérias coronárias, o paciente pode apresentar um quadro de angina (dor precordial) ou infarto agudo do miocárdio sendo necessário uma intervenção rápida por meio da angioplastia ou revascularização miocárdica. Este estudo objetivou descrever o processo de enfermagem no pós-operatório imediato de revascularização miocárdica. Tratou-se de um relato de experiência, realizado em novembro de 2018 na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital reterguarda no Ceará, sobre a aplicação do processo de enfermagem em um paciente diagnosticado com síndrome coronariana aguda. Para a identificação dos diagnósticos de enfermagem (DE), resultados esperados (RE) e intervenções de enfermagem (IE), adotou-se a taxonomia da NANDA, NIC e NOC, respectivamente. Paciente com 69a, masculino, referenciado ao hospital para revascularização miocárdica. Comorbidades prévias: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo II, sobrepeso e dislipidemia. No pós-operatório imediato, apresentava-se torporoso, sedoanalgesia ausente, com pressão arterial invasiva em MSE, dreno mediastinal, acesso venoso central em veia subclávia direita com noradrenalina (1 ml/h), em dieta zero. Tórax com expansibilidade adequada, ressonante a percussão, murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios, em suporte de oxigênio com máscara de Venturi (50%), BNF em 2T, sopros ausentes, perfusão tissular adequada, ausência de cianose ou edema em membros. Abdômen globoso, eliminações e ruídos hidroaéreos ausentes, diurese clara, abundante e sem sedimentos através de sonda vesical de demora. Incisão cirúrgica limpa sem sinais flogísticos. Sinais vitais: frequência cardíaca de 73 bpm; frequência respiratória de 16 irpm; temperatura de 35,6°C, pressão arterial de 160x88 mmHg; Gasometria: pH: 7,310; pCO<sub>2</sub>: 49,5 mmHg; HCO<sub>3</sub>: 24,4 mmol/L. DE1: risco de débito cardíaco diminuído relacionado à alteração na pressão arterial; RE1: manutenção da perfusão adequada de órgãos e tecidos; IE1: monitorar rigorosamente parâmetros hemodinâmicos; identificar precocemente sinais de hipoperfusão tecidual; DE2: risco de glicemia instável relacionada à intervenção cirúrgica e restrição alimentar; RE2: estabilização dos valores glicêmicos dentro de parâmetros aceitáveis; IE2: acompanhar resultados de glicemia capilar; DE3: risco de constipação relacionado à medicação anestésica; RE3: restabelecimento da motilidade gastrointestinal; IE3: verificar ruídos hidroaéreos periodicamente; atentar para náuseas e vômitos; DE4: risco de infecção relacionada à dispositivos invasivos; RE4: prevenir infecções de corrente sanguíneas; IE4: acompanhar temperatura; verificar sinais flogísticos em óstios de cateteres. O processo de enfermagem é um instrumento útil e eficaz que orienta a assistência em enfermagem devendo ser aplicado de forma crítica e analítica evitando redundâncias, contribuindo, assim, para recuperação, manutenção e promoção da saúde do paciente.

**Palavras-Chave:** Processo de Enfermagem. Cuidados Pós-Operatórios. Revascularização Miocárdica.

1. Enfermeiro. Especialização em Enfermagem Cardiovascular e Hemodinâmica – UECE. Integrante do Núcleo de Pesquisa Clínica (NUPEC) do Hospital Fernandes Távora.

2. Enfermeiro. Especialização em Fisiologia Humana – UECE. Especialização em Terapia Intensiva FAMETRO. Mestrado em Farmacologia Clínica – UFC. Integrante do Núcleo de Pesquisa Clínica (NUPEC) do Hospital Fernandes Távora.

3. Enfermeira – UECE. Especialização em Gerontologia – UFC. Intensivista - ABENTI/AMIB - Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem – UECE. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa Clínica (NUPEC) do Hospital Fernandes Távora.

## 2.34 IMPLANTAÇÃO DE UM PLANO MULTIDISCIPLINAR PARA ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR EM PACIENTES CARDIOPATAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Larissa Moura Barbosa<sup>1</sup>; Gezabell Rodrigues<sup>2</sup>; Lara Albuquerque Antunes<sup>3</sup>; Mylla Chrystian Quintino Pereira<sup>4</sup>; Patrícia Gregório da Costa<sup>5</sup>; Rebeca Sousa Silveira<sup>6</sup>; Ingrid Bezerra Costa Maia<sup>7</sup>

### Resumo

A alta hospitalar é compreendida como o conjunto de ações em que ocorre a transição dos cuidados e responsabilidades da equipe de saúde para o paciente, familiares ou, por vezes, cuidadores. A ausência ou a má compreensão de informações importantes para a longitudinalidade do tratamento pode contribuir para o risco de complicações, bem como recidivas de internações. Em razão disto, a participação multidisciplinar no processo de planejamento da alta impede que muitas informações sejam ofertadas ao paciente apenas no breve momento de sua saída do ambiente hospitalar, possibilitando um tempo hábil para que ele possa sanar suas dúvidas de forma integral. Assim, o objetivo do presente estudo é apresentar um plano multidisciplinar para orientações de alta hospitalar em pacientes cardiopatas. A partir da identificação da falha no processo de orientação de alta hospitalar, na qual muitas informações deixam de ser repassadas ou são dadas todas no mesmo instante, buscou-se uma forma de intervenção que pudesse alcançar o maior número de pacientes, que usasse uma abordagem multiprofissional e que fosse realizada durante o processo de internação, precocemente, independente da previsão de alta. Diante disso, optou-se pela criação de um grupo de orientações de alta. Para a execução das atividades formaram-se duplas, unindo diferentes categorias profissionais, onde cada uma ficou responsável por uma temática. Programou-se um rodízio de enfermarias, de forma que todos os pacientes fossem contemplados por todos os temas. Os assuntos escolhidos foram: Mudanças no estilo de vida, incluindo hábitos alimentares, atividade física, cessação do tabagismo e etilismo; influência dos aspectos psicológicos; controle da hipertensão, diabetes e dislipidemias; saúde bucal e instrução de higiene oral; adesão ao tratamento de medicamentoso e diminuição da automedicação; direitos previdenciários e assistenciais. Diante da metodologia ativa proposta, onde os usuários são os sujeitos da ação, outros assuntos podem ser abordados mediante as demandas apresentadas por eles. Isto permite que as verdadeiras necessidades das pessoas sejam atendidas e não apenas aquelas que os profissionais de saúde julgam importantes. A orientação de alta hospitalar é uma atividade fundamental para a recuperação do paciente e para o suporte de seus cuidadores, proporcionando uma alta segura e a reafirmação da autonomia do paciente. Desta forma, busca-se contribuir e fortalecer a adesão ao tratamento, a fim de que seja possível a continuidade do cuidado. Com isso, pretende-se superar o modelo biomédico e valorizar a visão holística do ser humano.

**Palavras-Chave:** Alta hospitalar. Multiprofissional. Cardiopatas.

- 
1. Farmacêutica Residente – RIS-ESP/CE.
  2. Fisioterapeuta Residente – RIS-ESP/CE.
  3. Psicóloga Residente – RIS-ESP/CE.
  4. Dentista Residente – RIS-ESP/CE.
  5. Fonoaudióloga Residente – RIS-ESP/CE.
  6. Enfermeira Residente – RIS-ESP/CE.
  7. Assistente Social Residente – RIS-ESP/CE.

