SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO

III Encontro de TCR da **COREMU SMS SP**

Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Terapia Intensiva

Organização: Valnice de Oliveira Nogueira

São Paulo, 08 de outubro de 2025.













III Encontro de TCR da COREMU SMS SP Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Terapia Intensiva

Secretaria Municipal da Saúde Secretaria-Executiva de Gestão Administrativa Coordenadoria de Gestão de Pessoas Escola Municipal de Saúde Divisão de Ensino Comissão de Residência Multiprofissional

Organização: Valnice de Oliveira Nogueira – Comissão de Residência Multiprofissional

Colaboração: Fernanda Rocco Oliveira, Roberto Navarro Morales Junior, Marcio Perez de Santana.

São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Secretaria-Executiva de Gestão Administrativa. Coordenadoria de Gestão de Pessoas. Escola Municipal de Saúde. Divisão de Ensino. Comissão de Residência Multiprofissional.

III Encontro de TCR da COREMU SMS SP: Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Terapia Intensiva/ Organizadora: Valnice de Oliveira Nogueira.-São Paulo: SMS, 2025.

137p.

1. Internato não médico. 2. Programa de Pós graduação em Saúde. 3. Terapia Intensiva

Marine Arakaki – CRB8^a/4.742

São Paulo - 08/10/2025











III Encontro de TCR da COREMU SMS SP Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Terapia Intensiva

Esta publicação disponibiliza ao leitor, em formato de slides, as apresentações dos egressos dos Programas de Residência realizadas durante o III Encontro de TCR da COREMU SMS-SP. Além disso, complementa os resumos publicados nos Anais, que estão acessíveis na <u>BVS SMS São Paulo</u>.









III Encontro de TCR da COREMU SMS SP Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. AUTOEFICÁCIA E R <mark>ESIDÊNCIA: ESTUDO COM OS</mark> PROFISSIONAIS RESIDENTES DA COREMU SMS-SP	
Ana Rebeca Lemde Oliveira	
2. A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃ <mark>O DA EQUIPE</mark> MULTIPROFISSIONAL NA VIABILIDADE DOS ÓRGÃOS DO POTENCIAL DOADOR	
Camila de Oliveira Betzel	
3. O MANEJO DA HIPERGLICEM <mark>IA DE PACIENTES CRÍTICOS DE UM HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO PAULO45</mark>	
Giulia Sanchez Leonardo	
4. MANUTENÇÃO PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE CATETERES VENOSOS	
Isabela de Araújo Fonseca	
5. COMUNICAÇÃO HUMANIZADA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	
Laneidja Valeria Brito Rocha	
6. VIVÊNCIAS E IMPACTOS DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO EM UTI PARA O ACOMPANHANTE FAMILIAR91	
Luana Santos Chagas da Paixão	
7. INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS PARA PREVENÇÃO DA SÍNDROMES PÓS-CUIDADOS INTENSIVOS - UMA REVISÃO INTEGRATIVA99	
Micaellen de Jesus Santos	
8. INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO PÓS TROMBÓLISE: UMA REVISÃO DE LITERATURA	
Victoria Santanna Rosa	











SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À TERAPIA INTENSIVA

AUTOEFICÁCIA E RESIDÊNCIA: ESTUDO COM OS PROFISSIONAIS RESIDENTES DA COREMU SMS-SP

Pertencimento

Residente: Ana Rebeca Lemos de Oliveira

Orientadora: Valnice de Oliveira Nogueira

Unidade Executora: Hospital Municipal Doutor Cármino Caricchio



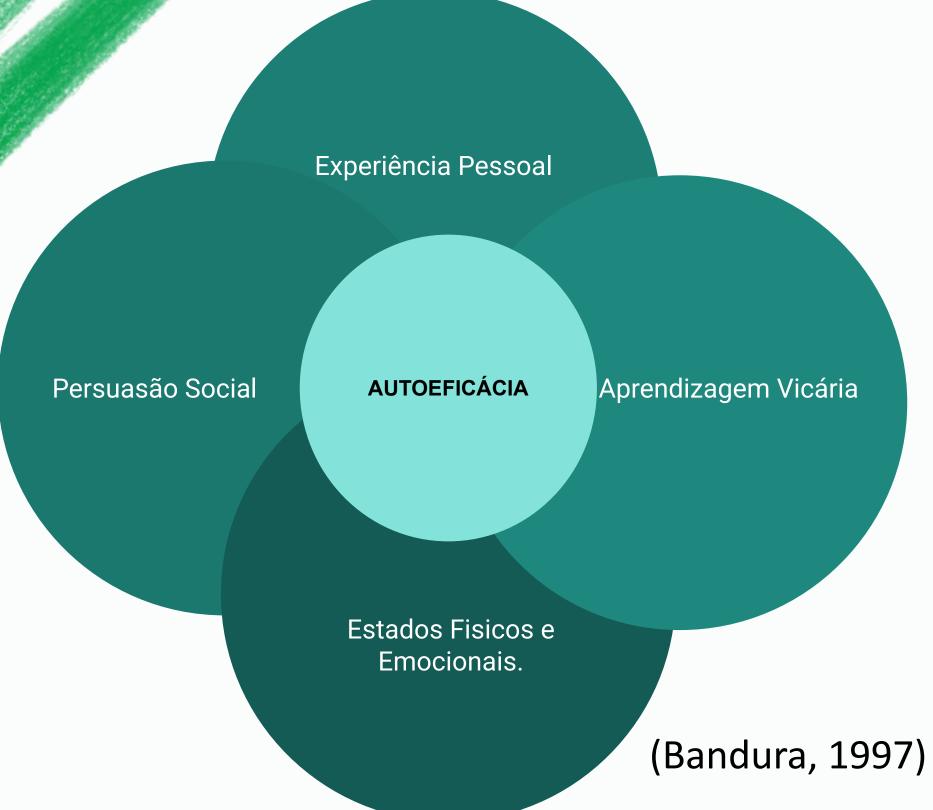








Fontes de Autoeficácia



• A autoeficácia diz respeito a quanto o sujeito sente-se capaz de realizar determinada tarefa, ou seja, a percepção. A mesma se desenvolve ao longo da vida, sendo estavel, mas não estatica (Bandura, 1997; Bandura; Azzi & Polydoro, 2008).





INTRODUÇÃO

- Especificidades da pós graduação lato sensu na modalidade Residência (Brasil, 2014).
- Treinamento de gerenciamento de estresse e comunicação mostrou que aqueles que tiveram a intervenção sentiram-se mais auto eficazes e menos estressados ao precisar realizar comunicados (Bragard et al. 2010).

- Milam et al. (2019) analisaram a relação entre o constructo e bem estar dos Profissionais residentes e concluíram que quanto maior o senso de autoeficácia menor exaustão emocional, assim maior seria o senso de realização pessoal e bem-estar psicológico geral.
- Os profissionais de saúde que cursam Programas de Residência Multiprofissional e de Área Profissional podem ter o senso de autoeficácia aumentado?





OBJETIVO

- Esta pesquisa teve como objetivos:
- Verificar os níveis de autoeficácia dos Profissionais residentes da Comissão de Residência
 Multiprofissional em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (COREMU SMS-SP)
- Comparar os níveis de autoeficácia dos Profissionais residentes nos anos 1, 2 e 3
- Identificar variáveis que possam vir a interagir e interferir na comparação entre os grupos.





MÉTODO

- Pesquisa de campo exploratória de abordagem quantitativa.
- Os critérios para inclusão foram: a) estar com a matrícula ativa dos programas da COREMU SMS-SP; b) ter concordado, após a leitura, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
- Critérios de exclusão foram: a) estar com a matrícula inativa ou ser egresso programas da COREMU SMS-SP; b) estar afastado das atividades como residente por licença de qualquer origem; c) não ter concordado, após a leitura, com o TCLE.
 - Questionário sociodemográfico com 14 perguntas: 13 fechadas e 1 aberta.
- Nova Escala de Autoeficácia Geral elaborada por Cheng et al. (2011) traduzida, adaptada e validada no Brasil por Balsan et al (2020): A escala é tipo Likert e tem cinco pontos que varia "concordo totalmente" representado pelo número 1, enquanto o último ponto de número 5 seria "discordo totalmente" com 6 itens e unifatorial.





MÉTODO

• A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2024 por meio de um questionário disponibilizado na plataforma do *Google Forms* ©. Foi realizado um pré-teste com 5 pessoas.

- A análise dos dados foram realizadas no programa Statistical Package for Social Sciences SPSS, com exceção da questão aberta em que foi feita uma categorização temática exploratória.
- Análises estatísticas: Estatística Descritiva; Testes não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis; Teste de Correlação Spearman.
- Os procedimentos éticos obedeceram a Resolução CNS nº 466/ 2012 e Resolução CNS 560/2016 e a pesquisa foi aprovada pelo parecer CAAE de N ° 80385524.2.0000.0073.





CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

- 39 participantes de um total de 104 de residentes (37,5%.)
- A maioria da amostra se identifica como do sexo feminino, 89,7%.
- As idades variam entre 21 e 45 anos (M = 27,92; DP = 6,0)
- Solteiros são o maior número de respondentes 74,4 %
- A maioria da amostra se identificou como branca 59%
- 89,7% não possuem filhos
- Profissão predominante: Enfermeiros (30,8%)
- Programa de Residência: Atenção à Terapia Intensiva e Atenção à Urgência/Emergência (30,8% cada)
- Ano de Residência: 51,3% no primeiro ano
- Segunda Graduação: 92,3% não possuem
- Experiência na Área: 51,3% possuem pelo menos 3 meses
- Outra Pós-Graduação: 30,8%, mas apenas 2,6% concluíram outra residência





Teste de Mann-Whitney:

- Comparação entre dois grupos: sexo, experiência prévia, e mais de uma graduação.
- Resultados não significativos:
 - \circ Sexo: W = 73.00; p = 0.90
 - \circ Experiência prévia: W = 135.00; p = 0.12
 - \circ Mais de uma graduação: W = 46.50; p = 0.71

Teste de Kruskal-Wallis:

- Comparação entre três grupos: tipo de programa, cor ou raça, e ano de residência.
- Resultados não significativos:
 - \circ Cor ou raça: H = 0.088; p = 0.95
 - \circ Tipo de programa (neonatologia excluída): H = 0.214; p = 0.97
 - \circ Ano de residência: H = 0.436; p = 0.80





- Os resultados deste estudo revelaram que não há diferenças significativas nos escores gerais de autoeficácia entre homens e mulheres.
- Estão em consonância com estudos na área de residência de Milam et al. (2019) e Park et al. (2020) e de satisfação acadêmica e autoeficácia de Santos et al. (2019).
- A pesquisa realizada por Du et al. (2024) com residentes de cirurgia pediátrica na China, apontou diferença entre os sexos.
- Em um estudo feito para identificar se a lacuna de gênero na confiança e o efeito Dunning-Kruger existem na simulação para cateterismo venoso central (CVC) em um simulador robótico, descobriu-se que as mulheres tinham níveis de autoeficácia menores que os homens, ainda que no desempenho não houvessem diferenças (Tzamaras et al., 2024)
 - Discrepância no tamanho da amostra masculina.





Tabela 1

Estatística Descritiva da Variável do Ano de Residência

Em Qual Ano		M ()! -	DD.
Residência Voc		Média	DP
1	20	23.10	3.89
2	17	22.52	4.83
3	2	22.00	1.41

- O estudo realizado por Milam et al. (2019), identificou que os residentes do primeiro anos possui uma percepção mais elevada de sua capacidade para realizar tarefas, em comparação com os residentes do terceiro ano.
- Em contrapartida aos resultados obtidos com o estudo de Milam et al. (2019) e desta pesquisa, Park et al. (2020) verificaram que há o aumento dos níveis de autoeficácia com o passar dos anos dos residentes
- Uso de diferentes tipos de escalas.





Tabela 2

Comparações Post Hoc do Estado Civil

Grupos Comparados	Diferença de Médias	Pbonf
Solteira (o) vs. Casada	4.034	0.02
(o)		
Solteira (o) vs. União	8.034	0.01
Estável	0.034	0.01
Casada (o) vs. União		
Estável	4.000	0.50

Nota. Valor de P ajustado usando o método de Bonferroni para a família de 3 comparações.

Tabela 3

Estatística Descritiva da Variável do Estado Civil



\mathbf{N}	Média	DP
2	16.00	1.41
8	20.00	2.83
29	24.03	3.83
	2	2 16.00





- O estado civil é utilizado nas pesquisas de residência e autoeficácia, apenas como ferramenta para traçar um perfil.
- Na pesquisa realizado por Batool et al. (2020), que busco verificar o impacto da autoeficácia no estresse no trabalho dos professores, com ênfase na comparação entre professores casados e solteiros, não encontrou significância entre as médias do constructo e a variável.
- A pesquisa de Baptista et al. (2008d) em que os autores procuraram se aprofundar nas relações entre apoio social, lócus controle e autoeficácia também não encontraram associação significativa entre o construto estudado nesta pesquisa e o estado civil dos participantes.





Tabela 4

Correlação de Spearman entre Idade e Escore de Autoeficácia

Variáveis	r	p-value	n	
Idade e				
	-0.332	0.039	39	
Autoeficácia				

• Não foram encontradas pesquisas com interpretação dessas variáveis com a idade, assim, como o estado civil, sendo ela usada apenas para descrever dados da população participante.

- Outras pesquisas usaram a idade apenas para classificar o participante (Zepeda-Gómez et al. 2023).
- Um dos únicos achados foi uma pesquisa que se propôs a analisar a associação entre a autoeficácia percebida, a autoestima e a presença de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes no início do curso de graduação em enfermagem, não encontrando correlação Melo et al. (2021).





Tabela 5

Frequência das Categorias Relacionadas às Barreiras à Autoeficácia

Categoria	Frequência
Cansaço e Sobrecarga	17
Carga Horária	15
Fatores Pessoais	13
Falta de Apoio ou Orientação	12
Fatores Relacionados ao	9
Treinamento e Ensino	9
Saúde Mental	7
Fatores Relacionados à	7
Infraestrutura e Recursos	,
Dificuldade no Relacionamento	6
Interpessoal	0
Deslocamento	5
Falta de Habilidades Prévias	5
Outros	10

Nota. A tabela apresenta a frequência de categorias relatadas como barreiras para a autoeficácia dos respondentes.

- "Cite 3 coisas que você acredita que faz você ser menos eficaz na sua prática como residente."
- Temas como sobrecarga e cansaço são características que podem estar ligadas ao burnout, que pode ser caracterizado por três dimensões principais: exaustão, cinismo e redução da eficácia (Maslach et al., 2001).
- A autoeficacia elevada como fator de proteção para burnout (Carlotto et al., 2015; Souza et al., 2015). Resultados semelhantes encontrado com residentes (Smeds et al. 2019).
 - A exigência da carga horária e os relatos de cansaço.





Tabela 5

Frequência das Categorias Relacionadas às Barreiras à Autoeficácia

Categoria	Frequência
Cansaço e Sobrecarga	17
Carga Horária	15
Fatores Pessoais	13
Falta de Apoio ou Orientação	12
Fatores Relacionados ao	9
Treinamento e Ensino	9
Saúde Mental	7
Fatores Relacionados à	7
Infraestrutura e Recursos	,
Dificuldade no Relacionamento	6
Interpessoal	0
Deslocamento	5
Falta de Habilidades Prévias	5
Outros	10

Nota. A tabela apresenta a frequência de categorias relatadas como barreiras para a autoeficácia dos respondentes.

- Subcategoria Insegurança e os Estados mentais e físicos.
- A residência deve ser o lugar de desenvolvimento da segurança do sujeito para realizar as tarefas que são ou virão a ser de competência do profissional e se estes sentem-se inseguros, logo devem apresentar baixa crença em suas capacidades.
- A preceptoria e seu papel na residência.
- A preceptoria e seu papel na aprendizagem vicária e persuasão social.
- Estudos de Jensen et al (2024) e Chaves et al. (2024).





CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Sugere-se que fatores como estado civil podem influenciar as percepções de autoeficácia, embora esse tema ainda careça de mais pesquisas nos mais diversos contextos.
- Futuramente a investigação detalhada acerca das variáveis sociodemográficas e suas interações com a autoeficácia compreenderia com exatidão os fatores que moldam a percepção de competência em diferentes contextos profissionais.

- Deve-se assegurar estratégias institucionais aos preceptores e garantir maior satisfação em sua práxis e que estimulem da melhor forma o senso de autoeficácia nos residentes que acompanham.
- A necessidade da criação de uma escala de autoeficácia para Residência Multiprofissional e de Área Profissional e os resultados a partir dela.
 - As limitações do estudo.





REFERÊNCIAS

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman and Company.

