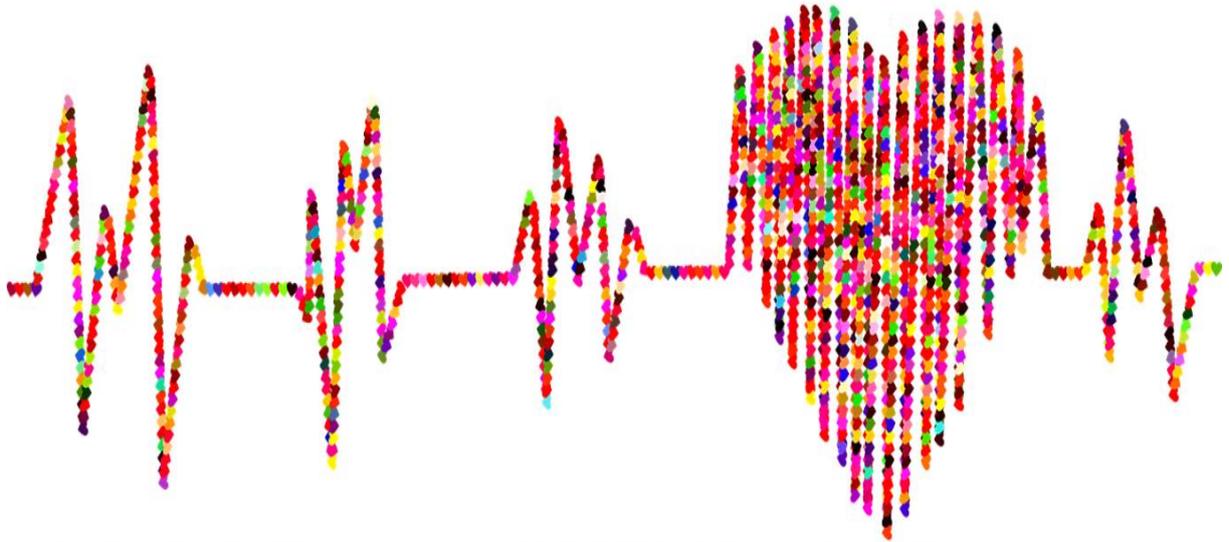


ANAIS I MESA REDONDA INTERDISCIPLINAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



I MESA REDONDA INTERDISCIPLINAR
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

APOIO:



**ORGANIZASDORES I MESA REDONDA INTERDISCIPLINAR DE
URGÊNCIA. E EMERGÊNCIA**

- Amanda Leão Wanderley Athayde
- Ana Cláudia Freitas Santos
- Ana Paula Morais Corrêa Machado
- Anna Paula Paulino Ruas
- Bruna Afonso Lopes Lima
- Carla Dayana Durães Abreu
- Cristiane Borborema Teles
- Darliane Soares Silva
- Fabiana Almeida Miranda
- Fernanda Araújo Sá
- Fylipe Guimarães Barbosa
- Gabriel Almeida Gomes
- Gabryele Rodrigues Silva Ramos
- João Pedro Paulino Ruas
- Júlia Maria Serrat Guimarães Ferreira Silva
- Juliana Andrade Pereira
- Júlio César Figueirêdo Júnior
- Laura Renata Cesário Silva
- Maria Cecília Fonseca Souza e Silva
- Maria Clara Serrat Guimarães Ferreira Silva
- Matheus Souza de Aguiar
- Silvana Maria de Oliveira
- Thaís da Silva Sá
- Thaís Santos Neves
- Thiago Vinícius dos Santos Ferreira

INTEGRANTES DA COMISSÃO CIENTÍFICA

**Juliana Andrade Pereira
Coordenadora Científica do III Congresso
Regional de Saúde Integrada**

- João Pedro Paulino Ruas
- Fylipe Guimarães Barbosa

ORGANIZADO DOS ANAIS

- Juliana Andrade Pereira;
- João Pedro Paulino Ruas;
- Leandro Mendes Pinheiro da Silva.

• Diego Andreazzi Duarte
Diretor da Revista Acervo Saúde

• Antônio Prates Caldeira
Coordenador do Curso de Medicina Das FIP-MOC

INTEGRANTES DA BANCA AVALIADORA

- Juliana Andrade Pereira;
- Leandro Mendes Pinheiro da Silva
- Wislene Sarajane Moreira Alves



I MESA REDONDA INTERDISCIPLINAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PROGRAMAÇÃO

SEXTA-FEIRA 10/08/18

TEATRO FASA - JK

16:00h Apresentação de Trabalhos Científicos

17:00h Mesa 1 > Queimaduras

-Nairtha Alcântara (Médica)

-Ubiratam Lopes (Enfermeiro)

18:00h - Mesa 2 > Manejo do Paciente Grave

-André Silveira (Médico)

-Ubiratam Lopes (Enfermeiro)

19:00h - Mesa 3 > ACLS / ATLS

-Brendow Alencar (Médico)

-Antônio Osmar (Enfermeiro)

19:50h - Coffee Break

20:00h - Mesa 4 > Síndromes Coronarianas Agudas

-Wille Dingsor (Médico)

-Frederico Willer (Enfermeiro)

21:00h - Mesa 5 > Atuação Multidisciplinar na Urgência e Emergência

-Bruno Porto (Médico)

-Rafael Messias de Oliveira (Enfermeiro)

-Carla Andreia Barros (Fisioterapeuta)

-Ana Laura Leite (Fisioterapeuta)

-Agda Leite (Odontologia)

22:00h - Encerramento Com Sorteio de Brindes

Patrocínio:



**FACULDADES
SANTO AGOSTINHO**
Qualidade no Ensino Superior



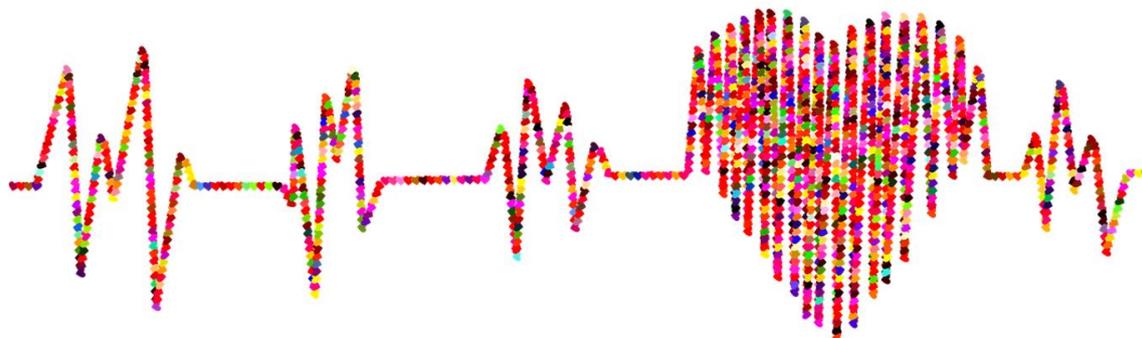
PATROCINADORES

- Faculdades Santo Agostinho,
- Revista Acervo Saúde,
- Alessandra Marques,
- Tribo Social,
- Academia Combate Girl,
- Joy Essências,
- Superior Cursos,
-]Tudo Orto ,
- Odontologia Maykon Cardoso

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	07
I Resumo da apresentação oral.....	08
Epidemiologia do traumatismo cranioencefálico nas microrregiões do norte de Minas Gerais.....	09
Insuficiência respiratória aguda na pediatria: diagnóstico e manejo.....	12
Triagem de pacientes em situações de vítimas em massa: Definição de prioridades	16
II RESUMO SIMPLES	19
Ansiedade: Do normal ao patológico.....	20
Aspectos epidemiológicos do glaucoma agudo primário no estado de Minas Gerais.....	22
Assistência de enfermagem a clientes em uso de sonda gastrointestinal: Revisão integrativa das primordiais imperfeições	24
Demanda de atendimento pediátrico: Uma revisão de literatura.....	26
Escore pediátrico de deterioração clínica: Efeitos positivos na assistência à saúde da criança	28
Intervenções coronarianas percutâneas: Resultados do SUS em Montes Claros-MG.....	30
Perfil epidemiológico dos pacientes com descolamento de retina no Estado de Minas Gerais	32
Relato de experiência da triagem em pronto atendimento: O processo de trabalho da equipe de enfermagem	34
Uso da morfina em clientes cancerosos com dor severa: Barreiras e mitos	36
III Resumo expandido.....	38
Esclerodermia: Relato de caso	39
Maiores dificuldades enfrentadas com portadores de Esquizofrenia por familiares	43
Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Montes Claros – MG entre 2012 a 2014	46
Quais fatores determinantes para a escolha da Traqueostomia em pacientes vítimas de AVC/AVE em uso de TOT	49

APRESENTAÇÃO



I MESA REDONDA INTERDISCIPLINAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1º MESA REDONDA INTERDISCIPLINAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Trata-se de um evento com caráter científico, que ocorreu no dia 10 de agosto de 2018 no auditório das Faculdades Santo Agostinho, organizado pelos **acadêmicos das Faculdades Integradas Pitágoras, Fasi, Funorte, Unimontes e Santo Agostinho**, onde estimou-se a presença de **200 participantes**.