## 2.35 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA POR TUMOR ATRIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria de Paiva Oliveira<sup>1</sup>; João Paulo Fernandes Souza<sup>1</sup>; Maria Carmelita Pereira da Silva<sup>1</sup>; Renata Gomes Mota<sup>1</sup>; Elizete Rios de Vasconcelos<sup>2</sup>; Jennara Cândido do Nascimento<sup>3</sup>

### Resumo

As cirurgias cardíacas são intervenções complexas e requerem um tratamento adequado em todas as fases operatórias. Entretanto, o pós-operatório (PO), é marcado pela instabilidade do seu quadro clínico, sendo repleto de particularidades, principalmente por se tratar de um período de cuidados críticos. Isto posto, é objetivo deste estudo descrever os principais cuidados de enfermagem ao paciente do PO de cirurgia cardíaca, tornando-se relevante e necessário. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, realizado em um hospital referência em doenças cardiovasculares na cidade de Fortaleza – CE no período de junho de 2017. Utilizou-se a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), a observação participante e as informações contidas no prontuário para identificar os problemas reais e potenciais da paciente, além de pesquisa em bases de dados para fomentar o estudo. M.H.V.S, 50 anos, residente de Fortaleza, foi admitida na unidade com dor torácica e palpitações esporádicas, iniciada há um mês antes da internação. Foi realizado ecocardiograma e tomografia de tórax, evidenciando massa tumoral em átrio esquerdo. No ato cirúrgico, foi identificado tumor de consistência endurecida e invasiva. Foi realizada ressecção completa tumoral do átrio esquerdo e pequena porção do átrio direito, sendo assim, necessário reimplante de das veias pulmonares esquerda e reimplante em bloco das veias pulmonares direita. No ato cirúrgico, paciente se apresentava com picos hipertensivos, só tendo sido controlada, após ressecção tumoral. Parâmetros pós-operatório: Diurese: 0,74ml/kg/h, Balanço hídrico acumulado: 3.527ml; Temperatura: 36,8°; Frequência cardíaca: 84bpm; Pressão arterial média: 69mmHg; Pressão venosa central: 16mmHg; Oxímetro: 100%; pH: 7,43; Bicarbonato: 17.7mol/L; Sódio: 147; Potássio: 4.64; Creatinina: 0,56mg/dl; dreno de mediastino: 100ml nas 10 horas. O enfermeiro é o profissional responsável direto pelo cuidado e percepção das necessidades apresentadas pelo paciente, contribuindo para assistência e sua evolução. Salvo isto existem cuidados de enfermagem imediatos que devem ser realizados ao cliente com: monitorização cardíaca; balanço hídrico; administração de hemoderivados; mudanças de decúbito; uso de curativos protetores; avaliar condições da pele; observar a necessidade de reposição hídrica; coletar e avaliar exames laboratoriais; ofertar oxigenoterapia conforme necessidade; prevenção/controle de infecção; prevenção/controle da dor e apoio psicológico. Assim, o enfermeiro deve organizar, planejar e executar cuidados de alta complexidade, de forma individualizada, sistematizada, utilizando conhecimentos e habilidades previamente adquiridos na sua formação ou no contexto de trabalho, atendendo às necessidades dos pacientes. No pós-operatório de cirurgia cardíaca o enfermeiro deve articular o pensamento crítico, a SAE e o uso da tecnologia dura, para prevenir a ocorrência de complicações e promover a recuperação segura da paciente. As unidades do pós-operatório de cirurgias cardíacas desafiam o enfermeiro a exercer funções e atividades complexas, que visam à assistência de enfermagem holística e qualificada ao paciente, tornando-se essencial a aquisição de competências.

**Palavras-Chave:** Cuidados de enfermagem. Cirurgia cardíaca. Tumor atrial.

1.Graduanda em Enfermagem - Centro Universitário Estácio do Ceará.

2.Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem – UNIFOR.

3.Doutora em Enfermagem - UFC. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

## 2.36 RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA VIVENCIADA POR ACADÊMICA DE NUTRIÇÃO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Thyra Pimentel Alves<sup>1</sup>, Leylyanne Alexandre Freitas de Vasconcelos<sup>1</sup>, Leticia Bastos Conrado<sup>1</sup>; Verena Soares Mesquita<sup>1</sup>, Mariana Holanda Cordeiro<sup>1</sup>, Ayana Florencio de Meneses<sup>2</sup>

### Resumo

**Introdução:** O estágio curricular tem a finalidade de promover aprendizado prático de conhecimentos teóricos abordados na universidade. No estágio de nutrição clínica, o indivíduo irá atuar em hospitais, ambulatórios e entre outros locais, exercendo o papel do nutricionista clínico, realizando avaliação nutricional no paciente e aplicando sua conduta diante da patologia e condição (GONÇALVES, 2016). O estágio aconteceu de setembro a novembro de 2018, com duração de 2 meses, em um hospital localizado em Fortaleza-Ceará. As atividades foram supervisionadas pelos nutricionistas do local e acompanhadas por um professor da Universidade Estadual do Ceará. Acompanhou-se a rotina de três unidades do local: uma enfermaria, um ambulatório e uma Unidade Semi-Intensiva. Dentre as atividades realizadas, houve a coleta de informações em prontuários, visita aos leitos, avaliação antropométrica, física, bioquímica e alimentar, elaboração de planos alimentares, orientações de alta, discussão de casos, dentre outras. Além disso, realizaram-se ações educativas para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com conscientização da redução do consumo de sal, açúcar, uso adequado do adoçante e conhecimento sobre diabetes mellitus. Verificou-se a atuação do nutricionista na prática clínica, adquirindo experiência na busca de informações nos prontuários, tais como interpretação de exames, diagnósticos e sintomas, assim como a adequada maneira de comunicar-se com os pacientes, a fim de obter informações necessárias. Desenvolveu-se a prática da avaliação antropométrica, anamnese física e alimentar e identificou-se diversos tipos de doenças e a dietoterapia mais adequada para cada situação, conhecendo assim diversos módulos e suplementos alimentares utilizados pelo ambiente hospitalar. Além disso, observou-se protocolos e procedimentos realizados pelos nutricionistas, adequados para determinada unidade e paciente. Nas orientações de alta, aprimorou-se a maneira de passar a informação ao paciente de maneira completa, concisa e de fácil compreensão, indo de acordo com o grau de instrução e entendimento do indivíduo. Com as ações educativas, foi possível identificar um público e orientá-los de acordo com a sua necessidade. A vivência no local de estágio foi de extrema importância para a formação acadêmica. Foi possível conhecer um novo ambiente de atuação profissional, e a partir disso, exercer o papel do nutricionista, a fim de proporcionar qualidade de vida aos pacientes. Desta forma, faz-se necessário a prática durante a graduação, com o objetivo de experimentar todo o conhecimento adquirido na teoria e vivenciar a atuação profissional.

**Palavras-Chave:** Nutrição Clínica. Nutricionista. Saúde Hospitalar.

---

1. Graduanda em Nutrição – UECE.

2. Nutricionista - UECE.

## 2.37 FUNÇÃO MOTORA GROSSA DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL PRATICANTES DE EQUOTERAPIA EM FORTALEZA- CE

Vanessa Rocha de Menezes<sup>1</sup>; Nayana Valeska Lima do Nascimento Gonçalves<sup>1</sup>; Maria Gracielly Silva de Castro<sup>1</sup>; Otacílio Rodrigues Cordeiro Neto<sup>1</sup>; Livia da Silva Simões<sup>2</sup>; Ana Cristhina Brasil de Oliveira Araújo<sup>3</sup>

### Resumo

A Paralisia Cerebral (PC) caracteriza-se por déficit motores de caráter não-progressivo, os quais se manifestam no cérebro em desenvolvimento. Uma das alterações com grande repercussão na motricidade de pessoas com PC são variações na função motora grossa. Com base nessas alterações foi desenvolvido a classificação da função motora grossa (GMFCS) para auxiliar na definição do prognóstico e quantificar a função motora de crianças com PC. Este estudo objetivou analisar a classificação da função motora grossa de crianças com paralisia cerebral praticantes de equoterapia em Fortaleza – CE. Pesquisa de campo, de caráter transversal e descritivo com abordagem quantitativa dos resultados. Foi realizada no Centro de Equoterapia da Polícia Militar do Ceará. Foram incluídas no estudo crianças com paralisia cerebral com idade cronológica entre 0 a 12 e praticantes de equoterapia. Foram excluídas as crianças que não se encontravam presentes no momento da coleta dos dados. A amostra foi composta por 10 crianças com média de idade  $7 \pm 3,31$  anos, sendo 50% (n=5) do gênero feminino. A origem da PC em 50% (n=5) deu-se no período perinatal e 70% (n=7) são tetraplégicos. Ao aplicar a escala GMFCS percebeu-se que todos os participantes apresentaram algum nível de comprometimento – nenhum participante é capaz de andar sem limitações. 50% (n=5) receberam a classificação nível IV que indica auto mobilidade com limitações, para 20% (n=2) a classificação atribuída foi a mais alta da escala, nível V, que revela a necessidade de transporte através de cadeiras de rodas manual, 20% (n=2) andam utilizando um dispositivo manual de mobilidade sendo atribuído nível III e 10% (n=1) deambulam com limitação classificados com nível II. Através dessa classificação foi possível concluir que as crianças apresentam comprometimento motor em níveis variados, cada nível correspondendo a uma necessidade de assistência específica. Sendo assim, através dessa classificação é possível traçar tratamentos específicos para cada paciente.