Bandura, A.; Azzi, R. G. & Polydoro, S. (2008). Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed

Balsan, L. A. G., Carneiro, L. L., Bastos, A. V. B., & Cost, V. M. F. (2020). Adaptação e Validação da Nova Escala Geral de Autoeficácia. Revista Avaliação Psicológica. https://doi.org/10.15689/ap.2020.1904.16654.07

Baptista, M. N., Alves, G. A. d. S., & Santos, T. M. d. M. d. (2008d). Suporte familiar, auto-eficácia e lócus de controle evidências de validade entre os construtos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(2), 260–271. https://doi.org/10.1590/s1414-98932008000200004

Batool, S., Atta, M., & Riaz, N. (2020). Impact of Self-Efficacy on Job Stress in Teachers: The Role of Marital Status. Journal of Research in Social Sciences (JRSS), 8(2).

Bragard, I., Etienne, A.-M., Merckaert, I., Libert, Y., & Razavi, D. (2010). Efficacy of a Communication and Stress Management Training on Medical Residents' Self-efficacy, Stress to Communicate and Burnout. *Journal of Health Psychology*, 15(7), 1075–1081. https://doi.org/10.1177/1359105310361992

Brasil. Conselho Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). (2014). Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014.

- Brasil (2014). Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 16, Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde
- Carlotto, M. S., Dias, S. R. d. S., Batista, J. B. V., & Diehl, L. (2015). O papel mediador da autoeficácia na relação entre a sobrecarga de trabalho e as dimensões de Burnout em professores. Psico-USF, 20(1), 13–23. https://doi.org/10.1590/1413-82712015200102
- Chaves, N. M. d. L., Miaranda, E. d. S. d. S., Barroso, L. d. P. S., Sousa, R. F., Barros, C. d. S. D., Silva, E. C. M., & Moraes, P. M. d. O. (2024b). Residência multiprofissional em saúde sob o olhar do residente. CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES, 17(1), 2777–2793. doi:10.55905/revconv.17n.1-164
- Du, Y., Qiao, L., Dong, L., Wan, C., Yang, X., Liu, H., & Liu, H.-m. (2024). The relationship between self-efficacy, resilience, and job burnout in pediatric residents: a cross-sectional study in Western China. BMC Medical Education, 24(1).

 https://doi.org/10.1186/s12909-024-05700-y



ENCONTRO TCR COREMU/SMS-SP

REFERÊNCIAS

- Jensen, R. M., Anand, A., Kearse, L. E., & Korndorffer, J. R. (2024). Looking Beyond the Numbers: A Comparison of Operative Self-Efficacy, Supervision, and Case Volume in General Surgery Residency. *Journal of Graduate Medical Education*, 16(3), 280–285. https://doi.org/10.4300/jgme-d-23-00461.1
- Melo, H. E. d., Severian, P. F. G., Eid, L. P., Souza, M. R. d., Sequeira, C. A. d. C., Souza, M. d. G. G., & Pompeo, D. A. (2021). Impacto dos sintomas de ansiedade e depressão na autoeficácia percebida em estudantes de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao01113
- Milam, L. A., Cohen, G. L., Mueller, C., & Salles, A. (2019). The Relationship Between Self-Efficacy and Well-Being Among Surgical Residents. Journal of Surgical Education, 76(2), 321–328. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2018.07.028
- Park, K. U., Selby, L., Chen, X., Cochran, A., Harzman, A., Shen, C., & Gregory, M. E. (2020). Development of Residents' Self-Efficacy in Multidisciplinary Management of Breast Cancer Survey. *Journal of Surgical Research*, 251, 275–280. https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.02.014
- Santos, A. A. A. d., Zanon, C., & Ilha, V. D. (2019). Autoeficácia na formação superior: seu papel preditivo na satisfação com a experiência acadêmica. Estudos de Psicologia (Campinas), 36. https://doi.org/10.1590/1982-0275201936e160077
- Smeds, M. R., Janko, M. R., Allen, S., Amankwah, K., Arnell, T., Ansari, P., ... Yoo, P. (2019). Burnout and its Relationship with Perceived Stress, Self-Efficacy, Depression, Social Support, and Programmatic Factors in General Surgery Residents. The American Journal of Surgery. doi:10.1016/j.amjsurg.2019.07.00
- Tzamaras, H., Sinz, E., Yang, M., Ng, P., Moore, J., & Miller, S. (2024). Competence over confidence: uncovering lower self-efficacy for women residents during central venous catheterization training. *BMC Medical Education*, 24(1). https://doi.org/10.1186/s12909-024-05747-x
- Zepeda-Gómez, B. G., Castro Pérez, R., & Hernández Murúa, J. A. (2023). Autoeficacia, estilo de vida y calidad de vida en adultos mayores: una revisión literaria. Actividad Física y Desarrollo Humano, 12(1), 1–14.





AGRADECIMENTOS

Gostaria de iniciar este momento de agradecimento expressando minha profunda **gratidão a Deus**, que iluminou meu caminho durante toda a minha trajetória, proporcionando forças e sabedoria para enfrentar cada desafio. Agradeço **aos meus guias espirituais**, que me acompanharam com proteção e orientação.

À minha família, que sempre esteve ao meu lado com amor incondicional, apoiando-me em todos os momentos desta jornada, em especial ao meu esposo, Michael, que compreendeu o meu cansaço diário, que me deu colo quando os plantões foram dificeis e por não ter me deixado desistir, te amo.

Aos meus colegas residentes, que compartilharam comigo os altos e baixos desse caminho árduo, minha sincera gratidão. Em especial Giulia que foi minha dupla desde do primeiro dia e nunca largou minha mão. Agradeço também às psicólogas da UTI, Juliana e Olivia, que por muitas vezes me auxiliaram, assim como minha preceptora e coordenadora, Carmem, por toda a orientação, apoio e dedicação, assim como Joel. À minha orientadora, Valnice, que foi essencial na construção desse trabalho, compartilhando de sua sabedoria, demonstrando paciência e empatia nos momentos difíceis, muito obrigada. Sem o cuidado e comprometimento de cada um de vocês, este momento de conquista não seria possível.

Quero estender meu agradecimento a todos que fazem parte da equipe do Hospital Municipal Tatuapé, em especial aqueles que compoem a UTI. Cada um de vocês contribuiu de forma única para o meu crescimento, seja com ensinamentos técnicos, apoio humano ou companheirismo. Tenho muita gratidão pelo acolhimento e disponibilidade.

Perten**c**imento **o** Integ**r**ação **e** Reconheci**m**ento



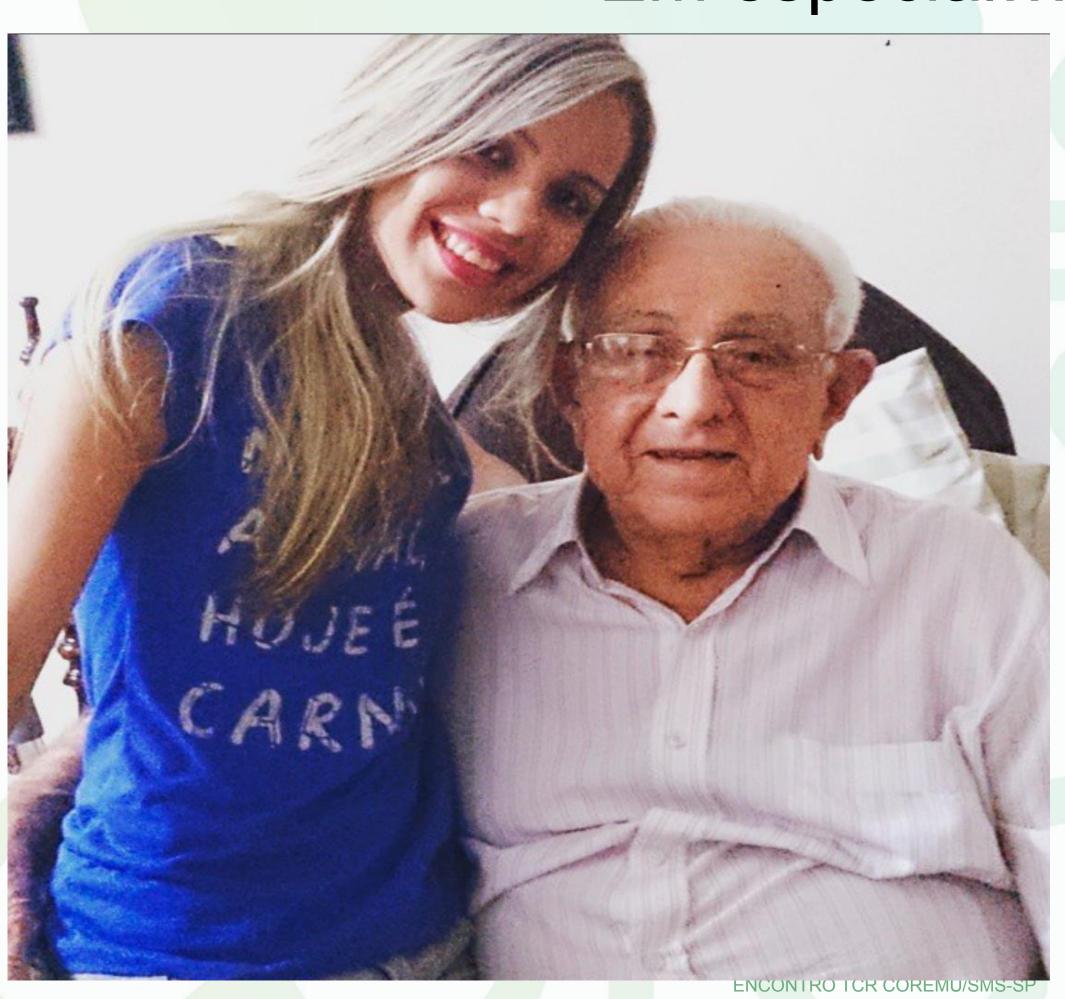








Em especial...



Em memória de Raimundo Nonato de Oliveira. Vô, que saudade!

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À TERAPIA INTENSIVA

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA VIABILIDADE DOS ÓRGÃOS DO POTENCIAL DOADOR

Perten**c**imento

o

Integ**r**ação

e

Reconheci**m**ento

Residente: Camila de Oliveira Betzel

Orientador: Jucinei Araujo de Jesus

Unidade Executora: Hospital Municipal Doutor Fernando Mauro Pires da Rocha











INTRODUÇÃO

Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), até o mês de Setembro de 2024 existiam 66.517 paciente ativos na lista de espera por algum tipo de transplante, no período de janeiro a setembro de 2024, 2.683 pessoas morreram enquanto ainda esperavam um órgão, sendo 72 crianças. (1)

Pacientes ativos em lista de espera (Setembro 2024)

	Rim	Fígado	Coração	Pulmão	Pâncreas	Pâncreas /Rim	Córnea	Total
Brasil	36.642	1.384	361	190	12	283	27.645	66.517
Pediátricos	407	61	62	11	0	0	779	1.320
Mortalidade	1.828	622	140	30	4	42	89	2.683

Fonte: RBT 2024 (Jan/Set) - ABTO





No Brasil, a doação de órgãos pode ser feita por dois tipos de doadores, sendo eles:

- Doador vivo: Parentes até quarto grau, > 18 anos, saudável e juridicamente capaz.
 Pode ser doado um dos rins, medula óssea, parte dos pulmões e do fígado.
- **Doador falecido:** Paciente com diagnóstico de morte encefálica (também pode ocorrer doação de tecidos como córnea, pele, ossos e vasos sanguíneos por pacientes que faleceram por uma parada cardiorrespiratória).

Autorizado por familiar até o segundo grau, maior de idade.





Notificações de potenciais doadores, doadores efetivos e causas da não concretização da doação em 2023

Notificações de potenciais	Doadores	Não doadores -	Contraindicação	Recusa	Morte encefálica não	Parada	Outro
doadores	efetivos	total	médica	familiar	confirmada	cardiorrespiratória	
14.073	4.035	10.038	2.374 (24%)	3.425 (34%)	1.087 (11%)	997 (10%)	2.155 (21%)

Fonte: RBT 2023 (Jan/Dez) - ABTO





OBJETIVOS

- Destacar os impactos que a assistência ao potencial doador pode ter na viabilidade de órgãos para transplante;
- Analisar as alterações fisiopatológicas presentes em pacientes com diagnóstico de morte encefálica;
- Verificar as diretrizes atuais para manutenção do potencial doador de órgãos.





MÉTODO

Tipo de pesquisa: Revisão integrativa de literatura.

- Pesquisa realizada no período de novembro/23 a dezembro/24;
- Descritores: Obtenção de tecidos e órgãos, Morte encefálica, Transplantes, Protocolos,
 Unidades de Terapia intensiva.

Local de pesquisa

- Biblioteca Virtual de Saúde;
- Pubmed;
- Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs);
- Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme);
- Scientific Electronic Library Online (Scielo).





Critérios de inclusão: Foram incluídos artigos originais, dissertações, teses, estudos de casos e revisões de literatura com data de publicação entre 2014 e 2024.

Critérios de exclusão: Artigos que não estavam disponíveis na íntegra e que fugiam da temática proposta.





Registros encontrados nas bases de dados a partir dos descritores definidos IDENTIFICACAO SCIELO LILACS BIREME PUBMED N=107 N=293 N=13 N=2 ARTIGOS EXCLUIDOS N = 399 13 por não estarem disponíveis na TRIAGEM integra 22 por estarem repetidos nas bases de dados 364 por não abordarem a temática proposta

Fluxograma de busca na literatura



INCLUSÃO



ARTIGOS INCLUÍDOS N=16

Definição de morte encefálica

Pré-requisitos clínicos para início do protocolo:

- Lesão encefálica de causa conhecida e irreversível;
- Temperatura >35°C;
- Saturação o2 >94%;
- PAS > 100 mmHg ou PAM >65 mmHg;
- Ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico.





 Reflexo fotomotor pupilar, córneo-palpebral, óculo-cefálico, vestíbulo-calórico e de tosse.

Teste de apneia:

- Pré-oxigenação + gasometria arterial;
- Desconectar ventilação mecânica, fornecer o2 a 6l/min;
- Observar se há movimentos respiratórios por 8 a 10 minutos;
- Coleta uma nova gasometria e reconecta a ventilação mecânica.

Teste positivo se PaCO2 > 55mmHg sem movimentos respiratórios.

Exame complementar:

- Angiografia/Cintilografia cerebral;
- Eletroencefalograma;
- Doppler transcraniano.





Contraindicações para a doação:

- Infecção por HIV, HTLV I e II;
- Tuberculose em atividade;
- Sepse refratária ao tratamento;
- Infecção grave com imunossupressão;
- Neoplasias *





Alterações fisiopatológicas inerentes a morte encefálica e recomendações para manejo clínico

- Aumento da PIC Herniação do tronco encefálico pelo forame magno;
 Descarga autonômica pela liberação de catecolaminas Cerca de 20 a 30 minutos.
- Perda do tônus simpático

Hipotensão – Reposição volêmica de 20 a 30 ml por kg, com cristalóides aquecidos a 43°C, se refratária, iniciar drogas vasoativas e inotropicas como Noradrenalina, Dopamina e Dobutamina, o uso da vasopressina em dose >0,04U/min pode ocasionar vasoconstrição coronária, renal e esplênica.

PVC e PAI – PAM >65mmHg





- Hormônio antidiurético Cerca de 80 a 90% desenvolvem Diabetes insipidus.
- Pode ocorrer o edema ou necrose do eixo hipotalâmico-hipofisário, interferindo na função dessas glândulas.

Cateterismo vesical de demora para melhor controle da diurese, Desmopressina (DDAVP) 1 a 2 mcg EV a cada 4 horas.

Hiperglicemia

Dieta enteral – 70% a 85% do gasto energético basal calculado.

GC a cada 6 horas— se persistirem >180 mg/dl considerar insulina em bomba.



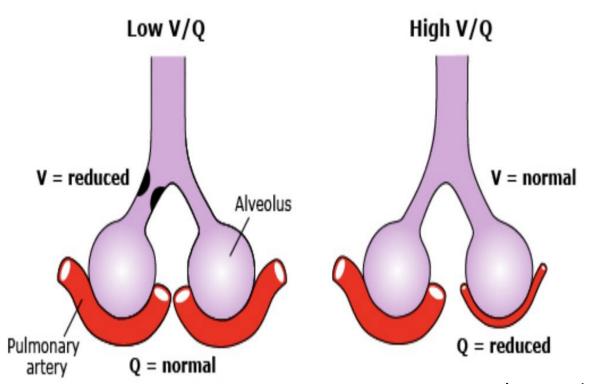


- **Hipotermia:** Perda da função de regulação de temperatura pelo hipotálamo Manta térmica, infusão de líquidos aquecidos (SF 0,9% a 43°C em acesso venoso central a 150ml/h), umidificação e aquecimento dos gases no ventilador mecânico, irrigação gástrica com soluções aquecidas.
- Temperatura alvo: 36°C a 37,5°C
- **Distúrbios eletrolíticos:** Hipernatremia, hipocalcemia, hipercalemia e hipofosfatemia.
 - Corrigir níveis séricos e repetir exames a cada 6 horas.