SOBRE O EVENTO

É um evento de cunho educacional e social que visa alicerçar e disseminar o conhecimento nas mais diversas áreas da saúde que envolvam a urgência e emergência. Além disso, veio com uma proposta de confluência dos métodos de ensino e as diferentes visões sobre conteúdos essenciais. Contou com palestrantes renomados e acadêmicos que ministraram palestras e discussões com temas pertinentes que atingem todos os acadêmicos e profissionais da saúde.

RESUMO DA APRESENTAÇÃO ORAL

EPIDEMIOLOGIA DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO NAS MICRORREGIÕES DO NORTE DE MINAS GERAIS

Ana Cláudia Freitas Santos¹; Rayane Ruas Oliveira¹; Bárbara Samira Mendes¹; Luciane Gonçalves Pereira¹; Mariana Miranda de Carvalho¹; Matheus Oliveira Nobre de Andrade¹; Ronaldo Urias Mendonça².

¹Acadêmicos de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

²Professor de Neuroanatomia e Semiologia Neurológica das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

RESUMO

Introdução: O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é definido como uma lesão ao cérebro, acarretando alterações anatômicas e perdas funcionais, ocasionado por contusões no crânio ou inflamações e

distúrbios metabólicos. As causas mais comuns dos choques são os acidentes de veículos (bicicleta, motocicletas e acidentes com pedestres), sendo mais comuns em adolescentes e jovens adultos, seguido das quedas que acometem principalmente as faixas pediátricas e geriátricas. **Objetivo:** Este estudo teve o objetivo de analisar a epidemiologia do traumatismo cranioencefálico nas microrregiões do norte de Minas Gerais. **Material e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo quantitativa, utilizando as bases de dados online Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, Biblioteca Virtual De Saúde (BVS) e Educación Física y Deportes (Efdeportes). Os dados para o estudo epidemiológico, foram coletados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) fornecidos pelo Ministério da Saúde. **Resultados e Discussão:** O sexo masculino é o que tem maior prevalência de TCE na região Norte de Minas Gerais. Já a idade de maior incidência foi a idade adulta de 20 a 59 anos, ficando em segundo lugar os idosos acima de 60 anos, seguido pelos adolescentes de 10 a 19 anos e em último lugar a faixa etária infantil de 0 a 9 anos. **Conclusão:** Concluiu-se que este estudo epidemiológico é importante para auxiliar a melhoria no atendimento hospitalar e a elaboração de medidas educativas para a prevenção da população mais afetada.

Palavras chave: Traumatismo Cranioencefálico. Epidemiologia. Brasil. Norte de Minas Gerais”

Introdução

O TCE consiste em uma lesão no crânio ou no encéfalo que pode acarretar danos anatômicos e funcionais nessas estruturas. A lesão primária é resultante do impacto do crânio com algum objeto ou superfície, já a lesão secundária ocorre horas a semanas após as lesões primárias e consiste em processos metabólicos, inflamatórios e neuroquímicos¹. Pode ser classificado conforme o mecanismo da lesão, a sua gravidade e a lesão estrutural que é identificada por meio dos exames complementares de imagem²; além disso, a escala de coma de Glasgow (ECG) é a principal escala para classificar e avaliar a gravidade do TCE nas vítimas. As três principais causas de TCE são as agressões físicas, as quedas e os acidentes envolvendo meios de transporte, sendo este último o mais prevalente³. Cerca de um milhão de pessoas vivem,

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

no Brasil, com sequelas irreversíveis decorrentes de um TCE e, mesmo com esse aumento de casos e grande impacto socioeconômico no país, há poucos estudos sobre a epidemiologia e por isso são tão necessários¹. O objetivo do presente estudo foi analisar a epidemiologia do TCE nas microrregiões do norte de Minas Gerais.

Material e Métodos

Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo quantitativa, utilizando as bases de dados online SciELO, PubMed, BVS e Efdportes. Além disso, os dados coletados nesse estudo foram retirados do DATASUS fornecidos pelo Ministério da Saúde, baseados nas internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), levando em consideração os casos totais, sexo e idade nas microrregiões do norte de Minas Gerais (Montes Claros, Bocaiuva, Janaúria, Pirapora, Salinas, Grão Mogol e Janaúba), no período de Janeiro de 2016 a Dezembro de 2017. Primeiramente, houve a definição do problema norteador deste trabalho, seguido de uma pesquisa nas bases de dados com os seguintes critérios de inclusão: artigos escritos/traduzidos na língua portuguesa e inglesa, publicados no período de 1994 a 2017, abordando como assunto a epidemiologia, classificação, sequelas e tratamento do TCE. O rastreamento dos artigos científicos foi feito no período entre agosto de 2017 a março de 2018.

Resultados e Discussão

A análise a seguir foi realizada a partir de dados fornecidos pelo Ministério da Saúde através do Departamento de informática do SUS (DATASUS), levando em consideração as sete microrregiões do Norte de Minas Gerais: Bocaiuva, Grão-Mogol, Janaúba, Montes Claros, Janaúria, Pirapora e Salinas. Nesse banco de dados, não foram listados todos os municípios de cada microrregião, logo não foram levados em consideração todos os municípios do Norte de Minas Gerais classificados segundo o IBGE, e sim, apenas os municípios presentes no Sistema do DATASUS. De acordo com essa fonte, pode-se notar que, no período de Janeiro de 2016 a Dezembro de 2017 houve um total de 2035 casos de TCE nas microrregiões citadas. Desse número total, 45 (2,21%) casos foram em Bocaiuva, 17 (0,83%) foram em Grão Mogol, sendo que no período de julho a setembro de 2017 não houve registro de casos nesta microrregião. Foram registrados 174 (8,55%) casos em Janaúba, 119 (5,89%) casos em Janaúria e 80(3,93%) em Pirapora. Das sete microrregiões, Salinas e Montes Claros apresentaram as maiores incidências, com 404 (19,85%) e 1196 (58,7%) casos, respectivamente. Em relação à faixa etária, segundo ainda estatísticas do DATASUS, no período dos 24 meses analisados entre os anos de 2016 e 2017, ocorreram 115 casos na faixa etária infantil (0-9 anos), 187 casos com adolescentes (10-19 anos), 1196 casos com adultos (20-59 anos) e 537 casos com idosos (acima de 60 anos). Para compor o estudo relacionado à epidemiologia do TCE nas microrregiões do Norte de Minas de Gerais, foi-se analisada também, no mesmo intervalo de tempo, a prevalência entre os sexos masculino e feminino. Conferiu-se que, no período analisado, houve um total de 1611 casos envolvendo homens e 424 casos envolvendo mulheres incluindo todas as faixas etárias já citadas. Mediante o estudo realizado, a maior prevalência de TCE na região Norte de Minas foi em Montes Claros e Salinas, sendo que essa colocação se manteve por todo o período analisado sem oscilações. Isso se justificou devido a microrregião de Montes Claros ser a que comporta maior número de habitantes e possuir maior recurso em saúde no Norte de Minas Gerais. Percebeu-se também que a microrregião de Grão Mogol foi a última colocada em ocorrências de TCE, visto que, no período de Julho a Setembro de 2017, não houve nenhum registro de caso e nem

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

formulário de encaminhamento para outra microrregião. Em relação às microrregiões analisadas, a idade adulta é a maioria absoluta de ocorrências correspondendo a 58,77% dos relatos, ficando em segundo lugar os idosos, seguido pelos adolescentes e, em último lugar, a faixa etária infantil. Acidentes com veículo motor é a principal razão de TCE em adultos e adolescentes, enquanto que, nos idosos, os principais motivos são quedas e atropelamentos, sendo os homens os protagonistas⁴, evidenciado nessa pesquisa. No que concerne as crianças, as quedas e a violência são as primeiras justificativas de TCE⁵. É visto também que, em relação ao sexo, tem-se uma proporção de 3,8 casos no grupo masculino para 1 caso no grupo feminino (3, 8:1).