**Palavras-Chave:** Paralisia cerebral. Classificação da Função motora grossa. Equoterapia.

---

1. Fisioterapeuta – Centro Universitário Estácio do Ceará.

2. Fisioterapeuta Residente – RIS-ESP/CE.

3. Mestre em Saúde Pública – Universidade Federal do Ceará.

## 2.38 QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ACOMETIDOS POR DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRONICA (DPOC)

Ana Vitória Araújo de Castro<sup>1</sup>; Adecia Falcão Freitas<sup>1</sup>; Nicolle Porto Coelho<sup>1</sup>; Emanuel David Alves Freire<sup>1</sup>; Hellen Kelle Lima de Menezes<sup>1</sup>; Marcelo Felipe de Sousa Oliveira<sup>2</sup>; Juliana Alencar Moreira Borges<sup>3</sup>

### Resumo

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença respiratória caracterizada por obstrução crônica ao fluxo de forma progressiva e está relacionada a resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas e/ou gases tóxicos. É mais comum em idosos, e apresenta sintomas como: dispneia, sintomas de ansiedade e depressão, fatores relacionados à tolerância ao exercício, estado nutricional, e tosse frequente podem interferir na qualidade de vida que pode ser descrita como a satisfação e/ou felicidade com a vida frente aos domínios biopsicosocio-espirituais considerados importantes pelo indivíduo. Este estudo objetivou conhecer de que forma a DPOC pode alterar a qualidade de vida de pacientes por ela acometidos. Trata-se de um estudo bibliográfico, descritivo e qualitativo, realizado no mês de novembro de 2018. Foram utilizadas as bases de dados LILACS e BVSALUD em que as buscas foram conduzidas através da utilização dos seguintes descritores: Qualidade de Vida, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Assistência a Idosos, nos quais foram encontrados mais de 200 artigos. Os critérios de inclusão foram artigos no idioma português, publicados entre 2000 e 2018, versando sobre o tema, totalizando 13 artigos; e os de exclusão: artigos não relacionados aos idosos e no idioma inglês. Através da busca e aplicação dos critérios, foram selecionados quatro artigos para esta revisão. Por ser uma doença que acomete idosos em sua maioria, que já estão abalados pois são vistos pela sociedade como inválidos. Com esta doença se tornam intolerantes a qualquer exercício físico, com fadiga intermitente e dores, e no impacto nas realizações de atividades diárias e domésticas, necessitando de cuidados de terceiros e trazendo a perda da independência e sensação de inutilidade. Além dos fenômenos psicológicos como adaptação à doença e nova condição de vida, enfretamento às mudanças de humor que se relacionam diretamente com a auto percepção negativa e prejuízo funcional, os comportamentos cognitivos e afetivos, acarretando principalmente em episódios depressivos e na diminuição da função cognitiva. É notável a necessidade de acompanhamento dos profissionais de saúde com estes pacientes que além da perda funcional, apresentam também perda emocional através da incapacidade de realizar atividades simples e rotineiras. A equipe deve se atentar ao tratamento adequado através da reabilitação pulmonar com treinamentos aeróbios supervisionados, fisioterapias e apoio nutricional, visto que a desnutrição pode acarretar fraqueza muscular que reduz a força dos membros e demanda mais energia, além de grupos terapêuticos e acompanhamento psicológico.

**Palavras-Chave:** Qualidade de Vida. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Assistência a Idosos.

---

1. Graduanda em Enfermagem – UECE.

2. Graduanda em Enfermagem - Centro Universitário Estácio do Ceará.

3. Enfermeira.

## 2.39 PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM ACERCA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA EMERGÊNCIA NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS

Francisco José do Nascimento Júnior 1; Francisca Fernanda Alves Pinheiro 2; Andréa Luíza Ferreira Matias 3; Herlênia da Penha Oliveira Cavalcante 3; Natália Pedrosa de Vasconcelos<sup>3</sup>

### Resumo

A classificação de risco é um dispositivo da Política Nacional Humanização (PNH), que viabiliza o atendimento por critério de gravidade. Dentro desse contexto foi implementado o protocolo de Manchester, que após uma triagem baseada nos sintomas classifica os doentes por cores. Este estudo teve como objetivo analisar as produções científicas de enfermagem acerca da classificação de risco nos últimos cinco anos com ênfase na enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, por meio de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. Realizado na Biblioteca Virtual em Saúde, no período de setembro e outubro de 2017. Tendo como critério de inclusão: artigos revisados em pares, em língua portuguesa, na íntegra e gratuitos, sendo publicados por enfermeiros nos últimos cinco anos. Descritores: Acolhimento, Enfermagem, Emergência. Foram encontrados 127 artigos e após os critérios estabelecidos, resultou em 05 artigos para análise minuciosa e comparação por meio de tabelas. Essa análise caracterizou três categorias que foram discutidas: Acolhimento na classificação de risco, Protocolo de Manchester e o Enfermeiro frente ao Protocolo de Manchester. O acolhimento na classificação de risco utilizando o protocolo de Manchester pode salvar vidas, mas para isso precisa de um enfermeiro qualificado. Também evidenciou-se a necessidade de mais produção científica na área de enfermagem sobre o tema.

**Palavras-Chave:** Humanização da Assistência. Acolhimento. Atenção à Saúde.

- 
1. Enfermeiro Assistencial da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza e HRU.
  2. Enfermeira. Mestranda em Ensino na Saúde – UECE.
  3. Enfermeira - HRU.

## 2.40 O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Jacinilda Rodrigues Pereira<sup>1</sup>; Marenilda Justa da Silva<sup>1</sup>; Francisco José do Nascimento Júnior<sup>2</sup>; Francisca Fernanda Alves Pinheiro<sup>3</sup>; Andréa Luíza Ferreira Matias<sup>4</sup>; Herlênia da Penha Oliveira Cavalcante<sup>4</sup>; Natália Pedrosa de Vasconcelos<sup>4</sup>

### Resumo

A partir de 1990, com o surgimento das Unidades de Suporte Avançado de Vida (SAV), desenvolveram-se as atividades do profissional de enfermagem, mais especificamente do enfermeiro, no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) no Brasil, como aquelas ações de maior complexidade e invasivas. O APH é a assistência realizada fora do âmbito hospitalar, podendo ser direta, quando o profissional vai ao encontro da vítima, ou indireta, através de orientações médica feita por telefone. Este estudo teve como objetivo descrever a atuação do enfermeiro frente ao APH com base em estudos já publicados sobre o assunto, identificando como se conforma a assistência do enfermeiro nesse tipo de atendimento. Trata-se de uma Revisão Integrativa de abordagem qualitativa, realizada no período de dezembro de 2017 à abril de 2018, com artigos, selecionados minuciosamente, referentes ao assunto abordado. Após leitura dos artigos selecionados, foi notória a compreensão da importância da atuação do enfermeiro no APH, como também a qualificação e treinamento do mesmo e de toda equipe envolvida para melhor desenvoltura e organização do atendimento. O estudo possibilitou a percepção de que a atuação do enfermeiro no APH é de suma importância, pois este, além da gerência e administração, também tem maior presença no atendimento assistencial, tanto na abordagem primária como secundária. Isso nos permite a compreensão de que o papel do enfermeiro no APH é imprescindível em qualquer seguimento da assistência designada à população. Desde atividade de promoção e prevenção através de orientações educacionais em saúde, como também com capacitação dos profissionais envolvidos no APH.

**Palavras-Chave:** Atendimento Pré-Hospitalar. Enfermeiro. Urgência.

1. Enfermeira. Pós Graduanda da Especialização de Enfermagem em Urgência e Emergência – UNIQ.
2. Enfermeiro Assistencial - Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza e HRU.
3. Enfermeira. Mestranda em Ensino na Saúde – UECE.
4. Enfermeira Assistencial- HRU.