Desequílibio ventilação-perfusão: A descarga adrenérgica causa alteração no fluxo respiratório, há uma propensão para a ocorrência de edema pulmonar e hemorragia alveolar devido ao aumento da pressão hidrostática capilar.



Fonte: Estratégia Med

 Para transplante pulmonar é recomendada a ventilação com estratégia protetora: Modo volume ou pressão controlada, volume corrente de 6 a 8 ml/kg, Fio2 para obter uma PaO2 >90mmHg e PEEP >5cmH2O. PaO2/FiO2 >300mmHg,





- O uso de **corticosteróides** potencializa a estabilidade hemodinâmica e desmame de vasopressores, a Metilprednisolona está associada a uma redução inflamatória hepática pós-transplante. Recomendação de 15 mg/kg a cada 24 horas.
- Parada cardiorrespiratória: Seguir recomendações da American Heart Association para RCP, se considerar remoção e perfusão imediata dos órgãos administrar 500UI/kg de heparina sódica e transportar o paciente ao centro cirúrgico.
- Casos de taquiarritmias devem ser tratadas conforme as orientações da AHA, porém, se houver bradiarritmias é recomendado o uso da Adrenalina ou Dopamina ao invés da Atropina.





CONCLUSÃO

A manutenção do potencial doador de órgãos é essencial para a realização de um efetivo transplante, quando feita corretamente, diminui as perdas de órgãos por parada cardiorrespiratória e instabilidades hemodinâmicas, aumentando o número de transplantes bem sucedidos e a qualidade dos órgãos e tecidos transplantados, contribuindo para uma diminuição das complicações pós-operatórias.





REFERÊNCIAS

- 1. Associação Brasileira de Transplante de órgãos. **Registro Brasileiro de Transplantes**. Ano XXIV No 3, São Paulo, 2023. Disponível em: https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2023/12/rbt2023-3trim-naoassociados.pdf.
- 2. Brasil. Conselho Federal de Medicina. **RESOLUÇÃO No 2.173,** DE 23 DE NOVEMBRO DE 2017. Define o conceito de morte encefálica. Diário Oficial da União. Brasília; 15 dezembro 2017. Disponível: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf.
- 3. Brasil. **Decreto nº 9.175**, de 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília; 18 de outubro de 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9175.htm.
- 4. Araujo, JPM, et al. **Padronização da assistência de enfermagem na manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto.** CuidArte. Enfermagem. Catanduva, v. 8, p. 130-136, dezembro 2014. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1027901.
- 5. Passos IMS, et al.. **Manutenção hemodinâmica na morte encefálica: revisão literária.** Cadernos de Graduação Ciências biológicas e da saúde Unit. [Internet]. 2014. 2(1):73-86. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/1339
- 6. Silva, FAA, et al. **Morte encefálica e manutenção de órgãos: conhecimento dos profissionais intensivistas.** Revista de Enfermagem UFPE. Recife, v. 12, p. 51-58, janeiro 2018. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-946465
- 7. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2018;17(4):758-64.
- 8. Westphal GA, Veiga VC, Franke CA. **Determinação de morte encefálica no Brasil.** Rev Bras Ter Intensiva. 2019;31(3):403-9. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbti/a/HRdDLTNGxg8NWxxvM4qWJ9d/abstract/?lang=pt
- 9. Aredes, JS; Firmo, JOA; Giacomin, KC. A morte que salva vidas: complexidades do cuidado médico ao paciente com suspeita de morte encefálica. Caderno Saúde Publica 34 (11) Belo Horizonte, novembro 2018. Disponível em: https://scielosp.org/article/csp/2018.v34n11/e00061718/.
- 10. Rodrigues SLL, Ferraz Neto JBE, Sardinha LAC, Araújo S, Zambelli HJL, Boin IFSF, et al. **Perfil de doadores efetivos do serviço de procura de órgãos e tecidos.** Rev Bras Ter Intensiva 2014; 26:21-7. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbti/a/rX6NwQStqhbgYnbC84bfGMg/?format=pdf&lang=pt





- 11. Cavalcante LP, Ramos IC, Araújo MA, Alves MD, Braga VA. **Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos.** Acta Paul Enferm. 2014;27(6):567-72. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/DCkqJJV5MPYYf9cYh8T9Mxd/?format=pdf&lang=pt
- 12. Carvalho, NS, et al. **Atuação do enfermeiro no processo de doação e captação de órgãos em doadores elegíveis**. Revista de Enfermagem UFPI. Teresina, v. 8. p.23-29. 2019. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1103232
- 13. Lucas, AJM. **Manutenção do potencial dador de órgãos: Intervenção de enfermagem num serviço de urgência.** Coimbra; s.n; jun. 2017. 116 p. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1416052.
- 14. Costa, CR; Costa, LP; Aguiar, N. A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. Revista Bioética. Brasília, v. 24, p. 368-373, agosto 2016. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-792932.
- 15. Westphal GA, Garcia VD, Souza RL, Franke CA, Vieira KD, Birckholz VR, Machado MC, Almeida ER, Machado FO, Sardinha LA, Wanzuita R, Silvado CE, Costa G, Braatz V, Caldeira Filho M, Furtado R, Tannous LA, Albuquerque AG, Abdala E; Associação de Medicina Intensiva Brasileira; Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Guidelines for the assessment and acceptance of potential brain-dead organ donors**. Rev Bras Ter Intensiva. 2016;28(3):220-55. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/171236/001054756-02.pdf?sequence=2
- 16. Bergamo, DA; Santos, DC; Orsatti, VN. **Manejo dos potenciais doadores em morte encefálica: Diretrizes atuais** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 11, Vol. 04, pp. 61-85. Novembro de 2019. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/potenciais-doadores
- 17. Magalhães, ALP, et al. **Gerência do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica.** Revista de Enfermagem UFPE, Recife, v. 13, p. 1124-1132, 2019. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021255.
- 18. Freire IL, Mendonça AE, Pontes VO, Vasconcelos QL, Torres GV. Morte encefálica e cuidados na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. Rev Eletrônica Enferm. 2014(4):903-12. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/14598
- 19. Cisne MSV, Netto JM, Santos TC, Brito MC, Soares JSA, Goyanna NT. Percepção de acadêmicos de enfermagem e medicina sobre fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos. Rev Enferm Atenção Saúde 2016; 5:64-73. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326905819 PERCEPCAO DE ACADEMICOS DE ENFERMAGEM E MEDICINA SOBRE FRAGIL IDADES NA ATENCAO AO POTENCIAL DOADOR DE ORGAOS
- 20. Birtan D, Arslantas MK, Altun GT, Dincer PC, Gecegormez S, Demirel A, et al. Effect of vasoactive therapy used for brain-dead donors on graft survival after kidney transplantation. Transplant Proc. 2018;50(5):1289-91.



CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE

Doe órgãos, doe VIDA! Obrigada.













SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À TERAPIA INTENSIVA

O LEVANTAMENTO DO MANEJO DA HIPERGLICEMIA EM PACIENTES CRÍTICOS

Pertencimento

Residente: Giulia Sanchez Leonardo

Orientadora: Cinthia Portela Disessa

Unidade Executora: Hospital Municipal Doutor Cármino Caricchio











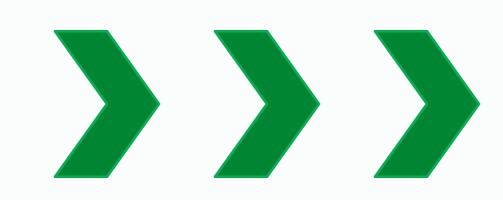
INTRODUÇÃO

Contexto inflamatório e hipermetabólico

Resistência à insulina

Ação de incretinas

DVAs, glicocorticoide, terapia nutricional, dextrose, ressuscitação volêmica, TRS, ausência de movimentação, desidratação



Hiperglicemia por estresse (>140 mg/dL)

SILVA et al, 2018; MONGKOLPUN, 2019; PÉREZ et al, 2017; VEDANTAM et al, 2022





INTRODUÇÃO

- Na UTI, a prevalência de hiperglicemia foi apontada de 40% a até 100% nos pacientes analisados e divulgados na literatura científica (LIL L et al, 2020).
- O manejo medicamentoso, indicado quando a glicemia está > 180 mg/dL, em conjunto com a dietoterapia, que possibilita a manipulação de fórmulas enterais, auxiliam no controle glicêmico (SBD, 2019).
- Logo, conhecer as práticas terapêuticas e o impacto das mesmas frente a hiperglicemia em UTI contribui para a qualidade do cuidado em saúde.





OBJETIVO

- Descrever o manejo medicamentoso e dietoterápico da hiperglicemia em pacientes de uma UTI de um hospital municipal, na região metropolitana de São Paulo.
- Analisar possível associação estatística entre as fórmulas enterais ofertadas e alguns desfechos clínicos (alta e óbito, tempo de ventilação mecânica e tempo de internação).





MÉTODO

Amostra definida por conveniência, conforme critérios de inclusão e exclusão.

Levantamento de dados de prontuários físicos e eletrônicos, e tabelas nutricionais das dietas enterais.

Cálculo da média, desvio-padrão e mediana em Excel; e teste Exato de Fisher e Kruskal- Wallis pelo software R, considerando p-valor <0,05.

Autorização do CEP de número 6.928.594.



Pacientes de uma UTI, >18 anos, >48h de internação e >180 mg/dL de glicemia, em dietoterapia, de jul. a out./24. Recusas e prognósticos reservados na admissão foram excluídos.

Gênero, idade, estado nutricional, histórico patológico prévio, motivo da internação, glicemia, condutas médicas e nutricionais, tempo de uso de ventilação mecânica e de internação.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1. Caracterização dos indivíduos internos (N=29) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de hospital municipal em São Paulo, 2024.

Perfil dos pacientes		Média (DP*)	Mediana
Idade (anos)		67 (13,65)	70
	Pacientes %	19	0
00	(N)		
Homens	55,17 (16)	16	-
Mulheres	44,80 (13)	(7)	
Diabetes Mellitus	44,80 (13)	2	2
Hipertensão Arterial Sistêmica	79,30 (23)	Ψ.	-
Estado nutricional			
Baixo Peso	10,34 (3)	-	
Eutrofia	24,13 (7)	2	2
Excesso de peso**	65,51 (19)		· · · · · ·
IMC (Kg/m²)		28,70 (3,38)	28,70
Diagnóstico de internação***			
Sistema circulatório	55,17 (16)	<u> </u>	2
(Acidente Vascular Cerebral, Insuficiência Cardíaca, Infarto Agudo do Miocárdio, Hemorragia Subaracnóidea)			
Sistema respiratório (Insuficiência Respiratória Aguda, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica exacerbada)	17,24 (5)	=	-
Causas externas	17,24 (5)	-	
(Queda, fratura de fêmur, politrauma)			
Sistema digestório	10,44 (3)	=	+
(Hemorragia digestiva alta, abscesso hepático, encefalopatia hepática)			
Doenças infecciosas (Choque séptico misto)	3,44 (1)	-5.	

ENCONTRO TCR

Compuseram a amostra pacientes.

- Saúde masculina tem demonstrado desfechos desfavoráveis.
- A HAS e DM, isoladamente e juntas são fatores de risco para doenças cardiovasculares (SOUZA, 2023; KRINSLEYA, 2019; KESAVADEV, 2021; NEVES, 2023).
- Considerar o histórico de saúde do paciente permite que os objetivos do tratamento sejam melhores definidos 2019; SBD. (TRESKES, 2019; JUNEJA, 2023: 2019; ADA, **ALHATEMI**, 2022).

Legenda: *DP= desvio-padrão; **Excesso de peso= agrupa as classificações acima de sobrepeso para adultos, e excesso de peso para idoso; ***Diagnóstico de internação= agrupamento de hipóteses diagnósticas segundo descrições da Organização Mundial da Saúde e Classificação Internacional das Doenças.

Fonte: Autoras, 2024.





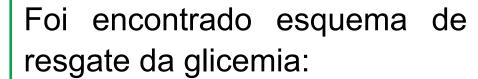
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 2. Insulinoterapia, desfechos clínicos, tempo de ventilação mecânica de pacientes (N=29) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de hospital municipal, em São Paulo, 2024.

	Pacientes % (N)		
Insulinoterapia	9 - 5 - 5 - 5 - 5 - 5 - 5 - 5 - 5 - 5 -		
Insulina humana regular subcutânea	41,37 (12)		
Insulina humana regular em BIC*	0		
Insulina humana NPH	3,44 (1)		
Insulina humana regular subcutânea e NPH	44.82 (13)		
Insulina humana regular em BIC* e NPH	3,44 (1)		
Não fez uso	6,89 (2)		
Glicemia**			
Permaneceu hiperglicêmico (>180 mg/dL)	72,41 (21)		
Estabeleceu normoglicemia (<180 mg/dL)	27,58 (8)		
Alta	44,82 (13)		
Óbito	55,17 (16)		
Uso de VM***			
Sim	96,55 (28)		
Não	3,44 (1)		
	Média (DP****); Mediana		
Tempo de VM*** (dias)	15 (12,13); 11		
Tempo de internação na UTI (dias)	22 (15,25): 15		

Legenda: *BIC= Bomba de infusão Contínua; **Glicemia após manejo medicamentoso e nutricional; ***VM= Ventilação Mecânica; ****DP= desvio-padrão.

Fonte: Autoras, 2024.



2 unidades de insulina (UI) para 180-200 mg/dL, 4UI para 201-250 mg/dL, 6UI para 251-300 mg/dL, 8UI para 301-350 mg/dL e 10 UI para 351-400 mg/dL.

- O protocolo para controle glicêmico é destacado como ferramenta de manejo intra hospitalar, sendo a escala móvel ou *sliding scale* contraindicada em casos gerais (MARINO, 2024; SBD, 2019; PASQUEL, 2021).
- Os melhores resultados de controle glicêmico de insulinoterapia para pacientes críticos estão associados a insulina regular intravenosa contínua (PÉREZ, 2020; ADA, 2024).



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dietoterapia é baseada em protocolo hospitalar, que padroniza a realização da Terapia Nutricional Enteral;

Foram ofertadas, para os indivíduos assistidos, cincos fórmulas enterais distintas, sendo estas: hipercalórica, hiperproteica, sem fibras, 100% maltodextrina (F1); hipercalórica, hiperproteica, com fibras, 41% de maltodextrina, 34% de amido de tapioca e 25% de frutose (F3); hipercalórica, normoproteica, com fibras, 100% maltodextrina (F4) e normocalórica, normoproteica, sem fibras, 100% maltodextrina (F5).

• As fórmulas disponíveis e indicadas para hiperglicemia são com menor teor de carboidrato, diversidade de polissacarídeos e dissacarídeos, com maior teor de fibras e maior concentração de lipídeos monoinsaturados (SBD, 2019; MARQUETTO, 2022).





RESULTADOS

Tabela 3. Dietas enterais por desfechos clínicos e manifestações clínicas de pacientes (N=29) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de hospital municipal, em São Paulo, 2024.

Fórmulas enterais	F1	F2	F3	F4	F5	p- valor***
Pacientes % (N)	62,06 (18)	6,89 (2)	24,13 (7)	3,44 (1)	3,44 (1)	75
Permaneceu	77,77 (14)	50 (1)	57 (4)	3,44 (1)	3,44 (1)	12
hiperglicêmico % (N)		AT 145 / 34 AT 15 AT 16 AT				
Estabeleceu	22,22(4)	50 (1)	43 (3)	0	0	=
normoglicemia % (N)		V/3 5/4				
Alta % (N)	50 (9)	100	42, 85 (3)	100 (1)	÷	=
Óbito % (N)	50 (9)	100 (2)	57,14 (4)	12	100 (1)	2
Desfecho da						
internação x						0,6016
Fórmulas enterais						-,,
Tempo de VM* em	16;	16,0,16	16,28;12,10	9, 0, 9	7, 0, 7	
dias (média, DP**,	13,54;10,		; 12		900000000000	
mediana)	5					
Tempo de VM* x						0,807
Fórmulas enterais						
Tempo de internação	21,56;	20,0,20	28,29;	11,0,11	7,0,7	
em dias (média, DP**,	13,89; 15		20,79; 26			
mediana)	9200 08		200			
Tempo de internação						0,525
y Fórmulas enterais						(*)

x Formulas enterais

Legenda: *VM= ventilação mecânica; **DP= desvio-padrão; ***Teste Exato de Fisher e Kruskal-Wallis, considerando p-valor significativo <0,05 .