Conclusão

Observou-se, por meio deste estudo, que há uma pequena quantidade de trabalhos relacionados à epidemiologia do TCE no Brasil, em especial na região estudada. Com isso, é necessário que tenha pesquisas nesta área para que auxilie na elaboração de medidas educativas para a prevenção da população mais afetada, uma vez que há, ainda, uma notória importância não só na morbidade, como também nos índices de mortalidade do país, representando 15 a 20% das mortes em pessoas com 5 a 35 anos.

Referências:

- 1-Magalhães ALG; De Souza LC; Faleiro RM; Teixeira AC; De Miranda AS. Epidemiologia do Traumatismo Cranioencefálico no Brasil. *Revs Bra Neural*, Rio de Janeiro, V. 53; n.2; p. 15-22; 2017.
- 2-Brust JCM. *Current Neurologia Diagnóstico e Tratamento*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2016.
- 3-Brasil Neto JP; Takayanagui OM. *Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
- 4-De Sousa RMC; Regis FC; Koizume MS. Traumatismo crânio-encefálico: diferenças das vítimas pedestres e ocupantes de veículos a motor. *Rev Saúde Publ*, São Paulo, V.33; n 1; p. 85-94; 1999.
- 5- Butcher I; Mchugh GS; Lu J; Steyerberg, EW; Hernandez AV; Mushkudiani, N; MAAS AL; Marmarou A; Murray GD. Prognostic value of cause of injury in traumatic brain injury: results from the IMPACT study. *Juornal Neurotrauma*, New Rochelle; p. 281-286; fevereiro de 2007.

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA NA PEDIATRIA: DIAGNÓSTICO E MANEJO

Ramanna Castro de Oliveira^{1,2}; Tainá Yasmim Silva Souto²; Yves Augusto Fialho Almeida²

¹Graduada em Educação Física pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

² Discentes de Medicina pelo Instituto Ciências da Saúde - ICS

RESUMO

Introdução: Problemas respiratórios são uma das principais causas de atendimento pediátrico no pronto socorro, possuindo importante morbimortalidade. A rápida identificação de sinais de desconforto respiratório e uma imediata intervenção são importantes para minimizar as chances de piora do quadro, que pode culminar em parada respiratória e mesmo em parada cardiorrespiratória. **Objetivo:** Discutir a avaliação inicial da criança com potencial desconforto respiratório, o diagnóstico sindrômico e o manejo inicial da insuficiência respiratória na pediatria. **Materiais e métodos:** Realizou-se uma pesquisa bibliográfica do tipo exploratória. Utilizou-se como fonte de informações a 6ª edição do *Pediatric Advanced Life Support* (PALS) e artigos indexados na base de dados da SciELO. **Resultados e discussão:** O reconhecimento de crianças com potencial de apresentarem dificuldades respiratórias se faz por meio da avaliação de sinais que demonstram a presença de esforço respiratório. A divisão didática da avaliação primária proposta pelo PALS consiste na aplicação do mnemônico ABCDE, que auxilia na identificação do tipo sindrômico do desconforto respiratório do paciente e otimiza o início da instituição do tratamento. **Conclusão:** A divisão didática em síndromes facilita o entendimento das possíveis causas e otimiza o tempo de instalação do tratamento inicial, reduzindo as chances de piora súbita e de desfechos desfavoráveis para o paciente.

Palavras-chave: Insuficiência respiratória. Obstrução das Vias Respiratórias. Emergências. Serviços Médicos de Emergência.

Introdução

Problemas respiratórios são uma das principais causas de atendimento pediátrico no pronto socorro, possuindo importante morbimortalidade. As características anatômicas e fisiológicas das vias aéreas na infância (a desproporção entre o tamanho da língua e a cavidade oral, respiração predominantemente nasal, epiglote mais longa e flácida, via aérea mais estreita e mais curta, porção mais estreita da via aérea no nível da cartilagem cricóide e maior suscetibilidade à fadiga da musculatura respiratória, entre outras), predispõem o desenvolvimento de insuficiência respiratória quando há o acometimento das vias aéreas por alguma patologia. A rápida identificação de sinais de desconforto respiratório e uma imediata intervenção são importantes para minimizar as chances de piora do quadro, que pode culminar em parada respiratória e mesmo em parada cardiorrespiratória¹⁻². A divisão didática da emergência respiratória em síndromes facilita o entendimento das possíveis causas e otimiza o tempo de instalação do tratamento inicial, reduzindo as chances de piora súbita e de desfechos desfavoráveis.

Materiais e métodos

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica do tipo exploratória. Utilizou-se como fonte de informações a 6ª edição do *Pediatric Advanced Life Support* (PALS) e artigos indexados da base de dados da SciELO.

Resultados e discussão

Insuficiência respiratória aguda é definida como uma incapacidade de o sistema respiratório prover oxigênio adequadamente para suprir as necessidades teciduais do indivíduo (hipoxemia), podendo ou não cursar também com uma incapacidade na eliminação do gás carbônico (hipercarbia) resultante do metabolismo celular¹. Define-se hipoxemia por pressão parcial de oxigênio em sangue arterial (PaO₂) inferior a 50 mmHg e por hipercarbia uma pressão parcial de gás carbônico (PaCO₂) maior de 50 mmHg, respirando em ar ambiente (Fração inspirada de oxigênio/FiO₂ de 21%) em nível do mar². O reconhecimento de crianças com potencial de apresentarem dificuldades respiratórias se faz por meio da avaliação de sinais que demonstram a presença de esforço respiratório, como a presença de tiragem e uso de musculatura acessória, taquipneia ou bradipneia, presença de sons inspiratórios e expiratórios, gemido e mesmo presença de respiração agônica (*gaspings*), que indica extrema gravidade. A divisão didática da avaliação primária proposta pelo PALS consiste na aplicação do mnemônico ABCDE³. Nas letras A, de *airway*, e B, de *breathing*, avalia-se a patência das vias aéreas e a eficácia da ventilação por meio da observação de movimento respiratório, escuta de sons respiratórios, presença de estridor e uso de musculatura acessória. Caso a via aérea não esteja patente, procedimentos para torná-la permeável devem ser realizados, como a realização de manobras de mobilização anterior da mandíbula ou hiperextensão cervical, uso de acessórios como a Cânula de Guedel e mesmo a instituição de via aérea definitiva. A oferta de oxigênio suplementar por alto fluxo (15L/min) deve ser considerada nas crianças que apresentem hipóxia e dispneia. Na letra C avalia-se a circulação (*circulation*) por meio da observação da frequência cardíaca, qualidade do pulso, tempo de enchimento capilar e temperatura da pele. Crianças que apresentam alterações na circulação devem ser assistidas com infusão de solução salina (20ml/kg) e suporte ventilatório. A incapacidade do paciente é avaliada na letra D (*disability*), com observação do estado mental, nível de consciência, postura corporal e pupilas. Caso a criança tenha nível reduzido de consciência, deve-se medir o valor de glicemia. Se hipoglicemia, deve-se administrar 2 ml/kg de glicose a 10%. Alterações neurológicas como causas do rebaixamento da consciência devem ser consideradas após resolução dos problemas identificados nas etapas ABC. Na letra E, *exposure*, é realizada a exposição do paciente e avaliada a presença de *rash* cutâneo e febre. A avaliação secundária é realizada somente após a resolução dos problemas encontrados na avaliação primária³. Já na avaliação secundária, a monitorização pela oximetria de pulso é útil para estimar a hipoxemia: uma saturação de 90% corresponde a uma PO₂ de 60 mmHg; valores inferiores a 90% já indicariam um déficit na oxigenação². A divisão do desconforto respiratório/insuficiência respiratória aguda pode ser dividida em quatro grandes síndromes, de modo a agilizar o atendimento inicial e permitir a instituição do tratamento inicial mais rapidamente. Após avaliação inicial da criança, é possível identificar e encaixar seus sinais e sintomas em uma das seguintes síndromes: obstrução de via aérea superior, obstrução de via aérea inferior, doença do tecido conjuntivo, distúrbios do controle respiratório³. A obstrução de via aérea superior consiste no acometimento obstrutivo que acontece a orofaringe e fossas nasais até a