## 2.41 RELATO DE EXPERIÊNCIA: FIBROSE PULMONAR ASSOCIADA A PNEUMONIA POR HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA (PHC)

Adélia Barros<sup>1</sup>; Maria Tereza Aguiar Pessoa Morano<sup>2</sup>; Sâmea Severo Albuquerque<sup>2</sup>

### Resumo

A fibrose pulmonar é um tipo de pneumonia intersticial crônica fibrosante, de causa desconhecida, associada à piora funcional respiratória progressiva e taxas elevadas de mortalidade. O presente relato de experiência aborda de maneira ampla aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento da doença. Nele são listados as diferentes abordagens terapêuticas agora disponíveis, o tratamento sintomático, a ação de novas drogas eficazes em reduzir o ritmo de deterioração funcional pulmonar e as indicações para transplante pulmonar. Trata-se de um relato de experiência sobre fibrose pulmonar associada a PHC. Paciente apresentou em 2016 tosse seca frequente, considerando ser decorrente do refluxo gastroesofágico. Apresentando na primeira gestação uma piora da tosse com surgimento da dispneia progressiva tendo piora após o parto. Após o parto teve acompanhamento com o pneumologista e recebeu diagnóstico de fibrose pulmonar e PHC. Apresentando determinado diagnóstico em 2018 a paciente foi encaminhada para a Reabilitação Pulmonar (RP) do Hospital de Messejana (HM) Dr. Carlos Alberto Sturdart em Fortaleza - Ceará para uma avaliação e iniciar no programa de RP. Este envolve treinamento aeróbico e melhora da força muscular, além de receber orientações educacionais sobre a doença, orientação nutricional e suporte psicossocial. Podendo produzir redução do grau de dispneia e melhora da qualidade de vida, assim como aumento do tempo de exercício e da distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos. Os benefícios da RP podem ser mantidos a longo prazo, trazendo a perspectiva de se realizar essa intervenção terapêutica por períodos mais prolongados, portanto, recomenda-se a realização de RP nos pacientes com Fibrose Pulmonar, com duração de pelo menos 12 semanas, exceto quando houver alguma contraindicação. Trata-se de um procedimento seguro e com baixo risco de eventos adversos nesse tipo de paciente. É uma paciente que está na fila de transplante pulmonar que é uma alternativa de tratamento que proporciona um aumento da sobrevida. Durante o programa de reabilitação a paciente apresentou uma melhora significativa do borg (cansaço da paciente) e melhora do aeróbico através do incremento de carga. Apresentou perda de peso e melhora da capacidade funcional, representada no teste da caminhada de seis minutos, bem como melhora na qualidade de vida.

**Palavras-Chave:** Fibrose Pulmonar. Reabilitação. Transplante pulmonar.

---

1.Fisioterapeuta – UNIFOR.

2.Fisioterapeuta – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

## 2.42 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ADULTOS E IDOSOS SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Terená Juliana Matos<sup>1</sup>; Ana Isabella Braz Jácome<sup>1</sup>; Dágila Pinheiro Paiva<sup>1</sup>; Gleicivânia Rodrigues Carnaúba<sup>1</sup>; Renata Mendes Ferreira<sup>1</sup>; Patrícia Quirino Da Costa<sup>2</sup>

### Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é uma doença crônica não transmissível, multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial. Os sinais e sintomas podem ser tonturas, fortes dores de cabeça, zumbidos nos ouvidos e outros, porém na maioria dos casos os pacientes hipertensos são assintomáticos. O diagnóstico é realizado através da aferição da pressão arterial regularmente. O tratamento inclui medidas medicamentosas, mudança de hábitos alimentares, prática de exercícios físicos regulares, abandono do tabagismo entre outros. Nesse trabalho, objetivou-se relatar a experiência da educação em saúde com pacientes de uma unidade básica sobre a importância de prevenir e controlar a hipertensão arterial sistêmica. Trata-se de um estudo, do tipo relato de experiência com adultos e idosos de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, desenvolvido por acadêmicos de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará, durante a Disciplina de Saúde Coletiva, na abrangência de uma estratégia saúde da família de Fortaleza - Ceará, em Novembro de 2018. Foram utilizadas atividades como dinâmica quebra gelo e pôster demonstrando os cuidados com a saúde, e maneiras de prevenção e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, e por fim foi realizada uma dinâmica de fixação através de perguntas e respostas. Os estudantes de Enfermagem construíram uma proposta de educação em saúde com adultos e idosos de uma unidade de saúde, integrando o serviço de saúde e a universidade. Para isso, pensou-se, inicialmente em uma maneira simples e dinâmica para abordar a importância dos hábitos de prevenção e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, foram realizadas atividades de educação em saúde, com uma linguagem de compreensão fácil, abordando o assunto em questão para os pacientes durante a atividade proposta. Utilizado a dinâmica quebra gelo batatinha quente, em seguida uma dinâmica de fixação, pôster explicando os meios de prevenção e panfletos para os mesmos levarem para utilizar no dia-a-dia. Observou-se que ao decorrer das atividades os pacientes participaram ativamente, demonstrando interesse pelo tema e pelas atividades propostas. Percebe-se ainda que os mesmos já possuíam um conhecimento prévio sobre as formas de prevenção e controle da doença, pois houve um entendimento dos pacientes em responder as perguntas-chaves o que facilitou o processo educativo. Conclui-se por meio deste trabalho que os acadêmicos puderam associar teoria à prática e contribuir para a educação em saúde com os pacientes sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica. Percebeu-se a relevância desse evento para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde sobre a patologia com o público ali presente, visto que o cuidado a saúde deve ser integral e contínuo. A experiência vivenciada pelos acadêmicos durante esse trabalho foi válida e extremamente rica, permitindo perceber a importância das práticas educativas para os pacientes, que demonstraram ter compreendido o tema e estarem aptos a provocar em seus familiares e amigos ações de intervenção e controle da HAS. Além disso, este trabalho serviu como uma experiência positiva enquanto acadêmicos de enfermagem, nos proporcionando uma aproximação com a comunidade.

**Palavras-Chave:** Educação em saúde. Hipertensão. Saúde Coletiva.

1. Graduando (a) em Enfermagem – Centro Universitário Estácio do Ceará.
2. Farmacêutica. Docente -Centro Universitário Estácio do Ceará.

## 2.43 A ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA ASMA: MANEJO, PLANO DE AÇÃO E TRATAMENTO

Dayane dos Reis Araújo Rocha<sup>1</sup>; Francisco Rubenvaldo da Siva Cavalcante<sup>1</sup>; Igor da Silva Bomfim<sup>2</sup>

### Resumo

A asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao despertar. Resulta de uma interação entre genética, exposição ambiental, alérgenos, irritantes, e outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas. Trata-se de um estudo qualitativo, a partir da revisão integrativa de artigos, diretrizes e bibliografia com abordagem na língua portuguesa e inglesa, realizado na cidade de Fortaleza-CE, por acadêmicos de enfermagem, no mês de novembro de 2018. São descritos os manejos para tratamento e controle da asma, bem como suas atualizações propriamente ditas. Foram levantados dados dos últimos cinco anos. Os objetivos de longo prazo do tratamento da asma são: controle dos sintomas e redução dos riscos, para isso, é necessário que haja uma parceria entre os pacientes e os profissionais de saúde que os atendem. As estratégias incluem melhorar as habilidades de comunicação, reduzir o impacto da falta de conhecimentos de saúde. Para uma terapêutica adequada, controle dos sintomas e prevenção de riscos, a asma deve ser tratada em um ciclo contínuo, a saber: avaliar, ajustar o tratamento farmacológico e não farmacológico, rever a resposta. Instruir e reforçar as habilidades essenciais como: técnicas do uso de inalador, adesão ao tratamento, autotratamento direcionado, plano de ação por escrito para a asma, automonitoramento, avaliação profissional periodicamente. O tratamento medicamentoso da asma se baseia em dois pilares, o de manutenção, onde o objetivo é o controle da inflamação contínuo e o de resgate, que visa dar um efeito broncodilatador para alívio imediato dos sintomas. A base do tratamento de manutenção da asma é o corticóide inalatório, os principais usados são a beclometasona e a budesonida, associados ao beta2 agonista de longa ação (SABA) e anti-IGE nos casos mais graves. O médico geralmente prescreve prednisona no início do tratamento de cinco a dez dias. Já o de resgate, é basicamente os broncodilatadores de ação rápida, e os mais utilizados são o salbutamol e o fenoterol. Já o ipratrópio, que é um anticolinérgico de curta ação é utilizado exclusivamente nas crises, hoje, as literaturas recomendam o uso de corticóides inalatórios como profilaxia do descontrole da doença. A asma não tem cura, porém, é uma doença completamente controlável. O grande objetivo do tratamento da asma é o controle dos sintomas, portanto, a cada crise, deve-se avaliar o tratamento de manutenção desse paciente, pois como ele teve exacerbações, significa dizer que a terapêutica não está adequada. É importante que o indivíduo conheça a sua doença, evite os fatores desencadeantes, e principalmente, faça o controle do ambiente.