ENCONTRO TCR

COREMU/SMS-SP

Fonte: Autoras, 2024.

- Em análise de fórmulas enterais especializadas, o grupo que recebeu a fórmula especializada apresentou menor glicemia, levando a menor uso de insulina subcutânea, porém sem distinção entre os grupos quanto a óbito (LOPEZ-GOMEZ, 2024).
- No sul do Brasil, foram avaliadas variáveis em 66 pacientes em UTI, entre elas a hiperglicemia, dietoterapia e desfechos clínicos, sendo identificada a não associação estatística de dieta especializada e da hiperglicemia (FISCHER, 2019).
- Em revisão sistemática sobre VM prolongada foi detectado como risco para tempo prolongado de VM a glicemia (TRUDZINSKI, 2022).
- O tempo de internação é fator determinante para mortalidade e complicações ao longo da internação em UTI.



RESULTADOS

Tabela 4. Características das dietas enterais ofertadas para pacientes (N=29) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de hospital municipal, de São Paulo, 2024.

Característica da fórmula enteral	Pacientes		
	% (N)		
Com fibras	34,48 (10)		
Sem fibras	65,51 (19)		
Hipercalórica	96,55 (28)		
Normocalórica	3,44 (1)		
Hiperproteica	93,10 (27)		
Normoproteica	6,89 (2)		
Maltodextrina 100%	75,86 (22)		
Maltodextrina 41% + amido de tapioca 34% + frutose 25%	24,13 (7)		

Fonte: Autoras, 2024.

- A fibra alimentar pacientes para críticos é indicada quando descartada instabilidade hemodinâmica comprometimento motilidade na intestinal (VENEGAS-BORS ELLINA, 2019; BRASPEN, 2023).
- Estudo de fórmulas enterais com densidade energética alta, o achado foi de não associação ao melhor controle glicêmico (CHAPPLE, 2021).





CONCLUSÃO

- Organização na insulinoterapia baseada em dosagens para resgate da glicemia conforme aferição de glicemia ao longo de 24h, com uso de insulina regular subcutânea predominantemente. A insulina humana NPH foi empregada para complementar a aplicação da regular, e a infusão continua não foi padrão para manejo da hiperglicemia dos pacientes críticos;
- A dietoterapia foi estabelecida a partir de protocolo hospitalar, com disponibilidade de diferentes tipos de fórmulas enterais, contando com a oferta de fórmula especializada para controle glicêmico, que mesmo não sendo realizada para todos os pacientes, supõe-se que segue as diretrizes que contraindicam ingestão de fibras, presente na formulação específica, em condições clínicas adversas, como uso de drogas vasoativas, frequente em pacientes críticos.





CONCLUSÃO

- Não foi identificada associação estatística de fórmulas enterais prescritas com desfecho da internação (alta ou óbito), tempo de internação e tempo de ventilação mecânica. O tamanho do grupo amostral de pacientes pode ter comprometido nos resultados estatístico, assim como a gravidade dos casos no momento da admissão na UTI;
- Contudo, é possível inferir que protocolos baseados em evidências precisam ser implementados em UTI para auxiliar no controle glicêmico, entretanto, considerando a importância da insulinoterapia e dietoterapia, alinhar os protocolos e possibilitar o trabalho em equipe multiprofissional especializado, garantindo a presença de nutricionistas no ambiente de terapia intensiva, podem ser caminhos de melhoria da qualidade do cuidado em saúde.





REFERÊNCIAS

Silva PFOA, Silva SA, Petribu MMV, Nascimento CX, Brito CA. Hiperglicemia, evolução clínica e estado nutricional de pacientes criticamente enfermos. Nutr. clín. diet. hosp. 2018; 38(2):70-76. https://doi.org/10.12873/382pfrassinette

Mongkolpun W, Provenzano B, Preiser JC. Updates in Glycemic Management in the Hospital. Curr Diab Rep. 2019; 19:133. https://doi.org/10.1007/s11892-019-1274-7

Li L, Chen Q, Chen Q, Wu R, Wang S, Yao C. Association Between Blood Glucose Within 24 Hours After Intensive Care Unit Admission and Prognosis: A Retrospective Cohort Study. Diabetes Metab Syndr Obes. 2020;13:1305-1315. https://doi.org/10.2147/DMSO.S250133

Pérez-Calatayud ÁA, Guillén-Vidaña A, Fraire-Félix IS, Anica-Malagón ED, Briones Garduño JC, Carrillo-Esper R. Metabolic control in the critically ill patient an update: hyperglycemia, glucose variability hypoglycemia and relative hypoglycemia. Cir Cir. 2017;85(1):93-100. https://doi.org/10.1016/j.circir.2016.10.026

Vedantam D, Poman DS, Motwani L, Asif N, Patel A, Anne KK. Stress-Induced Hyperglycemia: Consequences and Management. Cureus. 2022;14(7):e26714. https://doi.org/10.7759/cureus.26714

Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2019-2020. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019. [Acesso em 5 de dezembro de 2023]. Disponível em: <u>Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-20201.pdf</u>

Marino EC, Momesso D, Toyoshima MTK, Ozorio MF, Schaan BD, Negretto L, et al. Rastreamento e Controle da Hiperglicemia Hospitalar em Pacientes Não-Críticos. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2024. https://doi.org/10.29327/5412848.2024-5

Treskes N, Wilhelmina ACK, Zanten ARH. The effect of nutrition on early stress-induced hyperglycemia, serum insulin levels, and exogenous insulin administration in critically ill patients with septic shock: A prospective observational study. Shock. 2019; 52(4):e31-e38. https://doi.org/10.1097/shk.00000000000001287



528-538 CIDADE DE SÃO PAULO

REFERÊNCIAS

American Diabetes Association; 15. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. Diabetes Care. 2019; 42 (1): S173–S181. https://doi.org/10.2337/dc19-S015

Alhatemi G, Aldiwani H, Alhatemi R, Hussein M, Mahdai S, Seyoum B. Glycemic control in the critically ill: Less is more. Cleve Clin J Med. 2022;89(4):191-199. https://doi.org/10.3949/ccjm.89a.20171

Pasquel FJ, Lansang MC, Dhatariya K, Umpierrez GE. Management of diabetes and hyperglycaemia in the hospital. Lancet Diabetes Endocrinol. 2021;9(3):174-188. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30381-8.

Pérez A, Ramos A, Carreras G. Insulin Therapy in Hospitalized Patients. Am J Ther. 2020;27(1):e71-e78. https://doi.org/10.1097/MJT.000000000001078

American Diabetes Association Professional Practice Committee; 16. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 2024; 47 (1): S295-S306. https://doi.org/10.2337/dc24-S016

Marquetto DF, Dalmolin C, Schott M, Golin A, Stefenon DO, Brondani JE. Comportamento da variabilidade glicêmica em pacientes hospitalizados com Diabetes Mellitus 2. Medicina (Ribeirão Preto). 2022;55(4):e-193922. https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.193922

López-Gómez JJ, Delgado García E, Primo-Martín D, Simón de la Fuente M, Gómez-Hoyos E, Jiménez-Sahagún R. Effect of a diabetes-specific formula in non-diabetic inpatients with stroke: a randomized controlled trial. Nutr Diabetes. 2024;14(1):34. https://doi.org/10.1038/s41387-024-00292-4

Trudzinski FC, Neetz B, Bornitz F, Müller M, Weis A, Kronsteiner D, et al. Fatores de risco para ventilação mecânica prolongada e falha no desmame: uma revisão sistemática. Respiração. 2022; 101(10):959-969. https://doi.org/10.1159/000525604

Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN). Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente Grave. Braspen Journal. 2023; 38(2). http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.diretrizDOENTEGRAVE

Doola R, Deane AM, Tolcher DM, Presneill JJ, Barrett HL, Forbes JM, Todd AS, Okano S, Sturgess DJ. The effect of a low carbohydrate formula on glycaemia in critically ill enterally-fed adult patients with hyperglycaemia: A blinded randomised feasibility trial. Clin Nutr ESPEN. 2019; 31:80-87. https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2019.02.013.

Fischer MQ, Poll FA. Relação entre o estado nutricional, nutrição precoce, hiperglicemia e desfecho clínico de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção. 2019, 9(1). https://doi.org/10.17058/reci.v9i1.11689

Doola R, Deane AM, Tolcher DM, Presneill JJ, Barrett HL, Forbes JM, Todd AS, Okano S, Sturgess DJ. The effect of a low carbohydrate formula on glycaemia in critically ill enterally-fed adult patients with hyperglycaemia: A blinded randomised feasibility trial. Clin Nutr ESPEN. 2019; 31:80-87. https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2019.02.013.



Chapple LS, Summers MJ, Weinel LM, Abdelhamid YA, Kar P, Hatzinikolas S, et al. Effects of Standard vs Energy-Dense Formulae on Gastric Retention, Energy Delivery, and Glycemia in Critically III Patients PENROParenter Enteral Nutr. 2024;45(4):7310-719. https://doi.org/10.1002/jpen.2065

AGRADECIMENTOS

À Mestra Cinthia Portela Disessa, que gentilmente me orientou, com respeito e sabedoria;

Aos profissionais atuantes na COREMU;

A coordenadora do Programa Rêsidencia Multiprofissional em ATI no HMCC, psicóloga coordenadora Carmem Miriam Rocha Nunes; Ao hospital Municipal Cármino Caricchio, que acolhe todos os anos novos grupos de residentes e permite o desenvolvimento de estudos, dirigido pelo excelentíssimo diretor Dr. José Carlos;

Ao Setor de Nutrição e Dietética, que possibilita nosso aprendizado diário, e em especial à coordenadora do mesmo, a nutricionista Juliana Aparecida, que materializa e apoia nossa trajetória; e as nutricionistas Caroline Carioca e Patricia Rossi por transmitirem conhecimentos valiosos dentro da rotina hospitalar,

Aos profissionais técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, psicólogas, médicos, supervisores, que dividiram as ações de cuidado a cada plantão, e entenderam a importância de contribuir na especialização de outros profissionais da saúde;

Aos residentes que estiveram na jornada de especialização, compartilhando as dores e delícias, com destaque para minha amiga pessoal desde o dia um, Ana Rebeca Lemos; e minha R2 Caroline Zaminelli que me recebeu da melhor maneira possível; E por fim, aqueles que vibraram com essa conquista e investimento, meus amigos e familiares;

Em especial a minha noiva, que nos dias de desespero e cansaço, esteve disponível para atos de cuidado, carinho e atenção, Julia dos Santos Oliveira.













SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À TERAPIA INTENSIVA

MANUTENÇÃO PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE CATETERES VENOSOS

Pertencimento

Residente: Isabela de Araújo Fonseca

Orientadora: Cinthia Portela Disessa

Unidade Executora: Hospital Municipal Doutor Cármino Caricchio











INTRODUÇÃO

No setor de terapia intensiva, os pacientes requerem o uso de medicamentos endovenosos, para dar sequência em seu plano terapêutico e planejamento de alta, tornando necessário o uso de cateteres intravenosos, sendo os mais utilizados neste cenário: CVC e PICC.

Dentre as vantagens do uso de cateteres venosos, podemos citar:

- → Administração de medicamentos classificados como irritantes ou vesicantes, observada a posologia;
- → Infusão de quimioterápicos;
- → Infusão de hemoderivados;
- → Nutrição parenteral prolongada (NPP);
- → Verificação da pressão venosa central (PVC);
- → Uso de drogas vasoativas, etc.

Apesar dos benefícios citados, há também desvantagens e riscos em sua inserção e manipulação, sendo as principais: infecção de corrente sanguínea e sepse originada ao cateter.





OBJETIVO

OBJETIVO GERAL

Analisar o conhecimento da equipe de enfermagem na prevenção de infecções relacionadas ao uso de cateteres venosos na unidade de terapia intensiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- → Compreender a importância do uso correto de cateteres venosos e da prevenção de infecções relacionadas
- → Identificar as etapas do cuidado assistencial na manipulação de dispositivos intravenosos
- → Apontar as atividades do enfermeiro na manutenção de cateteres venosos.





MÉTODO

A pesquisa faz parte do Programa de Pós-Graduação lato Sensu modalidade de Residência multiprofissional em atenção à terapia intensiva da (COREMU/SMS/SP), na Unidade Executora Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio.

A metodologia utilizada no presente estudo foi descritivo-exploratório, de perspectiva quantitativa-qualitativa, com uso de estatística descritiva.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a setembro de 2024, através da utilização de um questionário estruturado, aplicado em material impresso, durante a jornada de trabalho, para profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem).

A realização deste estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio sob número de parecer 6.984.384 e CAAE número 81860324.6.0000.0073.





PARTICIPANTES DE PESQUISA

O estudo foi aplicado para 40 profissionais da equipe de enfermagem, sendo caracterizados conforme nível de formação, idade, gênero, raça/cor, tempo de formação, tempo de experiência no setor de UTI e tempo de trabalho na instituição. Sendo assim, a maior parte dos profissionais participantes da pesquisa foram técnicos de enfermagem (25) e (15) enfermeiros, a maioria do gênero feminino.

No que diz respeito ao tempo de formação, (23) mencionam período superior a 5 anos, em relação à experiência profissional no setor de terapia intensiva (17) dos participantes exercem suas funções entre 3 a 5 anos e (18) referem estar na instituição de trabalho, em que foi aplicada a pesquisa, entre 1 a 3 anos.





QUESTIONÁRIO

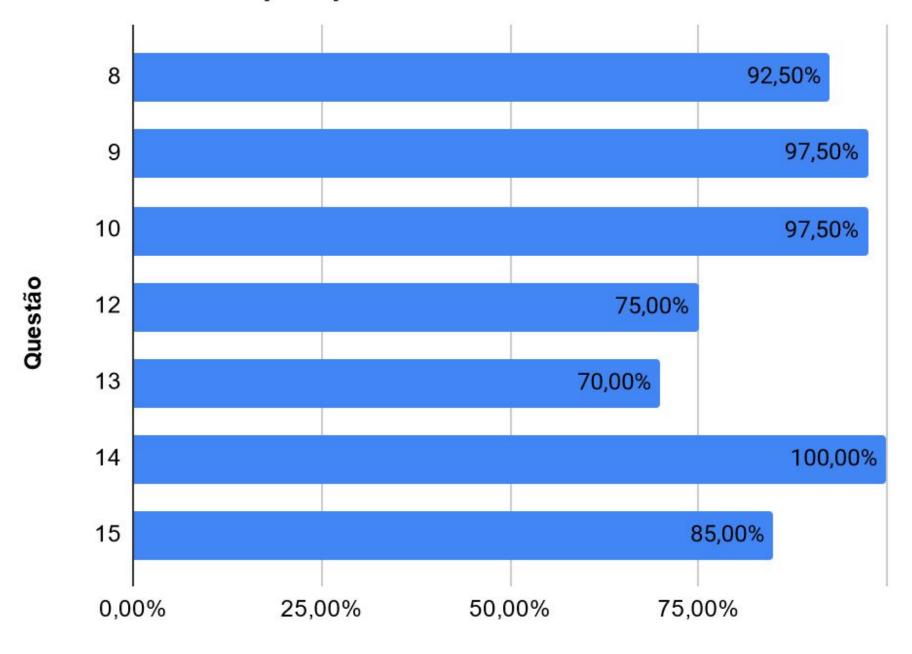
- 8. Quais são as principais indicações para o uso do CVC?
- 9. Dentro da unidade, qual é o profissional responsável pela determinação do tipo de cobertura a ser utilizada e pela realização dos curativos do CVC?
- 10. Qual o propósito da cobertura do CVC?
- 11. Além do tempo de permanência da cobertura, quais os outros motivos que indicam necessidade de troca do curativo?
- 12. Indique as principais complicações que podem ser associadas ao CVC (incluindo o cateter PICC):
- 13. Indique os sinais flogísticos que devem ser avaliados no acesso venoso:
- 14. Quais os principais cuidados na infusão de soluções no CVC?
- 15. Quais os principais fatores de risco associados a infecção primária de corrente sanguínea?
- 16. Você participou de alguma ação de educação permanente na instituição, sobre o tema, no último ano?
- 17. Você tem acesso a algum protocolo institucional que padronize os cuidados do CVC?
- 18. Na sua opinião, há uma necessidade de mais ações de educação permanente sobre o assunto?