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

região subglótica e da porção traqueal de localização extratorácica. São possíveis causas para esse tipo de obstrução o crupe, epiglotite, obstrução de vias aéreas por corpo estranho, abscesso periamigdaliano e anafilaxia¹⁻³. O sinal característico é a presença do estridor laríngeo. Estridor severo associado à tosse ladrante e dispneia é altamente sugestivo de crupe e o manejo inicial consiste na nebulização com adrenalina na dose de 0,5ml/kg, com dose máxima de 5ml por nebulização e total máximo de 15ml. É indicado também a utilização de corticoide. A Hidrocortisona pode ser utilizada na dose de 6 a 10 mg/kg, ou a Dexametasona na dose de 0,6 mg/kg, ambas por via intravenosa ou intramuscular². Caso o estrido seja mais silencioso, associado à babação e de evolução rápida, a principal hipótese é a epiglotite ou traqueíte e a manobra inicial mais importante é a obtenção de uma via aérea avançada imediatamente, de preferência por pessoa altamente qualificada. Qualquer outra intervenção pode aguardar para ser realizada posteriormente, inclusive a obtenção de acesso venoso de modo a evitar a agitação e choro da criança. Caso o início do estridor possa ser correlacionado com o contato com alérgeno, a provável causa é a anafilaxia. Nesse caso, deve-se realizar adrenalina intramuscular nas doses de 10 mcg/kg ou 150 mcg em menores de 6 anos, 300 mcg em criança entre 6 e 12 anos e 500 mcg em maiores de 12 anos. Nos pacientes com história de asfixia testemunhada a principal hipótese é aspiração de corpo estranho. Nesses casos o ideal é contatar um anestesista ou otorrinolaringologista experiente para avaliação e manejo. Caso haja risco iminente de vida, realizar laringoscopia direta e retirar o corpo estranho com auxílio de pinça do tipo Magills³. Nas obstruções de via aérea inferiores a característica é a presença de sibilos e tempo expiratório prolongado². As possíveis causas para esse tipo de obstrução são a asma, bronquiolite, bronquiectasias, compressões extrínsecas da via aérea e anafilaxia. A gravidade é medida pela oximetria: em crianças com saturação de oxigênio (SpO₂) > 94% a gravidade é moderada, nas com SpO₂ entre 90 e 94% é grave e nas com SpO₂ < 90% é gravíssima. A conduta inicial consiste na nebulização com agonistas beta adrenérgicos, como o Fenoterol (Berotec®) na dose de 1 gota a cada 3kgs, podendo chegar à dose de 1 gota/kg. Nas crises graves e gravíssimas devem-se associar os anticolinérgicos, como o Ipratrópio (Atrovent®), na nebulização, sendo utilizadas 10 gotas de Atrovent® em menores de 10kgs e 20 gotas em maiores de 10 kgs. A nebulização deve ser realizada com a criança em uso de máscara de alto fluxo, com fluxo mínimo de oxigênio de 6L/min com as medicações diluídas em 3 a 5 ml de solução salina. Nas crises classificadas como graves e gravíssimas e naquelas onde não se sabe a oximetria, é indicado o uso de corticoterapia: a prednisolona na dose de 1 mg/kg ou, se não for possível a ingestão oral, hidrocortisona venosa na dose de 4 mg/kg³. A meta é manter a oximetria de pulso entre 94-98%. A criança deve ser reavaliada continuamente, recebendo suporte ventilatório conforme necessário³. Nas doenças do tecido pulmonar a característica é a presença de crepitações finas e gemido. Possíveis causas são a pneumonia, pneumonite, atelectasias, hemorragias, edema pulmonar de causa cardíaca ou não cardíaca. O manejo consiste em fornecer suporte ventilatório com uso de oxigênio suplementar e tratar a causa de base. Nos edemas pulmonares, considerar terapia diurética, avaliar necessidade de terapia vasopressora e de suporte ventilatório por meio invasivos. Nas pneumonias, avaliar antibioticoterapia¹⁻³. Os distúrbios de controle da ventilação possuem características variadas, com o paciente podendo ter ou não sintomas que denotam dificuldades respiratórias, podendo ser caracterizados por alterações no padrão ventilatório, hipoventilação, hipercarbia e hipoxemia². Podem ter como causas a elevação da pressão intracraniana (PIC), envenenamento, alterações metabólicas e doenças neuromusculares. O manejo consiste em fornecer suporte ventilatório inicialmente e avaliar o tratamento específico da hipótese provável. Nos casos de envenenamento, avaliar existência de antídoto e contatar centro de intoxicação disponível. Nas causas metabólicas, realizar correção dos distúrbios, nas elevações da PIC, evitar ocorrência de hipoxemia, hipercarbia e hipertermia,

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

além de buscar causa base. Nas desordens neuromusculares é primordial o suporte ventilatório¹⁻².

Conclusão

A insuficiência respiratória aguda é uma afecção de grande prevalência na pediatria, com importante morbimortalidade. Sua divisão didática em síndromes facilita o entendimento das possíveis causas e otimiza o tempo de instalação do tratamento inicial, reduzindo as chances de piora súbita e de desfechos desfavoráveis para o paciente.

Referências

1. Matsuno AK. Insuficiência respiratória aguda na criança. Medicina (Ribeirão Preto). V 45; n 2; p 168-84; 2012.
2. Piva JP; Garcia PCR; Santana JCB. Insuficiência respiratória na criança. Jornal de Pediatria. V. 74; supl. 1; p S99-S112; 1998.
3. American Heart Association. Advanced Paediatric Life Support: a practical approach to emergencies. 6ª edição. BMJ books; 2016.

TRIAGEM DE PACIENTES EM SITUAÇÕES DE VÍTIMAS EM MASSA: DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Tainá Yasmim Silva Souto¹; Ramanna Castro de Oliveira^{1,2}; Yves Augusto Fialho Almeida¹

¹ Discentes de Medicina pelo Instituto Ciências da Saúde –ICS

²Graduada em Educação Física pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

RESUMO

Introdução: Um evento traumático é considerado uma situação de múltiplas vítimas quando duas ou mais pessoas são vítimas de injúria, sendo uma situação onde a prioridade é fornecer o melhor atendimento possível para o bem estar de cada indivíduo, por outro lado, uma situação de vítimas em massa é um evento em que o número de pacientes e a gravidade dos seus ferimentos excedem os recursos humanos e materiais disponíveis, sendo, portanto, um evento onde o atendimento ao trauma não é o mesmo realizado em situações convencionais. Nesse contexto, no qual a prioridade passa a ser fornecer o melhor atendimento possível, para que a maioria dos indivíduos seja beneficiada, os sistemas de triagem de atendimento são ferramentas importantes no manejo do quadro. **Materiais e métodos:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica do tipo exploratória. Utilizou-se como fonte a 10ª edição do *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, a 8ª edição do *Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)* e manual específico da cidade de São Paulo. **Resultados e discussão:** Quando a quantidade de vítimas ultrapassa a quantidade de socorristas, uma escala de comando deve ser estabelecida para melhor administração de recursos e planejamento de operações, fazendo com que a triagem seja um ponto crucial para diferenciar aqueles que necessitam de atendimento imediato e aqueles que podem aguardar pelo auxílio médico. Para uma triagem eficaz, várias ferramentas foram criadas e são utilizadas numa tentativa de padronizar o atendimento. Uma vez triados, os pacientes devem ser transportados para os serviços que melhor atenderão as suas necessidades de cuidados específicos. **Conclusão:** Considerando que numa catástrofe o foco muda daquilo que é melhor para o indivíduo, para aquilo que é melhor para o maior número de indivíduos, a definição da prioridade no atendimento das vítimas através da triagem se torna imprescindível para que o maior número possível de pessoas seja salvo.