**Palavras-Chave:** Manejo da asma. Tratamento da asma. Asma brônquica.

1. Graduando em Enfermagem – UNINASSAU.

2. Doutor em Farmacologia – UFC.

## 2.44 ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL

Ana Karolina Vieira da Silva<sup>1</sup>; Maria Thaís Gonçalves Batista<sup>2</sup>; Larissa de Almeida Oliveira<sup>1</sup>; Priscila Carmelita Paiva Dias Mendes Carneiro<sup>3</sup>; Carone Alves Lima<sup>4</sup>

### Resumo

Para o ano de 2018, foram estimados 36.360 novos casos de câncer colorretal, entre homens e mulheres. A desnutrição é um fator muito comum em pacientes com câncer, isso ocorre devido à baixa ingestão de nutrientes, às alterações metabólicas relacionadas à doença, à localização do tumor e devido ao tratamento oncológico ao qual está submetido, afetando diretamente seu estado nutricional. A avaliação da qualidade de vida (QV) é um significativo indicador da resposta do paciente à doença e ao tratamento. A pesquisa objetivou avaliar o estado nutricional e qualidade de vida dos pacientes com câncer colorretal. Estudo transversal, realizado com 15 pacientes com câncer colorretal, acompanhados em um centro de referência na cidade de Fortaleza-CE. A obtenção dos dados foi realizada em 2016. Foram avaliados dados socioeconômicos e clínicos, estado nutricional a partir do índice de massa corpórea (IMC) e circunferência do braço (CB), como também através de um questionário referente à Qualidade de Vida (QV), o Functional Assessment of Cancer Therapy- Colorectal (FACT-C<sup>®</sup>) na versão 4.0 em português, que no geral, quanto mais próximo de 136, melhor a QV. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética, sob o CAAE 60431316.5.0000.5038. Classificação do estado nutricional indicou 53,3% de eutrofia, porém a CB mostrou algum grau de desnutrição em 66,6% dos pacientes. Assemelhando-se aos dados do presente estudo, foi verificado em outro trabalho que 65% dos pacientes foram classificados como eutróficos. Segundo a literatura, esses achados são aceitáveis, visto que não é frequente a desnutrição no câncer de cólon e reto, podendo ser explicado devido ao menor comprometimento da ingestão alimentar, ausência de distúrbios nutricionais absorptivos e alterações metabólicas mínimas. Em uma pesquisa, foram encontrados valores da CB em que 60% dos pacientes apresentavam desnutrição, corroborando com os resultados obtidos nesse trabalho. A média de idade foi de 57,8 ( $\pm 15,07$ ) anos. Em um estudo que analisou a idade de pessoas com câncer colorretal encontrou média de idade de 61,2 anos, portanto quanto maior a faixa etária maior será o risco para o desenvolvimento desse câncer. A média total do FACT-C<sup>®</sup> foi de 75,8 ( $\pm 13,9$ ), indicando uma pior qualidade de vida da amostra estudada. Em um estudo também utilizando o FACT-C<sup>®</sup>, verificou-se uma baixa na qualidade de vida em geral, com média de 102,2 ( $\pm 18,4$ ). Dados esses, que segundo alguns autores, podem ser atribuídos à situação na qual os participantes estavam vivenciando, por não estarem satisfeitos com a sua saúde no geral, o que justifica a semelhança desse entre ambos os estudos. **CONCLUSÃO:** Os pacientes encontravam-se eutróficos, porém com perda de peso importante e apresentaram uma pior QV no geral. Contudo, são necessários mais estudos com essa temática, com a finalidade de reforçar esta constatação. Diante de todas as variáveis encontradas, espera-se que esse estudo auxilie na prática assistencial de nutricionistas, de maneira a preservar e a melhorar tanto o estado nutricional como a qualidade dessa população.

**Palavras-Chave:** Estado nutricional. Qualidade de vida. Câncer Colorretal.

1. Nutricionista - Centro Universitário Estácio do Ceará.

2. Nutricionista. Bolsista de Apoio Técnico à Pesquisa - UFC.

3. Nutricionista. Mestre em Nutrição e Saúde. Docente - UNIFOR.

4. Nutricionista - Centro Regional Integrado de Oncologia. Preceptora de Estágio - Centro Universitário Estácio do Ceará.

## 2.49 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CRÍTICO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA: RELEVÂNCIA NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO RESIDENTE

Camilo Reuber de Sousa<sup>1</sup>; Isis Sousa Bezerra de Menezes<sup>2</sup>; Helânia do Prado Cruz<sup>2</sup>; Kelly Roberta Marcelino de Oliveira<sup>2</sup>; Nayana Claudia Silva Ribeiro<sup>2</sup>; Selda Maria Aguiar Carvalho<sup>3</sup>; Larissa de Araújo Lemos<sup>1</sup>

### Resumo

As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, tornando-as alvo de constantes avanços das técnicas que vão desde o diagnóstico à reabilitação. Em relação aos tratamentos invasivos, a cirurgia cardíaca é método efetivo, podendo ser dividida em cirurgia corretora, reconstrutora e substitutiva. A cirurgia cardíaca é um procedimento de grande porte, sendo necessários cuidados intensivos, principalmente no pós-operatório imediato, para um melhor desfecho. Os cuidados de enfermagem são relacionados à patologia de base, à cirurgia realizada, aos dispositivos invasivos, ao estado geral e ao exame físico específico do sistema cardiovascular. Levando em consideração a especificidade do cuidado ao paciente no pós-operatório cardíaco, este estudo objetiva relatar a experiência de residentes de enfermagem na assistência ao paciente no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. Trata-se de estudo descritivo do tipo relato de experiência, ocorrido entre 02 de abril a 15 de novembro de 2018 na unidade terapia intensiva pós-operatória de um hospital universitário de alta complexidade de Fortaleza-CE. Participaram do estudo duas residentes de enfermagem com ênfase em terapia intensiva. No período pós-operatório imediato, a estabilidade hemodinâmica e a recuperação anestésica são as principais metas. Então, todo cuidado e intervenções realizadas nesse período visam alcançar essas finalidades. Ao chegar à unidade de terapia intensiva, o paciente é colocado no suporte ventilatório, são monitorizados os parâmetros hemodinâmicos, ventilatórios e neurológicos, os drenos são colocados em aspiração e são anotados os balanços hídrico e sanguíneo de sala. Além disso, ocorre a realização de radiografia de tórax e eletrocardiograma, são coletados exames laboratoriais, é feita a avaliação do curativo da ferida operatória e da drenagem mediastinal. Entre os cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato da cirurgia cardíaca, estão: a verificação dos sinais vitais e dos débitos urinário e do dreno a cada hora. Há vigilância frequente quanto ao risco de sangramento e à ocorrência de alterações glicêmicas. Após a estabilidade do paciente, a pele é avaliada em relação à presença ou risco de lesão por pressão. O enfermeiro residente em Terapia Intensiva participa de todo o processo de assistência ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, sempre em conjunto com o preceptor enfermeiro, atuando em um cenário multiprofissional. Assim, é possível ao residente: desenvolver suas habilidades técnicas, trabalhar a comunicação em equipe, colocar em prática o aprendizado teórico, aprimorar a capacidade de avaliação e a autonomia para tomada de decisão. No cenário das doenças cardiovasculares, a residência atende à proposta de uma formação adequada às necessidades sócio-epidemiológico da população usuária do Sistema Único de Saúde.

**Palavras-Chave:** Cuidados críticos. Cirurgia cardíaca. Assistência ao Paciente.

1.Preceptores de Campo da Residência Multiprofissional em Enfermagem em Terapia Intensiva da Universidade Federal do Ceará.

2.Residentes Multiprofissionais em Enfermagem em Terapia Intensiva da Universidade Federal do Ceará.

3.Preceptora de Área da Residência Multiprofissional em Enfermagem em Terapia Intensiva da Universidade Federal do Ceará.