RESULTADOS

Taxa de acertos por questão







DISCUSSÃO

Estudos referem que as infecções de corrente sanguínea são definidas como uma das principais causas de morbidade e mortalidade no ambiente hospitalar, devido ao risco de se desenvolver e resultar em sepse, que se trata de uma complicação potencialmente fatal, desencadeada por uma infecção, o que consequentemente gera um aumento do tempo de internação e elevados custos no tratamento do paciente, com a finalidade de reverter o quadro e promover um desfecho favorável, apesar do evento adverso. Sendo assim, reforça-se que há necessidade de buscar estratégias para manter os profissionais da equipe atualizados quanto ao uso dos dispositivos, focando em prevenir e diminuir os índices de infecção (Moreira et al., 2023).





DISCUSSÃO

A infecção de corrente sanguínea (ICS) é uma infecção desencadeada pelo mau uso do dispositivo e que pode desenvolver patologias mais graves como bacteremia ou sepse, de modo a aumentar o risco de mortalidade do paciente (GARBUIO et al., 2022).

Sendo assim, os principais cuidados avaliados e discutidos com os participantes de pesquisa, envolveram:

- → Planos educativos para orientar a equipe multiprofissional sobre a indicação do dispositivo;
- → Higienização das mãos;
- → Desinfecção dos conectores do cateter por fricção mecânica;
- → Uso de técnicas assépticas ao manuseio e realização do curativo oclusivo conforme protocolo institucional;
- → Comunicação efetiva com os pacientes que permanecem conscientes para avaliar possíveis desconfortos ou sinal de dor associado ao cateter;
- → A retirada do mesmo com brevidade;
- → Realizar os devidos registros de todo o plano de cuidados elaborado e constituído ao cliente em anotação e evolução de enfermagem.





DISCUSSÃO

A pesquisa apresentou resultados positivos demonstrados nas questões técnicas de conhecimentos relacionados à indicação, utilização, manutenção e complicações do CVC/PICC, ao aplicar a pesquisa para a equipe de enfermagem da UTI Adulto do Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio.

Apesar disso, houve praticamente uma unanimidade nas respostas do estudo, a respeito da necessidade de atualização e educação permanente sobre o assunto, onde alguns colaboradores mencionaram não terem participado de ações de educação permanente acerca do tema no último ano e não terem acesso a um protocolo institucional que padronize os cuidados do CVC.





CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou a importância do conhecimento da equipe de enfermagem a respeito da manipulação de cateteres venosos, visto que fazem parte do cotidiano do setor de terapia intensiva, sendo dispositivos imprescindíveis na terapia endovenosa, que apesar de deter inúmeras funcionalidades e benefícios, é necessário que haja conhecimento adequado relacionado às boas práticas na manipulação, deste, priorizando a segurança do paciente e a qualidade no atendimento prestado.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir positivamente, de forma científica, para a instituição hospitalar pesquisada, além de disseminar a importância de um plano de cuidados implementado pelo enfermeiro e executado pela equipe de enfermagem, priorizando boas práticas assistenciais, propagando medidas de educação permanente e promoção à saúde.





REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025.** 2021. Disponível em: https://bit.ly/3BEOXYL

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.

Brasil. Disponível em: https://bit.ly/4eFByhD

BRASIL. **Resolução 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: https://bit.ly/3XY4dHw

GARBUIO, D. C.; BALDAVIA, N. E.; SILVA, R. B. DA; LINO, A. de A. Caracterização das infecções relacionadas à assistência à saúde em unidade de terapia intensiva adulto. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 12, n. 1, 24 maio de 2022. Disponível em: https://doi.org/10.17058/reci.v12i1.16471.

SÃO PAULO (PREFEITURA). Secretaria Municipal de Saúde. Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio. Instrução de Trabalho. Título: Fixação Manutenção e ou Curativo dos Cateteres Venosos Periféricos e Central Adulto e Infantil (PICC). Data 01/02/2022.





AGRADECIMENTOS

Perten**c**imento

o

Integ**r**ação

e

Reconheci**m**ento











SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À TERAPIA INTENSIVA

COMUNICAÇÃO HUMANIZADA DA ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA **INTENSIVA**

Pertencimento

Reconhecimento

Residente: Laneidja Valeria Brito Rocha

Orientadora: Cintia Portela de Dissesa

Unidade Executora: Hospital Municipal Doutor Cármino Caricchio











INTRODUÇÃO

A comunicação humanizada é considerada um estilo de comunicação que visa dar mais atenção ao indivíduo, para isso considera seus desejos, dores e pensamentos, com um estilo de diálogo que aproxima e tenta entender as dificuldades gerando empatia. (Morais et al., 2009).

Para humanizar é preciso reconhecer as palavras que o sujeito expressa e que o sujeito ouça outras palavras de reconhecimento, aliando assim uma escuta qualificada. Humanizar é também garantir a qualidade da comunicação entre paciente, família e equipe. Com isso não apenas ouvir, mas enxergar a singularidade de cada em suas necessidades individuais Knobel, 2016).





INTRODUÇÃO

O desafio de oferecer uma assistência de enfermagem humanizada, ultrapassa os limites e exige tanto conhecimento como percepção do outro e de si mesmo. Através da comunicação humanizada isso é possível, avanços tecnológicos e a crescente mecanização da assistência de enfermagem tornaram a humanização um desafio significativo no contexto atual. (Lima Júnior *et al.*, 2023).

- Política Nacional de Humanização de 2003;
- Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar;
- Carta dos direitos dos usuários.





OBJETIVO

Geral

•Compreender as habilidades da equipe de enfermagem sobre comunicação humanizada em unidade de terapia intensiva.

Específico

- •Avaliar as competências da equipe sobre seu conhecimento acerca da PNH (Política Nacional de Humanização).
- •Incentivar a inovação e a prática da comunicação humanizada na atenção hospitalar segundo as diretrizes do SUS.
- •Compreender a comunicação entre equipe de enfermagem e paciente.
- •Refletir sobre a comunicação humanizada entre enfermeiro gestor, enfermeiro assistencial e técnico de enfermagem.





MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa e quantitativa.

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética no parecer 6.926.793.

A coleta de dados ocorreu no HMCC SP Capital.

Amostra composta por 60 profissionais de enfermagem da UTI adulto.

A coleta de dados foi realizada através de questionário físico aplicado de forma presencial com 20 questões, analisados através da estatística descritiva, na pergunta qualitativa foi utilizada a análise de conteúdo.

Critérios de inclusão, ter mais de seis meses na unidade e fazer parte da equipe de enfermagem da UTI.

Critério de exclusão: profissional de enfermagem que não trabalhar no setor da pesquisa





Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa

. Profissionais Quantidade		Gênero		Raça/cor			Idade
	N°	F	M	Preto	Pardo	Branco	Entre 26 a 45
Enf. coordenador	2	0	2	0	1	1	2
Enf. gestor	3	2	1	0	1	2	1
Enf. assistencial	20	11	9	2	6	12	15
Tec. enfermagem	35	32	3	4	20	11	25
Total	60	45	15	6	28	26	43

75% são do gênero feminino

Em relação à cor, 43,3% são pardos, 41,7% brancos e 10% pretos.

Esses resultados refletem o perfil atual da enfermagem no Brasil, majoritariamente composto por mulheres negras (53,3%), conforme dados do COFEN (2016).

Quanto ao tempo de trabalho na UTI, 61,7% dos profissionais possuem mais de 5 anos de experiência na área 38% possuem especialização em UTI e apenas 10% têm formação específica em UTI com foco em gestão e liderança

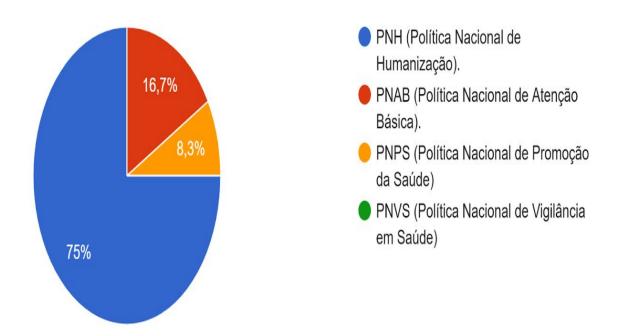




Categorização Temática

Categoria 01- Conhecimento da equipe sobre PNH e percepção sobre humanização.

Criada em 2003, com intuito de colocar em prática os princípios do SUS, no cotidiano dos serviços de saúde, entre suas diretrizes estão; acolhimento,...tão entre outras. Estamos falando de qual política? 60 respostas



A assertividade na resposta revela um conhecimento teórico básico em uma questão simples e objetiva; contudo, a construção de uma assistência verdadeiramente humanizada requer um reconhecimento prático mais aprofundado da PNH. Para uma prática humanizada eficaz, é necessário que ciência, ética, respeito à individualidade e cuidado holístico orientem o atendimento (Brasil, 2001).





Categorização Temática

Categoria 01- Conhecimento da equipe sobre PNH e percepção sobre humanização.

Na pergunta aberta "Escreva com suas próprias palavras o que significa humanização,"

A palavra "acolher" foi mencionada 11 vezes nas respostas. Na prática, ele engloba a atenção integral ao paciente, considerando não apenas suas necessidades biológicas, mas também a comunicação, que é essencial para a construção de um cuidado humanizado e eficaz (Castro *et al.*, 2019).

A palavra "empatia" foi citada diversas vezes pelos participantes da pesquisa, assim como a expressão "colocar-se no lugar do outro.

Essas respostas indicam que os profissionais constroem suas próprias definições para expressar o que humanização significa no contexto em que estão inseridos.

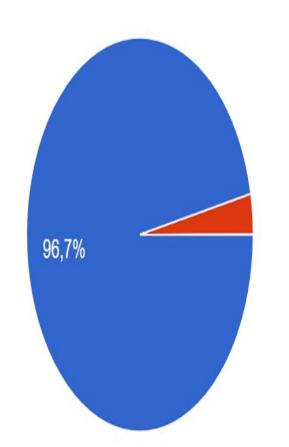




Categorização Temática Categoria 02- Comunicação da equipe com o paciente

Quando estou atendendo o paciente/cliente tenho o hábito de:

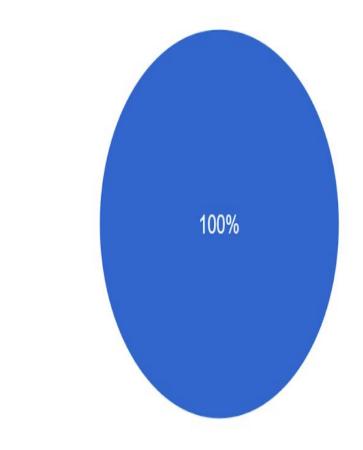
60 respostas



- Chamá-lo pelo seu nome, ou pelo nome a qual o mesmo já avisou a equipe que prefere ser chamado.
- Costumo chamá-lo de nomes que remetem a minha família como vó, vô, tio e tia.
- Costumo chamar pelo apelido que a própria equipe ou eu mesmo coloco.
- Não tenho o hábito de chamar o paciente, apenas faço meu trabalho e...

Durante procedimentos tenho o costume de:

60 respostas



- Avisar ao paciente/cliente tudo que errei a fazer, e pedir sua permissão quando cabível sempre.
- Não tenho o hábito de explicar o procedimento.
- Nem sempre explicou o procedimento.





Categorização Temática Categoria 02- Comunicação da equipe com o paciente

Sempre me comunico com paciente de forma 60 respostas



Contudo, existem desafios inovadores na comunicação com pacientes em estado grave, especialmente em ambientes de UTI, onde as altas tecnologias não devem substituir a interação humana

(Silva; Sá, 2023).





Categorização Temática Categoria 02- Comunicação da equipe com o paciente

Dentro da UTI é possível construir uma comunicação humanizada com paciente, equipe e familiares?

60 respostas



Essa diferença de opinião reflete os múltiplos fatores que impactam a prática assistencial e podem dificultar a construção dessa comunicação.

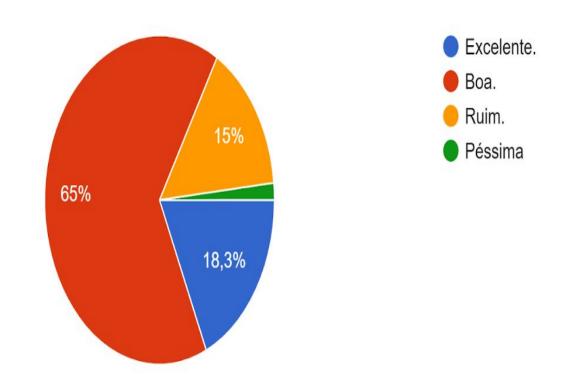
Para alcançar esse objetivo, é necessário não apenas priorizar a assertividade na comunicação, mas também incorporar aspectos afetivos que promovam um vínculo genuíno. Esse equilíbrio entre clareza e empatia é fundamental para estabelecer uma comunicação verdadeiramente humanizada (Silva; Sá, 2023).





Categorização Temática Categoria 03- Comunicação dentro da equipe e com gestores

Dentro da equipe de enfermagem a comunicação costuma ser: 60 respostas







Categorização Temática Categoria 03- Comunicação dentro da equipe e com gestores

Na UTI, quando somos comunicados sobre algum problema pela equipe gestora a comunicação é

sempre:

60 respostas



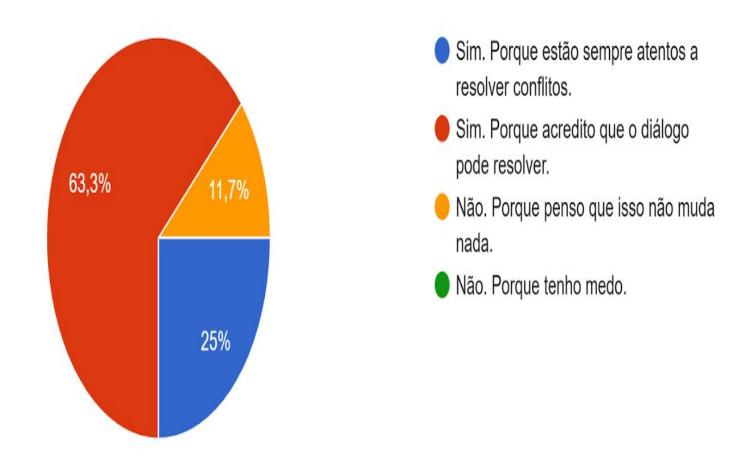
Com mais da metade dos participantes da pesquisa apontando que a comunicação na equipe é boa, contrapõem estudo realizado 2019 em hospital no Paraná, que afirma que os desafios e barreiras na comunicação dentro da equipe são muitos, desde rotatividade de funcionários, um ambiente com estresse devido a contato frequente com enfermidades e óbitos, os profissionais não conseguem se expressar de forma clara e objetiva dificultando a compreensão do outro, são fortes barreiras para a comunicação dentro da equipe (Witiski *et al.*, 2019).





Categorização Temática Categoria 03- Comunicação dentro da equipe e com gestores

Quando tenho algum problema, com alguém da equipe posso levar isso para a gestão? 60 respostas



Os resultados refletem as práticas de gestão que funcionam como a escuta ativa e resolutividade mostrando que o investimento em formação profissional ainda é a forma mais eficaz de mudar os rumos da assistência em enfermagem (Gomes *et al.*, 2024).





Categorização Temática

Categoria 04- Capacitação profissional para melhora da comunicação.

Quanto ao acesso a cursos, palestras ou eventos relacionados à comunicação humanizada, 75% dos participantes afirmaram ter acesso, enquanto 20% afirmaram não ter essa oportunidade. Cerca de 96,7% dos participantes da pesquisa manifestaram interesse em ter mais acesso a materiais, palestras e cursos sobre o tema, ou que demonstraram o desejo predominantemente de aprofundar o conhecimento sobre o assunto.







CONCLUSÃO

Conclui-se que o conhecimento sobre a PNH entre a equipe de enfermagem em uma UTI adulto transcende a teoria e se manifesta nas práticas cotidianas. As percepções da equipe sobre humanização refletem a singularidade de suas vivências profissionais e pessoais, evidenciando a importância desse valor no cuidado.

A comunicação humanizada com pacientes e famílias na UTI atua como um elemento essencial para o fortalecimento dos vínculos, sendo mediada por ética e respeito e reforçando, assim, os princípios da PNH. Além disso, a interação entre a equipe de enfermagem e com os gestores avalia-se assertiva, contribuindo para um ambiente de trabalho mais colaborativo.

Contudo, o investimento em educação continuada e o feedback sobre práticas de comunicação humanizada seriam bem-vindos para aprimorar ainda mais a qualidade do cuidado prestado. Ressalta-se que este estudo possui limitações relacionadas à dificuldade na coleta de dados, devido à rotina intensa e à falta de tempo adequadas para os participantes





REFERÊNCIAS

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 08 nov. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno humanizaSUS**: volume 3 atenção hospitalar. Brasília Df, 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno humanizasus atencao hospitalar.pdf. Acesso em: 23 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf. Acesso em: 18 dez. 2023.