Palavras-chave: Vítimas em massa. Triagem. Sistema START. Sistema SALT.

Introdução

Um evento traumático é considerado uma situação de múltiplas vítimas quando duas ou mais pessoas são vítimas de injúria, sendo uma situação onde a prioridade é fornecer o melhor atendimento possível para o bem estar de cada indivíduo. Já uma situação de vítimas em massa é um evento em que o número de pacientes e a gravidade dos seus ferimentos excedem os recursos humanos e materiais disponíveis, sendo, portanto, um evento onde o atendimento ao trauma não é o mesmo realizado em situações convencionais. Nesse contexto, a prioridade passa a ser fornecer o melhor atendimento possível, para que a maioria dos indivíduos seja

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

beneficiada. No Brasil, a principal causa de evento com vítimas em massa são as enchentes, porém, também pode ocorrer em casos de terremotos, erupções vulcânicas, acidentes aéreos, dentre outros. Sendo assim, os desastres podem ser classificados quanto a sua natureza em: humanos (tecnológicos, sociais, biológicos), naturais (relacionadas ao espaço e eventos externos ou internos à geodinâmica), ou mistos. Nos desastres, faz-se necessária a realização da triagem para agilizar o atendimento, garantindo que o maior número de pessoas possa ser salvo. Várias ferramentas foram criadas para tornar esse processo mais rápido e efetivo, sendo o sistema START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) o mais utilizado no Brasil e o sistema SALT (*Sort, Assess, Lifesaving interventions, Treatment/Transport*) preconizado pela edição mais recente do *Advanced Trauma Life Support* (ATLS).

Materiais e métodos

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica do tipo exploratória. Utilizou-se como fonte a 10ª edição do *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), a 8ª edição do *Prehospital Trauma Life Support* (PHTLS) e manual específico da cidade de São Paulo.

Resultados e discussão

Durante uma situação de vítimas em massa, há a incapacidade de prover o melhor atendimento individual devido à ausência de recursos, o que inclui profissionais capacitados, materiais, suprimentos, dificuldades para chegar ao local do acidente e risco de eventos secundários a ele, que poderia culminar no aumento do número de vítimas^{1,2}. Os desastres podem ser classificados em graus de I a IV, de acordo com a gravidade do incidente, sendo o Grau I um incidente em local que apresenta limites precisos e abordagem de rotina, com fundação hospitalar com possibilidade de chegar ao local em até 30 minutos, com veículos especializados suficientes para realizar o transporte e que possivelmente não precisarão de atendimento em Posto Médico Avançado; e Grau IV um incidente de catastrófico com vítimas em massa e comprometimento total do atendimento hospitalar, exigindo muitas vezes medidas extremas, salvadoras. Para o manejo desse quadro, uma escala de comando deve ser formada para uma melhor administração dos recursos, planejamento de operações, organização das áreas de triagem, realizar o gerenciamento da situação financeira, segurança, relações públicas (lidar com a imprensa e familiares), dentre outras funções, que devem ser distribuídas para órgãos competentes que trabalharão de forma integrada (Prefeitura, Polícia Militar, Bombeiros e profissionais da área da saúde)^{1,2}. A triagem é uma ferramenta que permite a separação entre os pacientes que necessitam de cuidado imediato, aqueles que apesar de comprometidos não correm risco de vida naquele momento, aqueles que se encontram em um bom estado geral e não apresentam urgência para seu atendimento, os que possuem lesões severas sendo improvável a sobrevivência com os recursos disponíveis e aqueles que estão mortos (classificando-os com as cores vermelho, amarelo, verde, azul e preto, respectivamente)¹. Entre os métodos de triagem validados, temos o sistema START, o mais utilizado no Brasil, e o sistema SALT, preconizado pela edição mais recente do ATLS^{1,2}. Uma das principais diferenças entre os métodos SALT e START encontra-se no fato de que o primeiro permite a inclusão de medidas imediatas e decisivas que podem salvar a vida do paciente, como definição de via aérea de forma invasiva, conter hemorragias ou realizar punções de alívio¹. De acordo com ambos os métodos de triagem, os pacientes são colocados em locais específicos, de acordo com a cor com a qual foram classificados, de preferência em local diferente da cena do trauma, e assim será estabelecida uma ordem de atendimento^{1,2}. O primeiro passo do algoritmo da triagem pelo método START avalia a ventilação: O paciente

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

que não apresenta respiração espontânea pode ser classificado como preto (morto), caso não haja via respiratória de reposição disponível, caso exista, o paciente é triado como vermelho (atendimento imediato). O paciente que apresenta respiração espontânea deve ser classificado de acordo com o número de incursões respiratórias por minuto (irmp): o paciente com mais de 30 ou menos de 10 irpm deve ser triado como vermelho. O paciente eupneico deve ser avaliado na próxima etapa do algoritmo, a circulação. A vítima que apresenta pulso fraco, irregular ou ausente deve ser triada como vermelho. O paciente com pulso forte será avaliado na terceira etapa, que consiste na avaliação do estado mental. Na etapa da circulação devem ser corrigidas as hemorragias, quando presentes. A avaliação do estado mental é feita com base na resposta da vítima a comandos simples: caso não ocorra essa resposta o paciente é também triado com vermelho. Caso ocorra, é triado como amarelo, significando que aquele paciente pode aguardar um pouco mais pelo atendimento. Aqueles triados com a cor verde apresentam-se com ferimentos leves, deambulam na cena e são capazes de ajudar a cuidar das outras vítimas³. As vítimas devem ser reavaliadas periodicamente, enquanto aguardam o transporte^{1, 2}. As fundações hospitalares e bancos de sangue devem ser prontamente informados sobre a gravidade da situação². O transporte deve ser feito em meio adequado que permita a remoção rápida e segura dos pacientes, desde ambulâncias até helicópteros. O destino deve ser um local que possa oferecer suporte adequado aos cuidados clínicos demandados pelas vítimas, ou que possa oferecê-lo por tempo suficiente para que o paciente tenha condições de ser transferido para tratamento definitivo em algum centro de referência^{1, 2}. A imprensa e familiares deverão ser encaminhados para um local determinado, onde o coordenador responsável passará informações, e posteriormente ajudarão no reconhecimento das vítimas.

Conclusão

Considerando que numa catástrofe o foco muda daquilo que é melhor para o indivíduo, para aquilo que é melhor para o maior número de indivíduos, a definição da prioridade no atendimento das vítimas através da triagem se torna imprescindível para que o maior número possível de pessoas seja salvo.

Referências

1. American College of Surgeons. Association. Advanced Trauma Life Support: a practical approach to emergencies. 10^o ed; 2018.
2. Secretaria de Estado da Saúde. Governo do Estado de São Paulo. Desastres e Incidentes com Múltiplas Vítimas, Plano de Atendimento - Preparação Hospitalar. São Paulo; 2012.
3. National Assoc Emergency Medical Technici. Prehospital Trauma Life Support (PHTLS). 8^a ed. Editora GRUPOA. 2016.

RESUMO SIMPLES

ANSIEDADE: DO NORMAL AO PATOLÓGICO

Maria Clara Serrat Guimarães Ferreira Silva¹; Julia Maria Serrat Guimarães Ferreira Silva¹; Gregory Filipe Ramos Silva²; Ana Célia Guedes Roque Ferreira¹; Humberto Gabriel Rodrigues³.