## 2.46 REFLETINDO O PROCESSO DE TRABALHO NA UNIDADE DE CARDIOPEDIATRIA: O PAPEL DO FLUXOGRAMA ANALISADOR

Ana Luiza De Oliveira Sousa<sup>1</sup>; Analice Mendes Barreto Fernandes<sup>2</sup>; Brenda Lia Pinheiro De Araújo Leite<sup>3</sup>; Camila Maciel Holanda<sup>4</sup>; Elisabete Da Silva Almeida<sup>5</sup>; Lorainy Dos Santos Carvalho<sup>6</sup>

### Resumo

Compreender a interdependência dos diferentes profissionais de saúde partícipes do processo de trabalho e possibilitar a análise dos processos decisórios se faz necessário no gerenciamento de um processo vivo, dinâmico e complexo. No contexto hospitalar a elevada demanda afeta a qualidade da assistência e o fluxo percorrido pelo paciente para utilização do serviço, fazendo-se imprescindível a implantação de tecnologias de gestão que permitam identificar falhas. O fluxograma analisador é uma ferramenta que, através da explanação gráfica de um conjunto de processos de trabalho interligados numa determinada cadeia de produção, busca responder questionamentos, permitindo a viabilização de estratégias para melhor gestão dos fluxos assistenciais. Este estudo tem como objetivo socializar a construção de fluxograma analisador em uma unidade de Cardiologia Pediátrica de um Hospital Terciário. Trata-se de relato de experiência da equipe de residentes multiprofissionais durante rodízio na unidade. A construção do fluxograma analisador foi dividida em etapas, onde inicialmente os residentes observaram o fluxo percorrido pelos pacientes durante a internação, alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial. No segundo momento, coletaram-se informações sobre os agendamentos dos atendimentos ambulatoriais, encaminhamentos de outras unidades hospitalares e a organização da assistência. Posteriormente, realizou-se oficina com profissionais da gestão da unidade onde se apresentou um esboço do fluxograma construído pela equipe de residentes. Em seguida, foi solicitado que as participantes fizessem as devidas alterações no fluxo apresentado, construindo em tamanho ampliado, com formas geométricas, modificando-o de acordo com a realidade vivenciada pela equipe. Após a oficina de construção do fluxograma em papel, utilizou-se o Software Bizagi para representação gráfica. O fluxograma analisador construído reflete os processos de trabalho de uma unidade voltada ao atendimento de crianças com cardiopatias congênitas, procedentes das regiões Norte e Nordeste do país. Apresenta como operação inicial o processo de internação que pode ocorrer basicamente através do ambulatório de livre demanda e internação eletiva para realização de procedimento cirúrgico, quando nos referimos aos pacientes estáveis. Quando instáveis, a internação ocorre por transferências de outros hospitais ou Unidades de Pronto atendimento. Em virtude da procura elevada, os leitos destinados à internação de pacientes eletivos são ocupados por demandas clínicas. Nestas ocasiões ocorre falha nos processos de cuidado integral ao paciente, uma vez que as decisões ainda concentram-se na equipe médica sem que haja comunicação eficiente entre os demais membros da equipe multiprofissional. Foram identificadas como fragilidades nos processos de trabalho: ausência de Emergência Pediátrica, infraestrutura inadequada, quadro profissional insuficiente, cargas horárias extenuantes, falha na comunicação e colaboração interprofissional. A organização dos processos de trabalho assume importância ao configurar mudança nos serviços de saúde, no sentido de pensar o cuidado centrado no usuário e suas necessidades. O exercício de construção do fluxograma analisador proporcionou a reflexão sobre fragilidades no processo de trabalho e desafiou a equipe a desenvolver estratégias para superar as falhas nos fluxos assistenciais.

**Palavras-Chave:** Assistência integral à saúde. Fluxograma. Relações Interprofissionais.

1.Nutricionista Residente – RIS-ESP/CE.

2.Dentista Residente – RIS-ESP/CE.

3.Enfermeira Residente – RIS-ESP/CE.

4.Farmacêutica Residente – RIS-ESP/CE.

5.Assistente Social Residente – RIS-ESP/CE.

6.Fisioterapeuta Residente – RIS-ESP/CE.

## 2.47 TRANSPLANTE CARDÍACO E DETERMINANTES SOCIAIS: LIMITES E POSSIBILIDADES

Luana Pereira do Nascimento Lima 1; Raquel Sampaio Florêncio<sup>2</sup>; Bárbara Cristina Sousa de Alencar<sup>2</sup>;  
Luana Maria Rocha da Silva <sup>3</sup>; Antônia Joyce Oliveira Alves 4; Ana Rosalin Ribeiro Leite<sup>6</sup>

### Resumo

As doenças crônicas não infecciosas (DCNI's) destacam-se como desafiadoras no processo de longitudinalidade do cuidado e conseqüentemente demandam uma Rede de Atenção à saúde articulada e fortalecida, visando o tratamento adequado. Inserido no rol das DCNI's, a insuficiência cardíaca destaca-se por apresentar altas taxas de morbimortalidade, sendo indicado o Transplante Cardíaco nos casos de refratariedade do tratamento. Existe uma forte evidência que correlaciona os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia com a prevalência de DCNI's. Nesse contexto, o estudo objetiva descrever o caso de uma paciente em preparo para transplante cardíaco, a partir da análise do Serviço Social. Trata-se de um estudo de caso vivenciado no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes na unidade de insuficiência e transplante cardíaco, durante o preparo para transplante de uma paciente. A coleta de dados foi realizada através de atendimentos individualizados, encaminhamentos, relatórios sociais, visitas domiciliares e orientações aos familiares e a paciente, os quais serviram de base para as intervenções do Serviço Social em interlocução com a equipe interdisciplinar. Esse estudo integra um projeto de pesquisa aprovado pelo comitê de ética do Hospital de Messejana sob parecer de nº1.297.958. Paciente procedente de outro estado do nordeste, agricultora, ensino fundamental incompleto, separada, possui três filhos, sem familiares em Fortaleza, beneficiária do auxílio-doença. Devido a gravidade da doença houve a necessidade de permanência nas imediações de centro especializado. Dentro do processo de preparo para o transplante há um protocolo de avaliação interdisciplinar. Vale destacar a importância do Assistente Social no que tange a análise dos elementos socioeconômicos bem como, a identificação de potenciais cuidadores, percebendo a complexidade e continuidade do tratamento. Nas situações de limitações socioeconômicas tais como: habitação, transporte, meio ambiente, acesso aos serviços socioassistenciais, dentre outros. Assim, no momento de entrevista social identificamos situações de vulnerabilidades e através do relatório social, articulamos a rede socioassistencial, solicitando intervenções junto a Secretaria de Habitação do município que reside atualmente. Após este contato foi possível agendarmos uma visita conjunta com a Assistente Social do município. Na ocasião, identificamos que a paciente reside em área de risco, sem saneamento básico, observou-se ainda que a vizinhança apresentava condições de insalubridade, além de ter o acesso dificultado aos meios de transporte. Diante do caso exposto, e tendo em vista que o paciente transplantado precisa de um ambiente que garanta proteção e bem-estar, as providências tomadas pela referida secretaria resultou na inclusão da paciente no aluguel social, além do seu cadastro no Programa Minha Casa Minha Vida. Essa situação apresentou-se como desafiadora à medida que os determinantes sociais expressados no cotidiano da referida paciente limitava a sua inclusão no tratamento, considerando os riscos aos quais estaria exposta, comprometendo o projeto terapêutico. Assim, reiteramos a importante atuação do Assistente Social na política de saúde através de um olhar ampliado compreendendo as particularidades e buscando superar os limites, lançando mão de estratégias na perspectiva de garantia dos direitos sociais.

**Palavras-Chave:** Transplante Cardíaco; Serviço Social; Determinantes Sociais.

- 1.Assistente Social - Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.
- 2.Enfermeira – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.
- 3.Graduanda em Serviço Social – UECE.
- 4.Graduanda em Serviço Social – UNINASSAU.
- 5.Graduanda em Serviço Social - FAMETRO.