CASTRO, A. da S.; ARBOIT, Éder L.; ELY, G. Z.; MOTTA DIAS, C. A.; ARBOIT, J.; CAMPONOGARA, S. Percepções da equipe de enfermagem acerca da humanização em terapia intensiva. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, 2019. DOI: 10.5020/18061230.2019.8668. Disponível em: https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8668. Acesso em: 09 set. 2024. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Pesquisa Perfil da enfermagem no Brasil. 2016. Disponível em:

https://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/#:~:text=Foram%20entrevistados%20profissionais%20em%20cerca,Perfil%20da%20Enfermagem%20no%20Brasil. Acesso em: 22 de set. 2024.

CUSTÓDIO, D. V. S.; BARBOSA, R. S.; ALVES, S. A. A.; SILVA, K. N.; CAVALCANTE, E. G. R. COMUNICAÇÃO COMO INSTRUMENTO NO CUIDAR HUMANIZADO EM ENFERMAGEM AO PACIENTE HOSPITALIZADO. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências**, Icó-Ce, v. 3, n. 1, p. 1024-1038, 2 jan. 2020. Quadrimensal. Disponível em: https://riec.univs.edu.br/index.php/riec/article/view/86. Acesso em: 03 out. 2024.

SILVA, A. L. R.; SÁ. M. I. F. A PESSOA OSTOMIZADA COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA: UM ESTUDO SOBRE A COMUNICAÇÃO HUMANIZADA NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE. **Revista Fontes Documentais.** Salvador. v. 06, Edição 2023Especial: MEDINFOR VI, 2023. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/RFD/article/view/60251/32106. Acesso em: 25 set. 2024.

GOMES, R. N. S.; LOPES, J. F. C. V.; SATURNINO, C. M. M.; DIAS, A. A. S.; ALMEIDA, L. S.; CORDEIRO, K. M. S. P.; SILVA, B. H. B. L.; FERNANDES JÚNIOR, G. C.; BORGES NETA, B. P.; PENA, L. C. C.; CARVALHO, L. R. A importância da Humanização do Acolhimento no Atendimento de Enfermagem no SUS: Um Relato de Experiência. **Journal of Medical and Biosciences Research**, v. 1, n. 2, p. 233–244, 2024. Disponível em: https://journalmbr.com.br/index.php/jmbr/article/view/33. Acesso em: 10 out. 2024.

CASTRO, A. da S.; ARBOIT, Éder L.; ELY, G. Z.; MOTTA DIAS, C. A.; ARBOIT, J.; CAMPONOGARA, S. Percepções da equipe de enfermagem acerca da humanização em terapia intensiva. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, 2019. DOI: 10.5020/18061230.2019.8668. Disponível em: https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8668. Acesso em: 09 set. 2024...



ENCONTRO TCR COREMU/SMS-SP

Obrigada Deus, tu és minha força!

Perten**c**imento

o

Integ**r**ação

e

Reconheci**m**ento













SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À TERAPIA INTENSIVA

VIVÊNCIAS E IMPACTOS DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO EM UTI PARA O ACOMPANHANTE FAMILIAR

Perten**c**imento

o

Integ**r**ação

e

Reconheci**m**ento

Residente: Luana Santos Chagas da Paixão

Orientador : Prof. Dr. Jucinei Araújo de Jesus

Unidade Executora: Hospital Municipal Doutor Fernando Mauro Pires da Rocha









INTRODUÇÃO

HOSPITALIZAÇÃO EM UTI

IMPACTOS EMOCIONAIS

COMUNICAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

ESPIRITUALIDADE

PSICOLOGIA HOSPITALAR

FUNDAMENTAÇÃO

OBJETIVO

- ☐ Analisar os impactos emocionais e o sofrimento vivenciado por familiares acompanhantes de pacientes internados em UTI adulta.
- Relacionar os emocionais e o sofrimento vivenciado impactos cuidado e aos princípios da Política Nacional de Humanização.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO: Qualitativo, descritivo e exploratório

• CENÁRIO: UTI Adulta — Hospital Municipal Fernando Mauro Pires da Rocha (20 leitos)

PERÍODO: Junho a Agosto de 2025

• PARTICIPANTES: Seis acompanhantes familiares de pacientes em risco iminente de morte

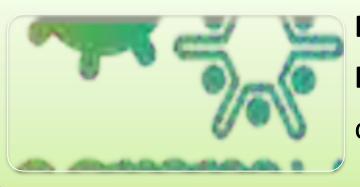
CRITÉRIOS: Internação maior ou igual a 48h; excluídos cuidadores remunerados

COLETA DE DADOS: Entrevistas semiestruturadas, questionário sociodemográfico e prontuários

ANÁLISE: Análise de conteúdo temática (Bardin), com apoio do software MaxQDA

• ASPECTOS ÉTICOS: Aprovado pelo CEP (Parecer nº 7.252.006); TCLE assinado; LGPD respeitados

RESULTADOS E DISCUSSÃO Perfil da Amostra e Núcleos temáticos



Participantes: 6 familiares de pacientes em estado crítico na UTI

Predomínio: mulheres, adultas (30-60 anos), com ensino médio

completo Vínculo familiar: netas, esposa, mãe, pai e prima



Religião: maioria cristã, presença de umbanda

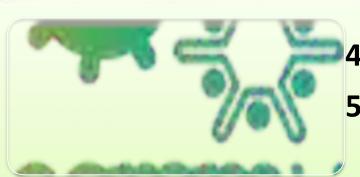
Profissão: variadas (dona de casa, cabelereira, enfermeira, professora)

Achado central: mulheres como protagonistas do cuidado - espiritualidade como recurso

de enfrentamento



- 1. Sofrimento emocional: medo, ansiedade, angústia, luto antecipado
- 2. Visita familiar: momento de vínculo, afeto e despedidas simbólicas
- 3. Relação com a equipe: apoio de médicos/psicólogos crítica a Enfermagem



- 4. Espiritualidade: fé em milagre, entrega a Deus, resignação com fé
- **5. Comunicação:** quando clara confiança; quando falha insegurança e sofrimento

CONCLUSÃO

Recurso
 fundamental para
 ressignificação do
 sofrimento

Psicologia Hospitalar

escuta qualificada e apoio

emocional

Suporte estratégico,

oferecendo

Espiritualidade

 Medo, ansiedade, luto antecipado e exaustão

Familiares vivenciam sofrimento psíquico intenso

Reação à necessidade de cuidado multiprofissional ampliado Comunicação e suporte emocional/espiritual

Comunicação da equipe

Acolhimento
 quando clara e
 empática;
 insegurança
 quando insuficiente

A visita em UTI assume papel central

> Vínculo, afeto e em casos críticos, despedida simbólica

REFERÊNCIAS

- Sampaio AA, Zonta JB, Ferreira FY, Okido ACC. Cuidado centrado na família em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais. Rev Rene (Online). 2017;18(4):515-520. doi: 10.15253/2175-6783.2017000400013.
- Digby R, ManiasE, Haines KJ, Orosz J, Ihle J, Bucknall TK. Family experiences and perceptions of intensive care unit care and
 - communication during the COVID-19 pandemic. Aust Crit Care 2023 May;36(3):350-60. doi: 10.1016/j.aucc.2022.03.003.
- Lima Junior JRM, Mendes CdeJL, Santos KCBD, Medeiros THReS, Santos DLN, Gouveia AJG, Oliveira RDN, Gonçalves EdS. Percepção da espiritualidade e religiosidade de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. Contrib Cienc Soc. 2024;17(9):e10779. doi: 10.55905/revconv.17n.9-261.
- Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
- Maynart WH, Albuquerque MC, Brêda MZ, Jorge JS. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. Acta Paul Enferm 2014;27(4):300-3. doi: 10.1590/1982-0194201400051.
- Silva MA, Morais JD, Batista AAF. Humanização ao paciente e família na unidade de terapia intensiva (UTI). Rev JRG Est Acad 2024;7(15):e1625. doi: 10.55892/jrg.v7i15.1625.

Pertencimento Integração Reconhecimento

OBRIGADA!











SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À TERAPIA INTENSIVA

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS PARA PREVENÇÃO DA SÍNDROME PÓS-CUIDADOS incimento INTENSIVOS – UMA REVISÃO INTEGRATIVA Pertencimento

Integração

Reconhecimento

Residente: Micaellen de Jesus Santos

Orientador: Jucinei Araújo de Jesus

Unidade Executora: Hospital Municipal Doutor Fernando Mauro Pires da Rocha







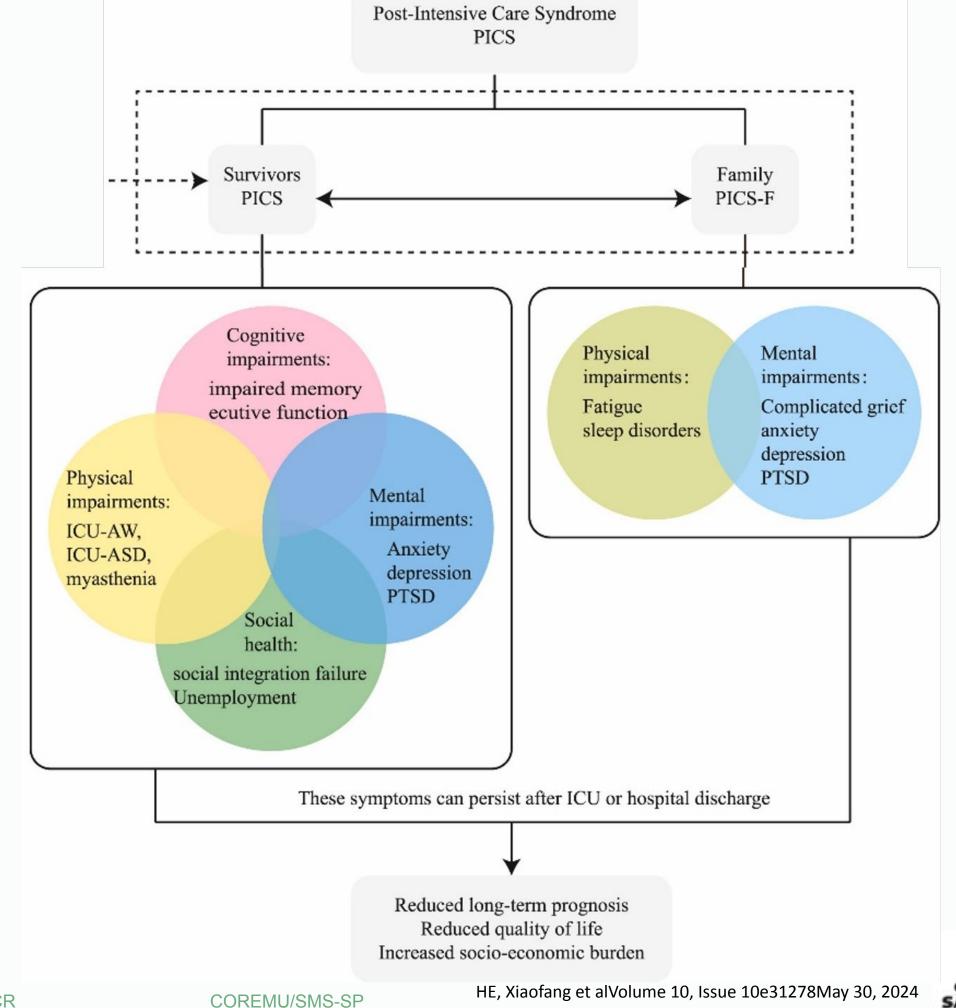




INTRODUÇÃO

A Síndrome Pós-cuidados Intensivos (*Post Intensive Care Syndrome – PICS*) é definida como "comprometimentos na saúde física, cognitiva e psicológica, decorrente das complicações relacionadas à estadia na UTI e que persiste após a alta hospitalar".

Society of Critical Care Medicine (2010)







INTRODUÇÃO

Increasing morbidity of critical illnesses and the arrival of aging society

Critically ill patients

Advanced medical technolog

Risk factors	
Interventional factors	acute respiratory distress syndrome, sepsis, shock, multiple organ dysfuntion syndrome. the frequency, duration, and severity of delirium, benzodiazepines, opioid, anesthetics, vasoactive drugs, glucocorticoid, neuromuscular blocking agent, excessive invasive therapy, long-term immobilization, mechanical ventilation, renal replacement therapy, ICU environment, etc
Non-interventional factors	female, elderly people, lower education level, lower income level, pre-existing ICU experience, alcohol abuse, psychosis, chronic diseases, etc



CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE

OBJETIVO

O atual estudo teve como objetivo identificar na literatura as ações não farmacológicas para prevenção da síndrome pós-cuidados intensivos, fatores de risco e as respectivas medidas de avaliação.





MÉTODO

- Critérios de elegibilidade: estudos que retratassem a temática, publicados e indexados nos referidos bancos de dados no período de 2014 a 2024, nos idiomas inglês e português.
- Critérios de exclusão: estudos que tinha como foco norteador diagnósticos específicos e faixa etária específica.

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Partindo da pergunta norteadora: "Quais as principais estratégias não farmacológicas utilizadas pela equipe multiprofissional para prevenir a PICS?" formulada a partir do acrônimo PICO.

Quadro 1. Estratégia PICO e descritores

ltens da estratégia	Componentes	Descritores DeCS/MeSH	Linguagem natural
População	Pacientes de UTI	Critical care, Intensive care units, icu	Post intensive care syndrome, pics
Intervenção	Estratégias não farmacológicas	Bundles, psychology, physiotherapist	Strategies, tool, guidelines
Comparação/ controle	Não aplicável		
Desfechos	Prevenção, minimização dos danos	Prevention, rehabilitation	Control, identification





MÉTODO

Para o levantamento dos artigos, utilizou-se as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), National Library of Medicine (PubMed), e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Os termos foram estabelecidos com base nos vocabulários controlados em saúde do Descritor em Ciência da Saúde (DeCS), Medical Subjects Headings (MeSH), complementando com termos da linguagem natural (palavras-chave). As estratégias de busca com termos controlados e linguagem natural, adaptado a cada base de dados.

Quadro 2. Estratégias de busca

Base de dados/biblioteca virtual	Estratégias de busca
PubMed/MEDLINE	("Post intensive care syndrome" OR "Critical care" OR "Intensive care units" OR pics OR icu) AND (psychology OR physiotherapist) AND (bundles OR guidelines OR strategies OR tool) AND (prevention OR rehabilitation OR identification OR control)
BVS	("Post intensive care syndrome" OR "Critical care" OR "Intensive care units" OR pics OR icu) AND (psychology OR physiotherapist) AND (bundles OR guidelines OR strategies OR tool) AND (prevention OR rehabilitation OR identification OR control)
SciELO	(*"Post intensive care syndrome" OR "Critical care" OR "Intensive care units" OR "pics" OR "icu") AND ("psychology" OR "physiotherapist") AND ("bundles" OR "guidelines" OR "strategies" OR "tool") AND ("prevention" OR "rehabilitation" OR "identification" OR "control"

Fonte: Autores

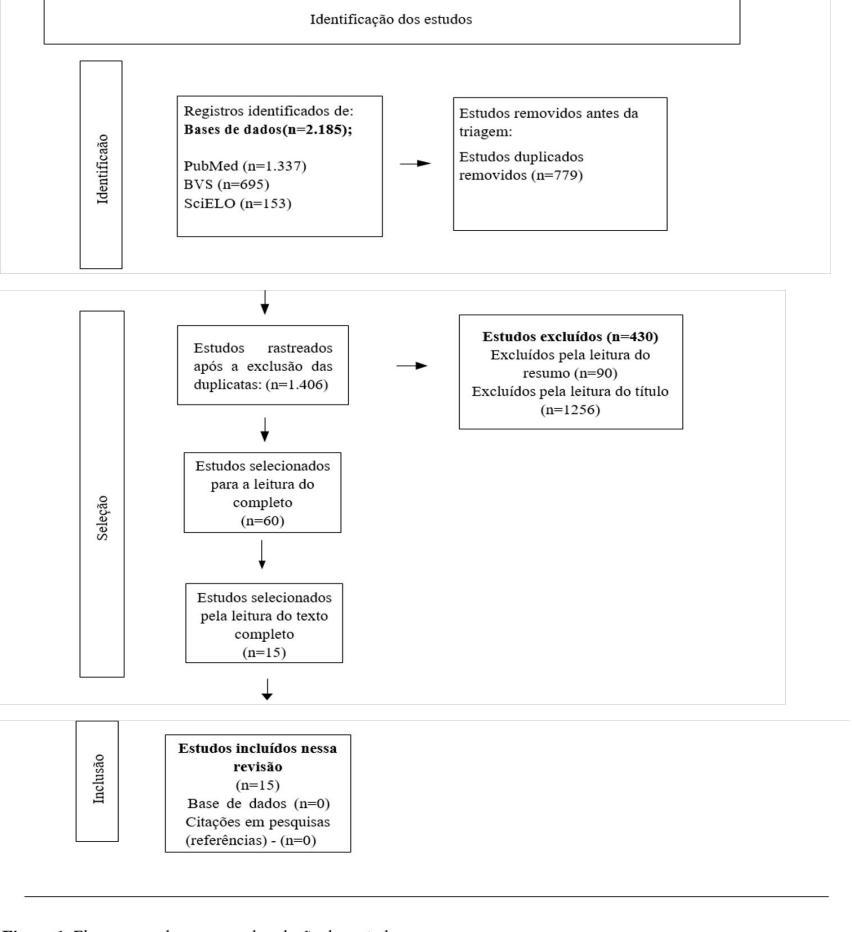


RESULTADOS

A busca identificou 2185 artigos nas bases de pesquisa: PubMed: 1.337; BVS: 695; SCIELO: 153.