¹Discente das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros

²Discente da Faculdades Integradas do Norte de Minas

³Graduado em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Montes Claros, especialista e mestre em Genética e Bioquímica pela Universidade Federal de Uberlândia e doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília – UNB

RESUMO

Introdução: O sentimento desagradável caracterizado por medo, apreensão, tensão, desconforto tem como mecanismo a ação do sistema nervoso autônomo simpático. Ele controla a reação de “fuga e luta”. Tal processo deixa de ser fisiológico e torna-se patológico quando esse mecanismo é ativado sem necessidade¹. O Brasil é o país com maior número de casos de transtornos de ansiedade no mundo, afetando indivíduos em diversos âmbitos, sendo alguns deles: gravidez, pré-operatório e performances. **Objetivos:** O presente trabalho tem por objetivo apresentar situações que tornem o mecanismo de ansiedade patológico. **Material e Métodos:** Para realização do trabalho dispôs da plataforma do Google Acadêmico como meio para obtenção dos artigos relacionados ao tema. **Resultado e Discussão:** Por meio desta pesquisa notou-se que a desregulação do mecanismo de ansiedade pode afetar o desenvolvimento do feto durante a gestação de tal forma que possa apresentar más formações craniofaciais, deficiências cardíacas ou até mesmo uma morte inesperada². Também é possível perceber transtornos relacionados com a ansiedade em pacientes pré-cirúrgicos que alteram o funcionamento do sistema imunológico e da condição física geral, levando à suspensão da cirurgia³. Por último, verifica-se que a ansiedade em níveis elevados pode interferir em performances do dia a dia, sejam elas fáceis ou difíceis. **Conclusão:** A ansiedade afeta vários indivíduos, tendo todos os quais suas diferentes manifestações e unicidade, exigindo atenção especial em cada caso¹. Portanto, é possível concluir que a desregulação do mecanismo de ansiedade traz consequências significativas, desde problemas nas execuções de tarefas do cotidiano até a morte de um feto. Alguns métodos de tratamento como o uso de antidepressivos e sessões de psicoterapia têm apresentado melhoras no quadro patológico dos pacientes que possuem esse transtorno⁴.

Palavras-chave: Ansiedade. Patológico. Gravidez. Pré-operatório. Performance.

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

Referências

- 1-Gris G; Cardoso KCS; Possani LP. Centro de Ciências Biológicas.
- 2-Conde A; Figueiredo B. Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde e desenvolvimento do bebê e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. 2005.
- 3-Gonçalves K KN; Da Silva JI; Gomes ET; De Souza Pinheiro, L L; Figueiredo TR; Da Silva Bezerra S M M. Ansiedade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. Revista Brasileira de Enfermagem, v.69, n.2, p.397-403, 2016.
- 4-BRAGA J E F; Pordeus LC; Da Silva A T M C; Pimenta F CF; Diniz M F F M;De Almeida, R. N. Ansiedade patológica: bases neurais e avanços na abordagem psicofarmacológica. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 14, n. 2, p. 93-100, 2011.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO GLAUCOMA AGUDO PRIMÁRIO NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Álvaro Antônio Santana Santos¹; Cristiane Borborema Teles¹; Ícaro Amorim Monteiro¹;
Cândida Maria Alves Soares¹

¹Discentes do curso de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

RESUMO

Introdução: O glaucoma é a segunda principal causa de cegueira no mundo, atrás apenas da catarata, sendo a principal causa de perda irreversível de visão⁽¹⁾, o que corrobora a relevância do tema na atualidade. O glaucoma agudo primário, atualmente chamado de fechamento angular primário agudo⁽²⁾, representa cerca de metade da totalidade de casos de glaucoma no mundo^(1, 2). Este tipo caracteriza-se pela oclusão aguda do ângulo da câmara anterior do olho, decorrente de condições anatômicas que propiciam aposição ou adesão da periferia da íris à parede externa do seio camerular, bloqueando abruptamente a drenagem do humor aquoso, com conseqüente elevação da pressão intraocular (PIO), lesão do disco óptico e/ou defeito campimétrico correspondente^(1, 2, 3). O quadro se manifesta classicamente com dor ocular intensa, hiperemia conjuntival, edema de córnea, pupila hiporreativa, elevação da PIO e redução da acuidade visual ipsilaterais, além de cefaleia, náusea e vômitos, sendo considerado situação de emergência oftalmológica e necessitando de tratamento imediato^(1, 2, 3). Fatores de risco não modificáveis como idade avançada, sexo feminino, ascendência asiática, história familiar e hipermetropia aumentam as chances de desenvolver a doença^(1, 2, 3). **Objetivos:** Conhecer e analisar o perfil epidemiológico em relação ao glaucoma agudo no estado de Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa do tipo documental, fundamentada num estudo investigativo, retrospectivo, com delineamento transversal, de caráter descritivo e quantitativo. Os dados foram colhidos no DATASUS (Departamento de Informática do SUS): *Morbidade Hospitalar do SUS(SIH/SUS)* referente as internações devido a glaucoma, e em caráter de urgência, no estado de Minas Gerais no período de janeiro de 2013 a maio de 2018. **Resultados e Discussão:** Notificou-se um total de 444 casos de glaucoma no estado de Minas Gerais entre 2013 e 2018. Sendo que 73 ocorreram em 2013, 63 em 2014, 59 em 2015, 89 em 2016, 102 em 2017 e 58 de janeiro a maio de 2018. Nota-se uma tendência inicial à redução de casos anuais, com posterior aumento progressivo dos casos de 2015 a 2018. Em relação ao gênero, observou-se discreto predomínio de casos no sexo masculino neste período, com 233 (52,5%) casos registrados. No quesito faixa etária, nota-se valores crescentes de casos em idades mais avançadas, sendo registrados 83 casos (18,7%) registrados em menores de 20 anos, e a maioria dos casos, 243 no total (54,7%), em pacientes com 50 anos ou mais. No que tange a etnia a maior incidência foi em pardos, com 189 casos (42,5%) dos casos registrados, porém a avaliação dos dados se torna comprometida, já que em

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

150 casos (33,7%) os dados étnicos não foi informado. O valor médio de internação – razão entre o valor total gasto anualmente devido aos casos de glaucoma em caráter de urgência e o número de pessoas assistidas – no período de 2015 a maio de 2018 foi de R\$ 634,25. **Conclusão:** Nota-se que o perfil epidemiológico dos pacientes internados em caráter de urgência por glaucoma em Minas Gerais entre os anos de 2013 e 2018 se assemelha aos dados publicados pela literatura.

Palavras- Chave: Glaucoma agudo. Fechamento angular primário. Urgência.

Referências:

1. International Council of Ophthalmology. ICO guidelines for glaucoma eye care [Internet]; 2015 [acesso em 01 ago 2018]. Disponível em: <http://www.icoph.org/ICOGlaucomaGuidelines.pdf>
2. Sociedade Brasileira de Glaucoma. II Consenso de Glaucoma Primário de Ângulo Fechado [Internet]; 2012 [acesso em 30 jul 2018]. Disponível em: <https://www.sbglaucoma.org.br/pdf/consenso04.pdf>
3. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Glaucoma de Ângulo Fechado: Diagnóstico e Tratamento; 2013. (AMB. Projeto Diretrizes).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CLIENTES EM USO DE SONDA GASTROINTESTINAL: REVISÃO INTEGRATIVA DAS PRIMORDIAIS IMPERFEIÇÕES

Júlio César Figueirêdo Júnior¹; Renata Oliveira Dias²; Daniele Cristina Santos Caetano³; Layane Rodrigues Xavier⁴; Lorena Fiuza Aquino Aparecido⁵; Daniele Aline Pereira Torres⁶; Juliana Andrade Pereira⁷.

¹ Graduado em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI e Pós-Graduando em Programa de Saúde da Família e Protocolo de Manchester pelo Instituto de Pedagógico de Minas Gerais - IPEMIG;

² Discente em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI;

³ Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI;

⁴ Discente em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI

⁵ Discente em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI;

⁶ Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI;

⁷ Especialista em Saúde da Família, didática e metodologia do ensino superior pela Unimontes; Urgência e Emergência pela Funorte e Mestranda do Programa Ensino em Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM.