## 2.48 AÇÕES DE ENFERMAGEM NO POSICIONAMENTO SEGURO DO PACIENTE DURANTE A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

Juliana Martins Ferreira<sup>1</sup>; Abias Micael Oliveira Lima<sup>1</sup>; Antônia Laís dos Santos Costa<sup>1</sup>; Dayane dos Reis Araújo Rocha<sup>1</sup>; Milena Káren Costa Santos<sup>1</sup>; Sara Santana Barros<sup>1</sup>; Jailson de Castro Freitas<sup>2</sup>

### Resumo

As preocupações do enfermeiro da sala de operação em posicionar o cliente de forma a atender as necessidades de visualização da equipe cirúrgica em relação ao seu foco, somam-se aquelas relativas a capacidade de tolerância do cliente e das condições da sua manutenção de forma segura, numa posição para o desenvolvimento do procedimento anestésico-cirúrgico. O posicionamento cirúrgico tem como principal finalidade promover o acesso ao sítio cirúrgico e deve ser realizado de forma correta para garantir a segurança do paciente e prevenir complicações. Trata-se de uma revisão integrativa com abordagem qualitativa, realizada em três bases de dados: Bases de Dados Bibliográficos Especializada na área de Enfermagem (BEDENF); Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no mês de outubro de 2018. Após análises foram selecionados três artigos mostrando ações de enfermagem no posicionamento seguro dos pacientes durante intervenções cirúrgicas, publicados entre os anos de 2010 a 2016. Os critérios de inclusão foram: artigos em português e espanhol, disponíveis na íntegra e que estivessem dentro da temática da revisão integrativa. E os critérios de exclusão foram: artigos de opinião. Utilizaram-se os seguintes descritores previamente conferidos no DeCS: Posicionamento do paciente, Enfermagem perioperatória, Assistência de enfermagem, Posicionamento cirúrgico. Na síntese dos estudos incluídos destacou-se os principais fatores de risco: Anestesia geral, peso, idade, imobilidade ou problema de mobilização, problemas no controle da temperatura corporal, condições de saúde pré-existentes e tempo cirúrgico prolongado. Dentre os cuidados de enfermagem recomenda-se: Implementar ações para as áreas de pressão; respeitar o alinhamento corporal; reduzir a fricção; cisalhamento e pressão; checar proeminências ósseas; selecionar e disponibilizar dispositivos de posicionamento de acordo com as necessidades de cada paciente e relacionar ao tipo e tempo cirúrgico; realizar a movimentação, transporte e posicionamento com número adequado de profissionais de saúde e com equipamentos adequados, para que não ocorra lesões ocupacionais, bem como aos pacientes; documentar todos os procedimentos de posicionamento. As principais recomendações para as posições cirúrgicas são: Supina; Prona e Lateral. Concluiu-se que a equipe Perioperatória necessita trabalhar de maneira transdisciplinar. Objetivando a assistência ao cliente livre de danos relacionados a imperícia, imprudência ou negligência. Quanto ao enfermeiro, é conveniente observar que o método mais eficaz para individualizar a assistência ao cliente cirúrgico acontece por meio da Sistematização da assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

**Palavras-Chave:** Assistência de enfermagem, posicionamento do paciente, centro cirúrgico.

1. Graduando (a) em Enfermagem – UNINASSAU.

2. Doutor em Ciências da Saúde – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

## 2.53 ENDOCARDITE INFECCIOSA EVOLUINDO COM NÓDULOS PULMONARES SÉPTICOS E SÍNDROME COLESTÁTICA TRANSINFECCIOSA: ESTUDO DE CASO

Cândida Mayara Rodrigues Carvalho<sup>1</sup>; Vinícius Torres Bezera<sup>1</sup>; Maria Clara Boris Costa<sup>1</sup>; Georgia Praça Pinto<sup>2</sup>; Andréia Bezerra Gondim<sup>2</sup>; Filadelfo Rodrigues Filho<sup>3</sup>; Frederico Carlos de Sousa Arnaud<sup>3</sup>

### Resumo

A Endocardite Infecçiosa (EI) é uma infecção que ocorre no endocárdio, podendo acometer uma ou mais valvas cardíacas. Dentre os sintomas, a febre baixa/intermitente e os sopros cardíacos estão presente em torno de 85% dos pacientes. A EI pode evoluir com eventos tromboembólicos sépticos acometendo outros órgãos. Seu diagnóstico é feito por critérios clínicos, microbiológicos e ecocardiográficos. Estudo descritivo do tipo estudo de caso, realizado por meio de revisão de prontuário de um paciente com EI admitido na emergência de um hospital terciário em Fortaleza no mês de novembro de 2018. V.P.V, masculino, albino, 52 anos, casado, natural de Fortaleza, hipertenso, com história prévia de carcinoma espinocelular em tórax. Paciente foi admitido em hospital terciário de Fortaleza com queixa de febre persistente e adinamia por 14 dias tendo passado por unidades de pronto atendimento sem esclarecimento do diagnóstico. Nesse hospital, paciente evoluiu com síndrome dispneica e icterica. A fim de elucidação diagnóstica realizou-se exames laboratoriais que apontaram para anemia microcítica e normocrômica, leucocitose, hiperbilirrubinemia, elevação de proteína C reativa e enzimas canaliculares. Na pesquisa de focos infecciosos, foi realizado ecocardiograma transtorácico, identificando vegetação em válvula tricúspide e colhido hemocultura, sendo duas amostras positivas para streptococcus sp. Foi realizado TC de abdome e pelve, que demonstrou fígado aumentado, sem dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, vesícula biliar repleta, com foco hiperdenso parietal. A colangiopancreatografia por ressonância magnética, descartou alterações de via biliar e pancreática. Iniciou-se meropenem/daptomicina e transferiu-se paciente para hospital de referência cardiopulmonar. Paciente deu entrada nesse serviço taquidispneico, evoluindo com insuficiência respiratória aguda, sendo transferido para sala de reanimação. Ao exame físico: agitado, hipocorado, icterico (3+/4+), diminuição de murmúrios vesiculares, presença de crepitações bibasais, bulhas hiperfonéticas com sopro sistólico(+3/+6) em foco tricúspide, febre e hepatoesplenomegalia. Identificou-se edema agudo hipertensivo, sendo iniciado nitroglicerina e oxigênio com pressão positiva não-invasiva. Após estabilização, realizou-se raio-x de tórax, identificando opacidades bilaterais difusas, sugestivas de nódulos pulmonares por êmbolos sépticos, e revisão dos exames de imagem aventando-se a hipótese de síndrome colestática transinfecciosa associada. Após 24 horas, paciente evolui estável e foi transferido para enfermaria. Posteriormente, resgatou-se antibiograma de hospital de origem e escalonou-se para gentamicina/penicilina cristalina. Paciente evoluiu com melhora significativa do estado geral. A EI é uma afecção que sempre deve ser lembrada nos pacientes que apresentam febre persistente sem foco infeccioso aparente, buscando-se assim diagnóstico precoce e início rápido de antibioticoterapia, diminuindo assim complicações e morbimortalidade.

**Palavras-Chave:** Endocardite Infecçiosa. Síndrome Colestática. Êmbolos Sépticos.

1.Graduando em Medicina – UNICHRISTUS.

2.Graduando em Medicina – UNIFOR.

3.Médico - Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart.

## 2.50 INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM CRIANÇA COM SÍNDROME DE GUILLAINBARRÉ-BICKERSTAFF ASSOCIADO À MIELITE: ESTUDO DE CASO

Katiana Walécia Holanda Silva Souza Guedes<sup>1</sup>; Ranieli Cavalcante dos Santos<sup>1</sup>; Denise Silva de Moura<sup>2</sup>

### Resumo

A Síndrome de Guillain-Barré é uma neuropatia periférica aguda, desmielinizante, cuja principal característica é fraqueza muscular progressiva e arreflexia, sendo a fraqueza muscular o sinal mais visível. A origem é desconhecida, mas foi observado na maioria dos casos forte relação com precedentes de doenças agudas causadas por agentes infecciosos. Tratou-se de um estudo de caso de um paciente com diagnóstico clínico de Síndrome de Guillain-Barré da variação Bickerstaff, associado à Mielite, assistido no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), durante o módulo Fisioterapia na Saúde Funcional da Criança e Adolescente II (FSFCAII), no período de abril à maio de 2018, totalizando três atendimentos, com duração de aproximadamente quarenta minutos. B.C.G., 11 meses, sexo masculino, 8,5 kg, 0,72 centímetros, residente em Fortaleza- Ceará. Paciente foi admitido no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) no dia 20 de abril de 2018. Foi encaminhado ao HIAS após cinco dias de febre, petéquias em MMII, quatro dias sem evacuar ausência de movimentação nas pernas há um dia e sonolência excessiva. Com diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré da variação Bickerstaff, associado à Mielite. Paciente encontrava-se acordado, pálido, sonolento, apático, respirando em ar ambiente, tosse produtiva com acúmulo de secreção na cavidade oral e dificuldade para deglutir, com hipotonia e paresia em MMII mais acentuado à direita, apresenta astasia. Observamos preservação de força muscular de MMSS e coluna cervical, capaz de alinhar a cabeça ao tronco regular. Estado geral: coloração da pele descorada, estado neurológico com movimentação espontânea diminuída, hiporeativo aos testes de reflexos e pupilas normais. Objetivamos através da Fisioterapia, permeabilidade das vias aéreas, reexpansão pulmonar, otimizar a sensibilidade, o equilíbrio, estabilidade e tônus postural, ganho de força muscular, estimular o desenvolvimento neuropsicomotor e deambulação. Portanto, utilizamos como conduta fisioterapêutica higiene nasal e brônquica, manobras de compressão e descompressão, estimulação diafragmática e sensitiva através da aplicação de diferentes texturas, estímulos aos músculos paravertebrais, cinesioterapia passiva para MMII e ativa para MMSS associada a recursos como bola e rolo, estimular a mudança de posições (deitado para sentado, quatro apoios e sentado para bipedestação) bem como descarga de peso e técnicas de co-contracção. O pai foi orientado a estimular posturas e a realizar estímulos sensitivos na criança. A fisioterapia neuropediátrica tem dentre seus objetivos os de favorecer o desenvolvimento neuropsicomotor por meio da prática de exercícios terapêuticos e condutas que estimulem as atividades motoras, equilíbrio e marcha. Otimizando a funcionalidade e participação ativa da criança. Concluímos que apesar do pequeno número de atendimentos, podemos observar a relevância da intervenção fisioterapêutica em criança com Síndrome de Guillain-Barré da variação Bickerstaff, associado à Mielite, por minimizar as desordens motoras e prevenir complicações e agravos. A evolução do quadro foi relativa frente a quantidade de atendimentos, mas resultou na alta hospitalar do paciente.