Posteriormente, os trabalhos foram importados para o programa Zotero, com 779 excluídos por duplicidade, restando 1406 para triagem manual pela leitura do título e leitura do resumo.

Após triagem e aplicação dos critérios de elegibilidade, restaram 15 estudos que respondiam à pergunta de pesquisa, incluídos neste trabalho. Tal processo foi descrito na figura 1, utilizou-se uma adaptação do fluxograma do Preferred Reporting Itens for Sistematic Review and Meta Analyses (PRISMA).





Fonte: Autores



DISCUSSÃO

melhora da mobilidade, redução do delirium, da fraqueza adquirida na UTI, e no tempo de ventilação mecânica (Rousseau et al., 2021; Zheng et al., 2023; Mulkey, M. A., et al., 2022; Renner, C., et al., 2023).

o uso de benzodiazepínicos, está associado a uma maior incidência de delirium, tempo de ventilação mecânica e piora dos desfechos neurocognitivos. Em vez disso, é recomendado o uso de sedativos alternativos, como o propofol e a dexmedetomidina (Clancy et al., 2022; Fernandes et al., 2019; Rousseau et al., 2021).

Diários de UTI: Eles permitem que os pacientes reconstruam suas experiências e substituam memórias delirantes por informações factuais, promovendo uma melhor recuperação psicológica

Pode ser preenchido pela equipe e pela família.

Aspectos Cognitivos:

Identificação e manejo do delirium Minimização da sedação Modificação ambiental Presença dos familiares Musicoterapia Estimulação cognitiva

Aspectos Físicos:

Mobilização precoce Pacote ABCDEF Controle da dor Suporte nutricional Controle glicêmico

Aspectos Psicológicos:

Avaliação e acompanhamento psicológico Diários de UTI Comunicação eficaz





DISCUSSÃO

PICS-Família

- Avaliação e acompanhamento psicológico
- Comunicação efetiva
- Presença dos familiares
- Diários de UTI
- Suporte ao luto

FERRAMENTAS DE IDENTIFICAÇÃO

- Aspectos físicos:
 - Medical Research Council (MRC): para avaliar força muscular
 - Fatigue Assessment Instrument (FAI): para avaliar fadiga
 - Timed Up and Go (TUG): para avaliar mobilidade e equilíbrio
 - Teste de Caminhada de 6 minutos (6MWT): para avaliar capacidade funcional
- Aspectos cognitivos:
 - CAM-ICU: para identificar delirium
 - Mini-Mental: para avaliar funções cognitivas
 - RBANS: para avaliar funções cognitivas
 - Moca: detectar déficits cognitivos leves
- Aspectos psicológicos:
 - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)
 - Escala de Impacto do Evento Revisada (IES-R)
 - Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)





CONCLUSÃO

A Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS) é uma condição complexa que afeta sobreviventes de UTI em três esferas principais: física, cognitiva e psicológica.

As estratégias de prevenção e as ferramentas de identificação são essenciais para mitigar os impactos dessa síndrome, apesar de ainda não haver estudos que comprovem a eficácia de algumas intervenções e ferramentas.

Portanto, são necessários mais estudos para desenvolver e validar intervenções eficazes e ferramentas de avaliação precisas que possam ser implementadas em diferentes contextos e populações.





REFERÊNCIAS

AZEVEDO, J. R.; MONTENEGRO, W. S.; RODRIGUES, D. P. et al. Long-term cognitive outcomes among unselected ventilated and non-ventilated ICU patients. Journal of Intensive Care, v. 5, 2017. Disponível em:

https://doi.org/10.1186/s40560-017-0213-4. Acesso em: 14 mai. 2023. BALASUBRAMANIAN, V.; SURI, J. C.; ISH, P.; GUPTA, N.; BEHERA, D.; GUPTA, P.; CHAKRABARTI, S. Neurocognitive and quality-of-life outcomes following intensive care admission: a prospective 6-month follow-up study. Indian Journal of Critical Care Medicine, v. 24, n. 10, p. 932–937, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23576. Acesso em: 14 mai. 2023.

BULIC, D.; BENNETT, M.; GEORGOUSOPOULOU, E. N. et al. Cognitive and psychosocial outcomes of mechanically ventilated intensive care patients with and without delirium. Annals of Intensive Care, v. 10, p. 104, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13613-020-00723-2. Acesso em: 08 nov. 2024.

CABRAL, C. D. R.; TEIXEIRA, C.; ROSA, R. G. et al. Mortality, morbidity, and quality-of-life outcomes of patients requiring ≥ 14 days of mechanical ventilation: a 12-month post-intensive-care-unit cohort study. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 31, n. 3, p. 425–427, 2019. Disponível em:

https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190046. Acesso em: 02 dez. 2024. DEVLIN, J.; VERCLES, A.; MORRIS, P.; ELY, E.; BALAS, M. Adapting the ABCDEF bundle to meet the needs of patients requiring prolonged mechanical ventilation in the long-term acute care hospital setting: historical perspectives and practical implications. Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine, v. 37, n. 1, p. 119–135, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1055/s-0035-1570361. Acesso em: 08 nov. 2024.

ESTRUP, S.; KJER, C. K. W.; VILHELMSEN, F.; POULSEN, L. M.; GØGENUR, I.; MATHIESEN, O. Cognitive function 3 and 12 months after ICU discharge—A prospective cohort study. Critical Care Medicine, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1097/ccm.000000000003391. Acesso em: 02 dez. 2024. FARLEY, K. J.; EASTWOOD, G. M.; BELLOMO, R. A feasibility study of functional status and follow-up clinic preferences of patients at high risk of post-intensive care syndrome. Anaesthesia and Intensive Care, v. 44, n. 3, p. 413–419, 2016. Disponível em:

https://doi.org/10.1177/0310057x1604400310. Acesso em: 14 mai. 2024.

FERNÁNDEZ-GONZALO, S.; NAVARRA-VENTURA, G.; BACARDIT, N. et al. Cognitive phenotypes 1 month after ICU discharge in mechanically ventilated patients: a prospective observational cohort study. Critical Care, v. 24, n. 1, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13054-020-03334-2. Acesso em: 14 mai. 2024.

MART, M. F.; WILLIAMS ROBERSON, S.; SALAS, B.; PANDHARIPANDE, P. P.; ELY, E. W. Prevention and management of delirium in the intensive care unit. Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1055/s-0040-1710572. Acesso em: 20 out. 2024. MITCHELL, M. L.; SHUM, D. H. K.; MIHALA, G.; MURFIELD, J. E.; AITKEN, L. M. Long-term cognitive impairment and delirium in intensive care: a prospective cohort study. Australian Critical Care, v. 31, n. 4, p. 204–211, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.07.002. Acesso em: 20 out. 2024.

QUASIM, T.; BROWN, J.; KINSELLA, J. Employment, social dependency and return to work after intensive care. Journal of the Intensive Care Society, v. 16, n. 1, p. 31–36, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1177/1751143714556238. Acesso em: 20 out. 2024.

RENGEL, K. F.; HAYHURST, C. J.; PANDHARIPANDE, P. P.; HUGHES, C. G. Long-term cognitive and functional impairments after critical illness. Anesthesia & Analgesia, v. 128, n. 4, p. 772–780, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1213/ane.0000000000004066. Acesso em: 14 mai. 2024.

STOLLINGS, J. L.; KOTFIS, K.; CHANQUES, G.; PUN, B. T.; PANDHARIPANDE, P. P.; ELY, E. W. Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. Intensive Care Medicine, 2021.

Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00134-021-06503-1. Acesso em: 9 nov. 2023.

SVENNINGSEN, H.; TØNNESEN, E. K.; VIDEBECH, P.; FRYDENBERG, M.; CHRISTENSEN, D.; EGEROD, I. Intensive care delirium - effect on memories and health-related quality of life - a follow-up study. Journal of Clinical Nursing, v. 23, n. 5-6, p. 634–644, 2013. Disponível em:

https://doi.org/10.1111/jocn.12250. Acesso em: 8 dez. 2023.

TELES J.M.; TEIXEIRA C.; ROSA R.G. Síndrome Pós-cuidados intensivos: como salvar mais do que vidas. São Paulo: Editora dos Editores; 2019

VOIRIOT, G.; OUALHA, M.; PIERRE, A. et al. Chronic critical illness and post-intensive care syndrome: from pathophysiology to clinical challenges. Annals of Intensive Care, v. 12, p. 58, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13613-022-01038-0. Acesso em: 8 dez. 2023.



COREMU/SMS-SP **ENCONTRO TCR**

Pertencimento Integ**r**ação Reconhecimento

OBRIGADA!











SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À TERAPIA INTENSIVA

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO PÓS TROMBÓLISE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Pertencimento

Integração

Reconhecimento

Residente: Victoria Santanna Rosa

Orientador: Gustavo Gessolo

Unidade Executora: Hospital Municipal Doutor Fernando Mauro Pires da Rocha











DCNT -> maior parte das mortes no Brasil

PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

2019 → 738.371 óbitos 41,8% prematuramente (30 e 69 anos)

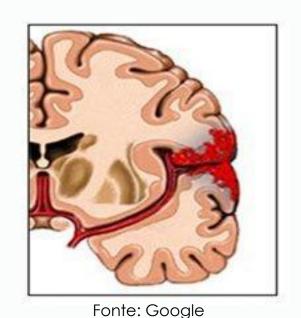
- Cardiovasculares
- Respiratórias crônicas
- Neoplasias
- Diabetes

Principais causas de perdas de funcionalidade e qualidade de vida

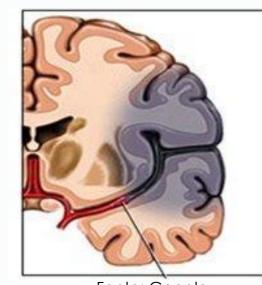




Grupo de doenças cardiovasculares → AVE



HEMORRÁGICO x ISQUÊMICO 85% dos casos



Fonte: Google

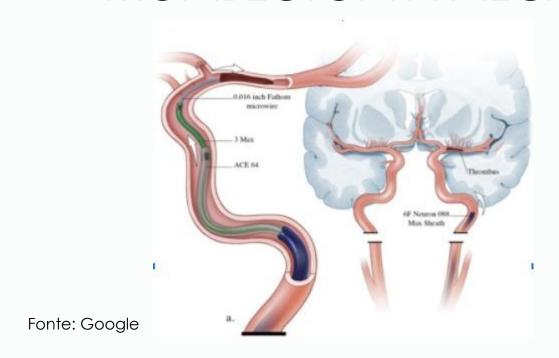
SBAVC: mortalidade 103.769 em 2019 para 112.052 em 2023 Até agosto de 2024, 50.133 brasileiros morreram por AVE

AVE tornou-se a primeira causa de morte por doenças cardiovasculares nos últimos 5 anos no Brasil





TROMBECTOMIA MECÂNICA X TROMBÓLISE





Fonte: Google

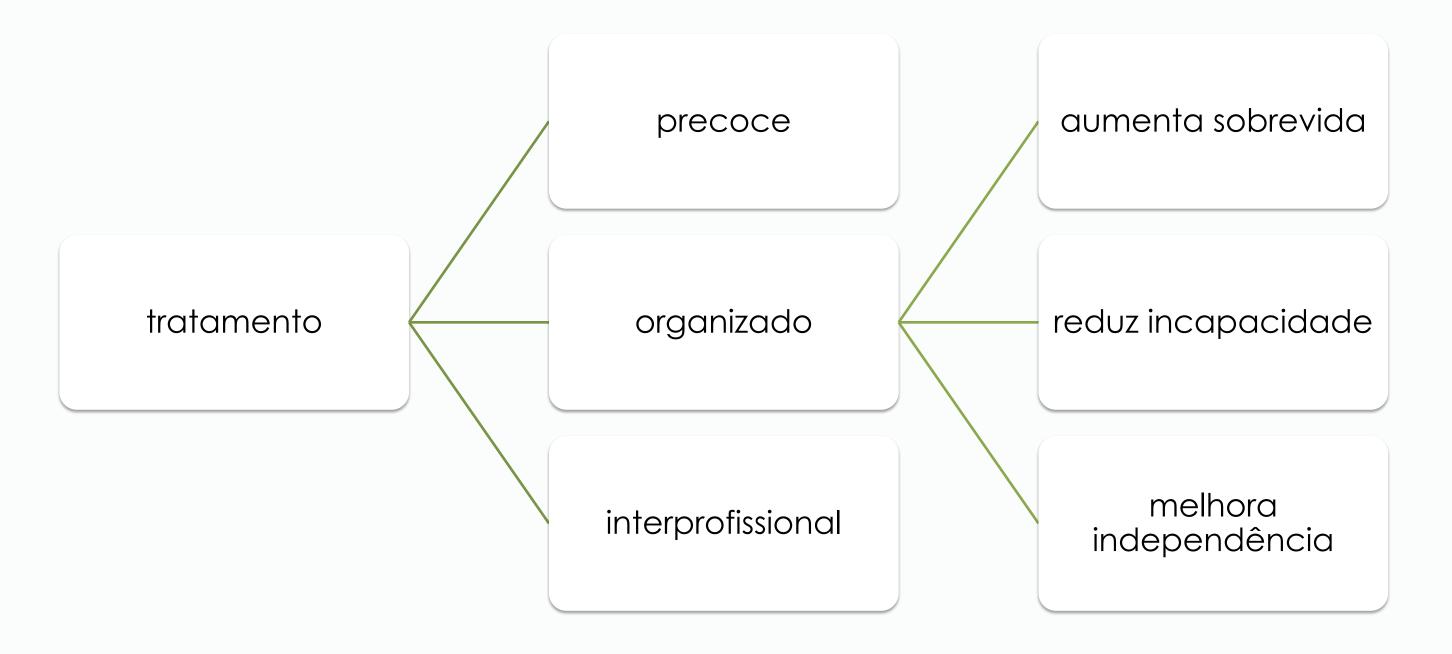
Trombólise

- Medicamentos tempo-dependentes / trombolíticos;
- Primeiras 4,5h após o início do AVEI;
- Dissolver os coágulos sanguíneos que bloqueiam o fluxo.

Pacientes elegíveis a trombólise são selecionados cuidadosamente











Fisioterapeuta:

- Evitar os efeitos negativos do repouso prolongado no leito
- Estimular o retorno mais breve às atividades físicas cotidianas de forma independente
- Manter capacidade funcional
- Maximizar a oportunidade da alta precoce

Mobilização precoce e demais recursos utilizados pela fisioterapia





Em pacientes com lesões neurológicas agudas, a realização de um planejamento de mobilização ainda é um desafio.

Relevância de conhecer as repercussões e as indicações das intervenções fisioterapêuticas voltadas à reabilitação precoce nos pacientes com AVEi.