RESUMO

Introdução: A alimentação é muitas vezes preparada como elemento de sustento da assistência em Enfermagem, visto que a mesma executa um papel principal, dinâmico e de discernimento crescente no domínio da alimentação enteral. Tal circunstância requer qualificação definitiva da equipe de Enfermagem, de modo a exercer efetivamente nos métodos de inserção de sondas gastrointestinais, administração e preservação da terapia nutricional, de forma a impedir problemas no cliente nutrido por sonda. **Objetivos:** Designar as indispensáveis falhas referente ao saber e a execução da assistência em Enfermagem a clientes em utilização de sonda gastrointestinal, por meio de uma emenda integrativa. **Materiais e Métodos:** Refere-se de uma emenda integrativa da literatura executada em cinco fases no período de abril a maio de 2015 com a seguinte indagação norteadora: quais as relevantes imperfeições referente com o saber e a assistência de Enfermagem a clientes em uso de sonda gastrointestinal. **Resultados e Discussão:** Foi encontrado 1367 estudos, dos quais foram escolhido 07 após aplicação de avaliação de inclusão e exclusão. Os objetivos da pesquisa escolhida foram na sua integralidade inerentes à assistência de Enfermagem em clientes nutridos por sonda, que observa além da técnica, o conhecimento a respeito da nutrição enteral. Na maior parte, os estudos foram feitos com profissionais que lidavam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), 87,7%, ao mesmo tempo 14,3% estiveram satisfeitas com profissionais que lidavam em casas de idosos. Das 7 pesquisas verificadas, 6 (85,7%) estabeleciam estudos quantitativos e 1 mostrava abordagem qualitativa no seu recurso. Contudo, todos os aprendizados destaca os problemas na assistência em Enfermagem, independentemente do recurso da pesquisa, e manifestaram imperfeições relativas, de preferência, com a verificação da estase gástrica e avaliação para afirmação do posicionamento da sonda, assim como discordâncias entre diretrizes da alimentação enteral. **Conclusões:** A assistência em Enfermagem apontou comportamentos não agradáveis que repercutiram de forma negativa no cuidado, seja por problemas de teorias e/ou por falta de

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

atenção em estabelecidas ocorrências, com discordância entre o que é realizado e o que é sugerido nas diretrizes da alimentação enteral. Dessa maneira, destaca-se a obrigação da implantação de protocolos para uso durante a formação de recursos humanos em enfermagem, que guie a execução do cuidado na assistência há clientes alimentados por sonda, além da qualificação permanente dos profissionais nos afazeres de saúde e preparo profissional mais coesivo com as obrigações das atividades a serem realizadas.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Alimentação por tubo. Intubação gastrointestinal. Nutrição enteral.

Referências

1- Nogueira SCJ, Carvalho APC, Melo CB, Morais EPG, Chiari BM, Gonçalves MIR. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. Rev. CEFAC, São Paulo. Rev. CEFAC. 2013 Jan-Fev; 15(1):94-104

2-Medeiros RKS,Júnior M, Diana PPSR,Viviane SEP, Allyne VF. Assistência de enfermagem a pacientes em uso de sonda gastrointestinal: revisão integrativa das principais falhas. Revista Cubana de Enfermería, Vol. 30, Núm. 4 (2014).

3- Lopez RP, Amella EJ, Mitchel SL, Strumpf NE. Perspectivas dos enfermeiros sobre decisões alimentares para residentes em casas de repouso com demência avançada. J Clin Nurs 2010; 19 (5-6): 632-8.

DEMANDA DE ATENDIMENTO PEDIÁTRICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Darliane Soares Silva¹; Fylipe Guimarães Barbosa ²; João Pedro Paulino Ruas ³; Arthur Caires Guimarães Brito ³; Victor de Oliveira Flausino ³; Juliana Andrade Pereira ⁴

¹ Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna- FASI

² Acadêmico de medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas –FUNORTE

³ Acadêmicos de medicina pela Faculdades Integradas Pitágoras- FIP-MOC

⁴ Enfermeira pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- FUNORTE, Especialista em Didática e metodologia do ensino superior , Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros, Urgência e Emergência pelas FUNORTE, Mestrada em Ensino e Saúde – ENSA pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri- UFVJM, Professora e Orientadora.

RESUMO

Introdução: A procura dos serviços de saúde pode ser compreendida como uma solicitação das dificuldades que o cliente possui. Essa busca pode ser definida através de consultas, prescrição de fármacos, acesso a exames e a efetuação de procedimentos, pois assim é a forma que os serviços de saúde determinarem a sua oferta por atendimento¹. **Objetivo:** Identificar de acordo com a literatura quais os motivos que os pais e responsáveis escolher o pronto-socorro com primeira opção para levar os seus filhos. **Metodologia:** o presente estudo consiste em uma revisão de literatura sobre os motivos pela procura do pronto-socorro pediátrico. A busca de artigos científicos será realizada nas bases de dados eletrônicas. Inicialmente, serão considerados os artigos publicados nos idiomas português. **Resultado e Discussão:** A procura dos serviços de saúde pode ser compreendida como uma solicitação das dificuldades que o cliente possui. Essa busca pode ser definida através de consultas, prescrição de fármacos, acesso a exames e a efetuação de procedimentos, pois assim é a forma que os serviços de saúde determinarem a sua oferta por atendimento. Essa procura engloba condições que farão com que o cliente escolha seu serviço de saúde de confiança. Assim, o risco ou a urgência da complicação, a tecnologia acessível para utilização, o cuidado ao problema, a acolhida, as condições de acesso, a rapidez no atendimento, as experiências vivenciadas pelo cliente, o encaminhamento para outros serviços, o elo estabelecido pelo cliente com os funcionários são algumas condições que induzem na escolha por um serviço de saúde estabelecido ². **Considerações finais:** Salienta-se que muitas vezes os pais levam os seus filhos no pronto socorro com queixa que deveria ser resolvidos nas unidades básicas de saúde , na atenção primária , sendo necessário educar em saúde para tirar as dúvidas dos pais sobre onde levar os seus filhos quando precisar de atendimento. Por fim este estudo não se encerra aqui, abrindo oportunidade de fazer novos estudos com outras abordagens metodológicas.

Palavras-chave: Pronto socorro infantil. Perfil de atendimentos. Urgência e emergência.

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

Referência

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão de literaturasobre o Sistema de Triagem de Manchester. Rev. Med. Minas Gerais, v. 22, n. 02, p. 188-198, 2012.

QUEIROZ, A.F *et al.* Reestruturação da assistência em urgência e emergência com o protocolo de classificação de risco: uma revisão sistemática. Ciência et Praxis v. 5, n. 9, (2012).

ESCORE PEDIÁTRICO DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA: EFEITOS POSITIVOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA

Jéssica Nayara Pereira Jatobá¹; Jannayne Lúcia Câmara Dias²; Barbara Francine de Souza Leite³; Fábio Henrique Gomes Barral⁴; Andreia Ferreira da Silva Guedes⁵; Bruna Gonçalves Soares⁶; Dardier Mendes Madureira de Viveiros⁶

¹ Enfermeira especialista em Saúde da Criança pela Universidade Federal da Bahia.

² Enfermeira especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Cândido Mendes.

³ Enfermeira Graduada pela Faculdades Unias do Norte de Minas

⁴ Enfermeiro especialista em Urgência e Emergência, Trauma e Terapia Intensiva pela Faculdades Unidas do Norte de Minas.

⁵ Enfermeira especialista em Urgência e Emergência pela Universidade Estadual de Montes Claros

⁶ Acadêmicos do curso de Enfermagem das Faculdades Unidas do Norte de Minas.

RESUMO

Introdução: Os escores pediátricos de alerta precoce de deterioração clínica são instrumentos que permitem reconhecer sinais que demandam de cuidados imediatos que se não realizados podem aumentar a permanência hospitalar, aumenta o risco de morbidade, incapacidade e morte⁽¹⁾. **Objetivo:** Identificar os efeitos positivos de um escore pediátrico de sinais de alerta de deterioração clínica na assistência à saúde da criança. **Material e métodos:** A fundamentação da pesquisa foi realizada por meio da revisão integrativa da literatura. Realizou-se a busca de artigos nas bases eletrônicas BDeuf (Base de dados de enfermagem), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), utilizando-se os descritores “escore” “deterioração clínica”. Foram excluídos artigos em idiomas diversos do português, inglês e espanhol, além dos que não abordassem a temática proposta e artigos repetidos em mais de uma base de dados. **Resultado e Discussão:** Evidências comprovam o reconhecimento e tratamento tardios de pacientes pediátricos que apresentam deterioração clínica⁽¹⁾. Há relação direta entre tal evento e a morbimortalidade infantil⁽²⁾. Visando a melhoria da assistência à saúde da criança, foram desenvolvidos instrumentos com o objetivo de identificar precocemente sinais de alerta de deterioração clínica em crianças hospitalizada, adotando-se critérios clínicos⁽³⁾. Tais instrumentos são denominados Pediatric Early Warning Score (PEWS), traduzidos como Escores Pediátricos de Alerta Precoce. Trata-se de uma ferramenta de pontuação que se baseia em condições clínicas. Varia de 0 a 3 pontos, sendo que a partir de 03 pontos, o risco de deterioração aumenta. Avalia-se os estados neurológico, cardiovascular e respiratório, além do uso de oxigenoterapia e êmese no período pós cirúrgico⁽³⁾. Um estudo realizado para avaliar a acurácia da versão traduzida e adaptada do Brighton Paediatric Early Warning Score para o contexto brasileiro demonstrou que a ferramenta obteve validade e bom desempenho na indicação de sinais de alerta para deterioração clínica, verificou-se que tal ferramenta possibilita reconhecer precocemente a deterioração clínica do paciente pediátrico, assisti-lo

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

imediatamente e minimizar complicações da deterioração percebida tardiamente ⁽²⁾.
Conclusão: Os resultados encontrados na literatura evidenciaram efeitos positivos do uso do escore pediátrico de sinais de alerta de deterioração clínica.