**Palavras-Chave:** Fisioterapia. Síndrome de Guillain-Barré. Mielite.

---

1.Graduando em Fisioterapia – UNIFOR.

2.Docente da Graduação em Fisioterapia - UNIFOR.

## 2.51 EFEITOS AGUDOS DO LASER SOBRE A FORÇA E RESISTÊNCIA MUSCULAR PERIFÉRICA EM MULHERES COM FIBROMIALGIA

Ranieli Cavalcante dos Santos<sup>1</sup>; Katiana Walécia Holanda Silva Souza Guedes<sup>1</sup>; Mayron Faria de Oliveira<sup>2</sup>; Juliana Maria de Sousa Pinto<sup>2</sup>

### Resumo

A fibromialgia (FM) é uma patologia caracterizada por dor intensa nos músculos esqueléticos, sendo persistente por mais de três meses, impactando na qualidade de vida (QV) na redução de força, flexibilidade e resistência muscular, chegando a comprometer os sistemas cardíaco e respiratório. Estudo do tipo transversal, experimental, clínico controlado, randomizado e duplo cego no qual foram investigados os efeitos da aplicação do laser de baixa intensidade sobre a força e resistência muscular periférica em pacientes com FM comparativamente a mulheres saudáveis. Foram incluídas 37 pacientes do sexo feminino, com idade entre 34 e 70 anos, sendo 20 com diagnóstico médico prévio de FM (grupo FM) e 17 mulheres saudáveis e sedentárias (grupo Controle). Não foram encontradas diferenças entre as variáveis demográficas e antropométricas entre os dois grupos. O grupo FM apresentou baixa Qualidade de Vida (QIF –  $76 \pm 16$  pontos) com elevada percepção de dor ( $14 \pm 4$ ). Além disso, o grupo FM apresentou maior número de comorbidades quando comparado ao grupo Controle, assim como as medicações utilizadas ( $p < 0,05$ ). O grupo Controle apresentou maior força ( $127,35 \pm 31,28$  vs.  $129,06 \pm 60,03$  nm) e resistência muscular periférica ( $76,41 \pm 35,83$  vs.  $81,06 \pm 34,64$  nm) quando comparado ao grupo FM, respectivamente. O laser não melhorou a força ( $96,80 \pm 55,76$  vs.  $90,50 \pm 53,13$  nm) e resistência muscular ( $50,45 \pm 31,34$  vs.  $48,95 \pm 30,71$  nm) em pacientes com FM  $p > 0,05$ . Acreditamos que o presente estudo foi o primeiro na literatura científica a abordar os efeitos do laser para ganho de força e resistência muscular periférica em mulheres com FM. Nossos resultados sugerem que a terapia com laser de baixa intensidade não apresentou efeitos significativos em relação ao ganho de força e resistência muscular periférica em mulheres com FM quando comparadas a mulheres saudáveis. A fisiopatologia da FM é caracterizada por um distúrbio no sistema nervoso central, no qual ocorre redução dos níveis de neurotransmissores de caráter inibitório, como a serotonina, e aumento da substância neuroexcitatória, a qual está diretamente relacionada na condução da dor, resultando em alterações na modulação e sensibilidade dolorosa. Acreditamos que o alto número de medicamentos, associados à piora da QV nas pacientes com FM, pode ter ocasionado uma diminuição adicional da condução aferente (Espinotalâmica), resultando no aumento da percepção dolorosa. Desta forma, fica incerto o quanto o laser pode ter colaborado com a melhora destes pacientes. Neste sentido, nosso estudo apresenta um avanço significativo da fisiologia e fisiopatologia da FM, visto que a aplicação do laser não apresentou melhora na força e resistência muscular periférica, sugerindo que mecanismos intrínsecos podem influenciar na resposta ao tratamento não convencional. O laser de baixa intensidade não foi capaz de promover melhora da força e resistência muscular periférica em mulheres com FM.

**Palavras-Chave:** Fibromialgia. Fisioterapia. Laser.

---

1.Graduando em Fisioterapia – UNIFOR.

2.Docente da Graduação em Fisioterapia – UNIFOR.

## 2.52 O TREINAMENTO MUSCULAR RESPIRATÓRIO (TMR) ASSOCIADO À OXIGENOTERAPIA DE UM PACIENTE COM A SÍNDROME DE HERMANSKY-PUDLAK: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Renata Alves de Vasconcelos<sup>1</sup>; Sâmea Severo Alburquerque<sup>2</sup>

### Resumo

A síndrome de Hermansky-Pudlak (HPS) é uma doença autossômica recessiva rara e apresenta nove tipos, os quais são definidos de acordo com seus sinais, sintomas e causa genética. Apresenta manifestações clínicas como albinismo oculocutâneo, diátese hemorrágica por deficiência de armazenamento de plaquetas, neutropenia, colite granulomatosa e fibrose pulmonar. A fibrose pulmonar (FP) é definida como uma patologia pulmonar intersticial que acontece de forma progressiva em pacientes com a HPS, causando insuficiência respiratória. Dentre as complicações, apresentam déficit muscular respiratória que ocasiona o aumento da dispneia, uso de musculatura acessória, ortopneia, taquipneia, respiração paradoxal, tosse ineficaz e fraqueza muscular generalizada. O objetivo deste trabalho é relatar uma experiência sobre o acompanhamento do treinamento muscular respiratório associado à oxigenoterapia de um paciente em lista de espera do transplante pulmonar com o diagnóstico clínico de síndrome de Hermansky-Pudlak. Trata-se de um relato de experiência do treinamento muscular respiratório associado à oxigenoterapia de um paciente em lista de espera do transplante pulmonar com o diagnóstico clínico de Síndrome de Hermansky-Pudlak assistido pelo setor da Reabilitação Pulmonar do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. O paciente com diagnóstico clínico de HPS e FP foi submetido ao programa de Reabilitação Pulmonar (RP), no qual foi realizada a avaliação multiprofissional e iniciou a RP logo em seguida, dias depois o paciente não conseguia tolerar o protocolo de treinamento muscular respiratório (TMR), deixando de efetuar por um período de um minuto. O protocolo consiste no uso de carga de 40% da P<sub>Imáx</sub> com três repetições de cinco minutos de atividade com o aparelho Threshold<sup>®</sup> IMT (carga linear pressórica para treino muscular inspiratório). Por isso, foi identificada uma estratégia que melhor adaptasse o treino. Assim, foi inserido oxigênio suplementar através de um orifício no Threshold<sup>®</sup> IMT, que permitiu a entrada de oxigênio durante as incursões respiratórias. O paciente ao utilizar essa associação conseguiu tolerar o protocolo do TMR proposto pelo programa de RP sem interrupções, não apresentou dessaturação de oxigênio e ao mesmo tempo relatava melhora da dispneia pela Escala BORG, atingindo o objetivo do TMR.

**Palavras-Chave:** Fibrose pulmonar. Oxigenoterapia. Centro de reabilitação.

---

1. Fisioterapeuta – UNIFOR.

2. Fisioterapeuta – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