OBJETIVO

REVISAR NA LITERATURA EVIDÊNCIAS ACERCA DAS INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS EM PACIENTES COM AVE ISQUÊMICO PÓS TROMBÓLISE





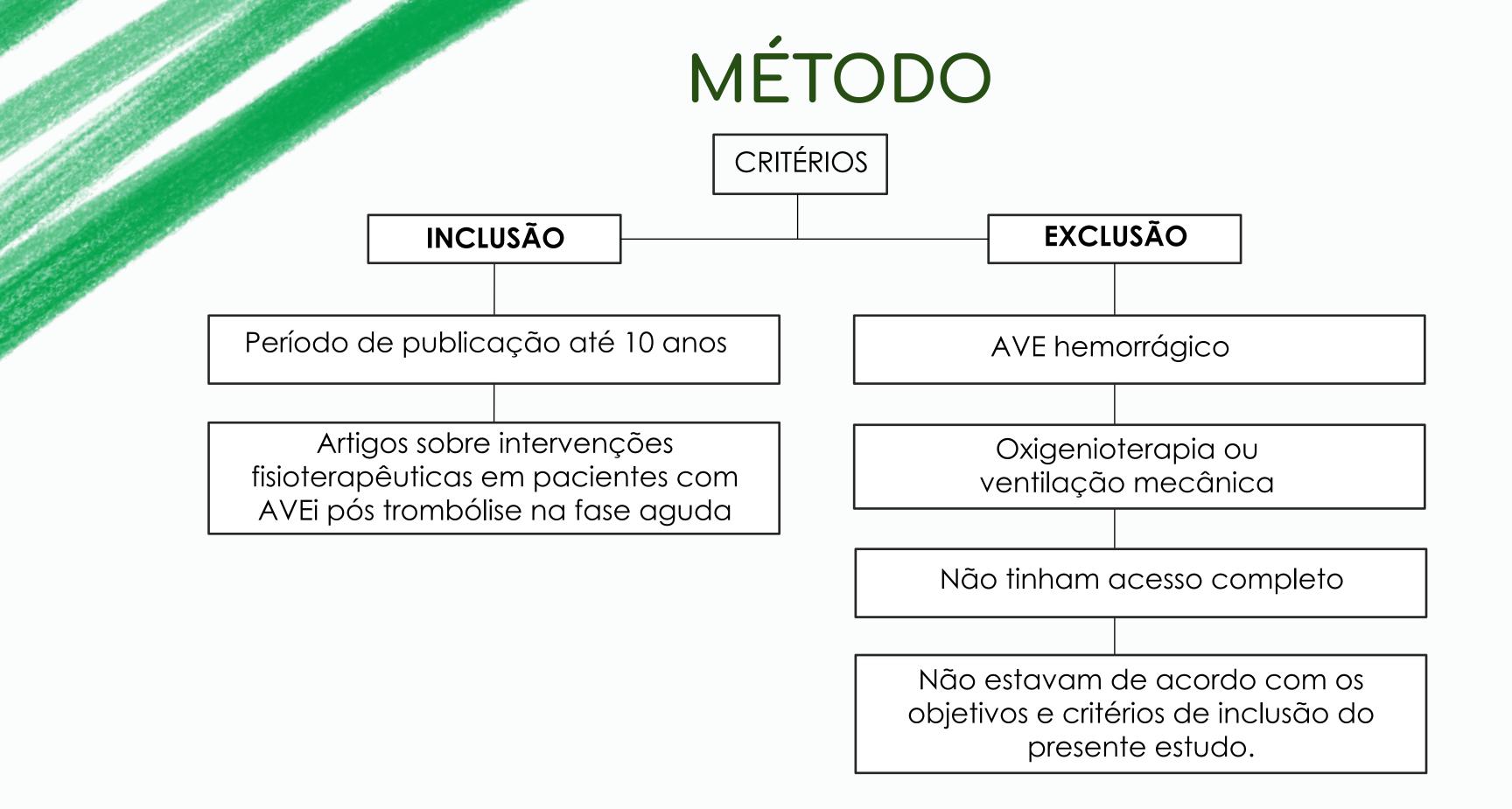
MÉTODO

REVISÃO INTEGRATIVA

Bases	Descritores
PubMED	(((Ischemic Stroke[MeSH Terms]) AND (Thrombolytic
	Therapy[MeSH Terms])) AND (Rehabilitation[MeSH Terms]))
	OR (Early Ambulation[MeSH Terms])
PEDro	Physical Therapy and Ischemic Stroke
SciELO	(Early Ambulation) OR (Physical Therapy) AND (Ischemic
	Stroke) AND (Thrombolytic Therapy)
	(Physical Therapy) OR (Early Ambulation) AND (Ischemic
	Stroke)
	(Ischemic Stroke) AND (Physical Therapy)
LILACS	(Early Ambulation) AND (Ischemic Stroke) AND (Thrombolytic
	Therapy)
	(Early Ambulation) AND (Ischemic Stroke)
	(Physical Therapy) AND (Ischemic Stroke) AND (Thrombolytic
	Therapy)



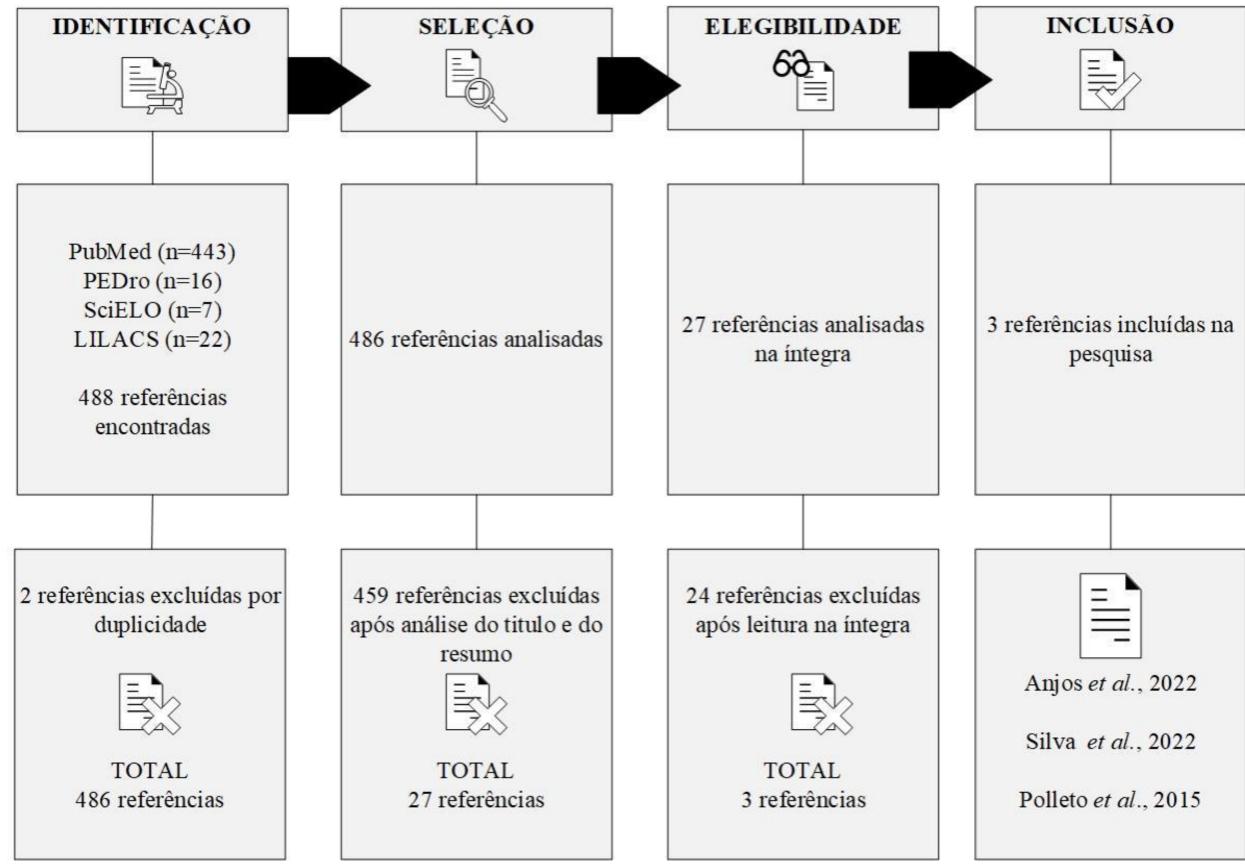








RESULTADOS







RESULTADOS

• Efficacy and safety of very early mobilization after thrombolysis in acute ischemic stroke: a randomized clinical trial.

Anjos et al., 2022

• Early mobilization in ischemic stroke: a pilot randomized trial of safety and feasibility in a public hospital in Brazil.

Polleto et al., 2015

• Fatores clínicos e sociodemográficos associados à recuperação da marcha de indivíduos após o acidente vascular cerebral trombolisado na fase aguda.

Silva et Al., 2022





RESULTADOS Anjos et al., 2022

- Aberto
- Prospectivo
- Randomizado
- Desfecho não cego

Avaliar a eficácia e segurança da mobilização muito precoce após trombólise na recuperação funcional em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo.





RESULTADOS Anjos et al., 2022

Grupo de intervenção (51 participantes)

- 12h após a trombólise
- Elevação pélvica
- Sedestação beira leito
- Ortostatismo
- Deambulação
- Atividades funcionais em MMSS
- 15min, 2x dia
- Por 7 dias ou alta

Grupo de rotina (53 participantes)

- 24h após a trombólise
- Posicionamento no leito
- Equilíbrio sentado
- Controle de tronco
- Deambulação
- 45min por dia
- Por 7 dias ou até alta





RESULTADOS Anjos et al., 2022

- Não apresentavam incapacidade na alta.
- Nenhum risco aumentado foi observado.
- Sem diferenças na mobilidade funcional, equilíbrio e tempo de internação.

A estratégia de mobilização precoce após trombólise no AVEi foi segura, mas sem evidência de benefício em curto prazo.





RESULTADOS Silva et Al., 2022

• Estudo longitudinal.

"Mobilização Muito Precoce pós trombólise em uma unidade de AVC de Salvador-Bahia: Ensaio clínico randomizado"

Investigar quais fatores estão associados com a recuperação da marcha na fase aguda do AVE trombolisado.





RESULTADOS Silva et Al., 2022

• 32 indivíduos na fase aguda do AVE trombolisado: primeiras horas e após 7 dias ou no momento da alta.





RESULTADOS Silva et Al., 2022

- 87,5% recuperou a caminhada de forma independente.
- 50% andou no primeiro dia de internação.
- Associação significativa entre a Escala de Equilíbrio de Berg e o tempo para andar.

A maioria dos indivíduos submetidos à trombólise recupera a capacidade de andar dentro de sete dias da ocorrência do evento, e que esta recuperação está associada ao equilíbrio nas primeiras horas após o AVE.





RESULTADOS Polleto et al., 2015

- Ensaio clínico randomizado
- Simples-cego
- Controlado

Avaliar a viabilidade, segurança e benefício da mobilização precoce para pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo tratados em um hospital público de ensino no sul do Brasil.





RESULTADOS Polleto et al., 2015

Grupo de intervenção (18 participantes)

- 48 h do início dos sintomas
- Sentar fora da cama sempre que possível
- Ortostatismo
- Bobath
- 5x semana, 1x ao dia, 30min
- Até alta ou 14 dia

Grupo controle (19 participantes)

- fisioterapia de rotina quando solicitada pela equipe
- Motores globais
- Respiratória no leito
- 15min





RESULTADOS Polleto et al., 2015

- Grupo de intervenção recebeu mobilização mais precoce e mais frequente.
- Nenhuma complicação foi observada.
- Sem diferenças significativas em relação a independência funcional.

A mobilização precoce após AVEi agudo é segura e viável.





DISCUSSÃO

• Importância de distinguir AVEi e AVEh

A reabilitação precoce é essencial para maximizar a recuperação funcional independente do tipo de AVE, porém, seu impacto ainda não é totalmente claro.

Definição de fase aguda

Alguns protocolos sugerem benefícios, outros incluem 24h de repouso no leito.





DISCUSSÃO

• **Muhl et al., 2014:** Avaliou a mobilização precoce em pacientes com AVE, independente do trombolítico, não encontraram diferenças significativas.

• Xu et al., 2017: Concluiu que a mobilização precoce não aumentou riscos de mortalidade, progressão de AVE ou quedas. Segura, mas sem evidências de benefícios.





DISCUSSÃO

Embora a mobilização precoce tenha mostrado ser segura e viável, com alguns benefícios para a recuperação funcional, ainda não há evidências claras de que ela seja mais eficaz que os cuidados habituais.





CONCLUSÃO

- Definição da fase aguda
- Escassez de estudos
- Benefícios sem evidências significativas

Para que a mobilização precoce seja mais eficaz e bem aceita na prática clínica, são necessários mais estudos, com amostras maiores e métodos mais consistentes.





REFERÊNCIAS

- Alves LF, Oliveira KP de, Amorim GEDP, Ribeiro TC, Silva GVR da, Câmara MF, Fernandes CR. Aspectos do AVE isquêmico: uma revisão bibliográfica / Aspects of ischemic stroke: a literature review. Braz J Health Rev [online]. 2022;5(2):4098-4113. doi: 10.34119/bjhrv5n2-009
- American Heart Association. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2016;47(suppl_1):S1-S116.
- Anjos JM, Neto MG, de Araújo Tapparelli Y, Tse G, Biondi-Zoccai G, de Souza Lima Bitar Y, et al. Efficacy and safety of very early mobilization after thrombolysis in acute ischemic stroke: a randomized clinical trial. J Neurol. 2023;270(2):843-850. doi: 10.1007/s00415-022-11411-5. https://doi.org/10.1007/s00415-022-11411-5
- Berge E. Diretrizes da Organização Europeia de Acidentes Vasculares Cerebrais (ESO) sobre trombólise intravenosa para acidente vascular cerebral isquêmico agudo. European Stroke J. 2021;0(0):1-62. doi: 10.1177/2396987321989865
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado 1 prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em: 29 dez. 2024] Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/biblio-885139
- Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA nº 664, DE 12 DE ABRIL DE 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Acesso em 18 out 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0664_12_04_2012.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3432. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo UTI. Diário Oficial da União. 1998 ago; 154.
- Brasil. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. [acesso em: 29 dez. 2024] Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-69469
- Canuto LTC, Oliveira AAS. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. Psicologia em Revista. 2020;26(1):83-102. doi: 10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p82-100.
- Cunza VGF, Mendes dos Santos ENQ, Nogueira LHA, Barbatto VHDR, Rodrigues EMO, Nunes BCMM, et al. Comparação entre AVE Isquêmico e Hemorrágico: Fatores de Risco, Abordagens Diagnósticas e Estratégias. Braz J Implantol Health Sci. 2024;6(10):3152-3161. doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n10p3152-3161. https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p3152-3161
- Diretrizes Brasileiras de Mobilização Precoce em Unidade de Terapia Intensiva. Acesso ao texto completo da diretriz: https://diretrizes.amb.org.br/medicina-intensiva/pacientes-em-unidades-de-terapia-intensivamobilizacao-precoce/
- Moraes MA, Jesus PAP, Muniz LS, Costa GA, Pereira LV, Nascimento LM, Teles CAS, Baccin CA, Mussi FC. Ischemic stroke mortality and time for hospital arrival: analysis of the first 90 days. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20220309. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0309en
- Muhl L, Kulin J, Dagonnier M, Churilov L, Dewey H, Lindén T, et al. Mobilization after thrombolysis (rtPA) within 24 hours of acute stroke: what factors influence inclusion of patients in A Very Early Rehabilitation Trial (AVERT)?. BMC Neurol. 2014;14:163. doi: 10.1186/s12883-014-0163-6. https://doi.org/10.1186/s12883-014-0163-6
- Physiotherapy performance at UTI. Braz. J. Hea. Rev, Curitiba, v. 3, n. 6, p.16335-16349. nov./dez. 2020. ISSN 2595-6825. DOI: 10.34119/bjhrv3n6-056
- Prefeitura de São Paulo. Doenças crônicas não transmissíveis são a maior causa de mortes no Brasil. Capital.sp.gov.br. Publicado em 11 junho 2022. Acessado em 29 dezembro 2024. Disponível em: https://capital.sp.gov.br/w/noticia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-sao-a-maior-causa-de-mortes-no-brasil
- Poletto SR, Rebello LC, Valença MJ, Rossato D, Almeida AG, Brondani R, et al. Early mobilization in ischemic stroke: a pilot randomized trial of safety and feasibility in a public hospital in Brazil. Cerebrovasc Dis Extra. 2015;5(1):31-40. https://doi.org/10.1159/000381417
- Sarmento GJ, Cordeiro ALL, editors. Fisioterapia motora aplicada ao paciente crítico: do diagnóstico à intervenção. 2. ed. Santanna de Parnaíba: Manole; 2022.
- Silva AM, Anjos JLM, Bernardes L, Aguiar L, Nascimento CF. Fatores clínicos e sociodemográficos associados à recuperação da marcha de indivíduos após o acidente vascular cerebral trombolisado na fase aguda. Acta Fisiatr. 2022;29(2):112-117.
- Sociedade Brasileira de AVC. Números do AVC. 09 ago 2024. Disponível em: https://avc.org.br/numeros-do-avc/. Acesso em 20 dez 2024.
- Xu T, Yu X, Ou S, Liu X, Yuan J, Chen Y. Efficacy and safety of very early mobilization in patients with acute stroke: A systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2017;7(1):6550. doi: 10.1038/s41598-017-06871-z. https://doi.org/10.1038/s41598-017-06871-z



Pertencimento Integração Reconhecimento

Obrigada!