Palavras chave: Deterioração clínica; Saúde da Criança.

Referências

- 1- Miranda JOF; Camargo CL; Sobrinho CLN; Portela DS; Monaghan A. Acurácia de um escore pediátrico de alerta precoce no reconhecimento da deterioração clínica. Rev. Latino-Am. Enfermagem.2017;25:e2912.
- 2- Pereira R;GirottoDNM ;FuzitaHI.Implantação de escore de alerta de gravidade precoce em Hospital Infantil privado: Relato de experiência.Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. v.16, n.2, p 81-4. Dez, 2016.
- 3- Miranda, JOF. Acurácia e reprodutibilidade de um escore pediátrico de alerta precoce de deterioração clínica [tese]. Salvador: Escola de Enfermagem- Universidade Federal da Bahia (UFBA); 2017.

INTERVENÇÕES CORONARIANAS PERCUTÂNEAS: RESULTADOS DO SUS EM MONTES CLAROS-MG

Ícaro Amorim Monteiro¹;Cristiane Borborema Teles¹;Álvaro Antônio Santana Santos¹;Victor Alves Teófilo¹

¹Discentes do curso de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES

RESUMO

Introdução: O tratamento da doença arterial coronariana (DAC) foi revolucionado em 1977, com o surgimento da intervenção coronariana percutânea, por Andreas Gruentzig⁽¹⁾. Estenoses das coronárias, que eram abordadas com revascularização miocárdica cirúrgica via toracotomia, única modalidade terapêutica disponível até então, passaram a ser tratadas por punção arterial periférica que levaria um cateter-balão até o sistema coronariano. Em 1986⁽²⁾, com a implantação dos *stents*, a reestenose coronariana, como complicação comum, foi reduzida. São estimados a implantação anual de cerca de 3 milhões de *stents* em todo o mundo, em sua grande maioria a modalidade de implante eluído com fármacos, embora, infelizmente no Brasil, esse tipo de *stent* não é reembolsável pelo Sistema Único de Saúde (SUS), devido ao custo. O SUS incorporou em dezembro de 1999 o implante de *stent* convencional a sua gama de procedimentos terapêuticos, sendo responsável, atualmente, por cerca de 80% das ICPs realizadas no país. A partir de números do Ministério da Saúde⁽³⁾, conclui-se que o infarto agudo do miocárdio é a primeira causa de morte no país, o que corrobora para a significância do tema na atualidade. **Objetivos:** levantar dados que possam permitir um adequado planejamento do tratamento da doença arterial coronariana (DAC). **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa documental, um estudo investigativo, retrospectivo, com delineamento transversal, de caráter descritivo e quantitativo. Os dados foram colhidos no DATASUS (Departamento de Informática do SUS): *Produção Hospitalar do SUS (SIH/SUS)* referente aos procedimentos (ICP isolada, ICP + duplo *stent*, ICP + um *stent*, ICP primária, ICP em enxerto coronariano, ICP + *stent* em enxerto coronariano) no município de Montes Claros no período de 2013 a 2017. **Resultados e Discussão:** Entre 2013 e 2017 foram realizadas 4287 ICPs, sendo 1017 em 2013, 897 em 2014, 817 em 2015, 798 em 2016, e 758 em 2017. Percebe-se, então, um decréscimo de 25,46% de procedimentos em 2017 quando comparado ao ano de 2013, o que pode significar uma redução progressiva das condições graves da doença arterial coronariana, ou um possível aumento proporcional das intervenções realizadas no âmbito da saúde suplementar, cujos dados são escassos, senão inexistentes. O valor médio de internação foi de R\$ 6.524,08 no ano de 2017, tal valor se mostrou menor do que o de 2013, de R\$ 6.632,22; redução essa que é compatível com a defasagem do financiamento do sistema público de saúde. A taxa de mortalidade pelas intervenções variou entre 1,16% em 2013 a 1,75% em 2017. **Conclusão:** Nota-se que a cidade de Montes Claros desempenha papel de suma importância como referência macrorregional em realização de angioplastias no estado de Minas Gerais, embora em números decrescentes entre os anos de 2013 e 2017 no Sistema Único de Saúde.

Palavras- Chave: Intervenções coronarianas agudas. Angioplastia. *Stent* coronariano.

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

Referências

1. Gruentzig AR, Myler RK, Hanna ES, Turina MI. Coronary transluminalangioplasty. Circulation. [Abstract]. 1977;56(Suppl. 3):III-84.
2. Sigwart U, Puel J, Mircovitch V, Joffre F, Kappenberger L. Intravascular stents to prevent occlusion and restenosis after transluminal angioplasty. N Engl J Med. 1987;316(12):701-6.
3. Ministério da Saúde. DATASUS. (Departamento de Informática do SUS). [Acesso em 2018jul 25]. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM DESCOLAMENTO DE RETINA NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Álvaro Antônio Santana Santos¹; Cristiane Borborema Teles¹; Ícaro Amorim Monteiro¹; Cândida Maria Alves Soares¹; Lucas Cavalcanti Valadares¹; Pedro Henrique Alves Soares¹; Victor Alves Teófilo¹

¹Discentes do curso de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

RESUMO

Introdução: A população está exposta a diversos fatores de risco que podem levar as pessoas a procurarem atendimento médico de urgência, e dentre eles, estão as urgências oftalmológicas. Os estudos analisados apresentam causas diversas, abrangendo desde perda visual aguda, como, por exemplo, o descolamento da retina, glaucoma agudo, trauma ocular e doenças de causa neuroftálmica a desordens que causam desconforto visual, como corpo estranho ocular, trauma, queimadura, celulites peri-orbitárias e conjuntivites^(1, 2). A retina é responsável pela captação da imagem e sua transformação em sinal elétrico, o qual será enviado pelo nervo óptico ao sistema nervoso central, onde será interpretado na forma de imagem. Portanto, qualquer alteração estrutural e/ou funcional da retina provoca perda visual, podendo ou não ser reversível. O descolamento de retina reduz abruptamente a visão, uma vez que desloca-se da sua posição natural, ou seja, perde-se o contato com a coroide⁽³⁾. É, juntamente com retinopatia diabética, as principais causas de cegueira retiniana em adultos de populações urbanas⁽⁴⁾. Quanto maior o tempo que ela fica descolada, maior será sua lesão, comprometendo de maneira irreversível sua função, mesmo depois de tratada. Portanto, trata-se de uma situação de urgência, e o tratamento deve ser realizado o mais rápido possível⁽³⁾.
Objetivos: Conhecer e analisar o perfil epidemiológico em relação ao descolamento de retina, considerando a necessidade de atendimento precoce. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa do tipo documental, fundamentada num estudo investigativo, retrospectivo, com delineamento transversal, de caráter descritivo e quantitativo. Os dados foram colhidos no DATASUS (Departamento de Informática do SUS): *Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS)* referente às internações devido a descolamento de retina no período de 2015 a abril/2018. **Resultados e Discussão:** Notificou-se um total de 6.108 casos de descolamento de retina em Minas Gerais no período de janeiro de 2015 a abril de 2018, sendo que 1.906 ocorreram em 2015, 1.790 em 2016, 1.805 em 2017 e 607 nos primeiros quatro meses de 2018. Percebe-se que houve uma redução de aproximadamente 4% comparando o mesmo período de 2015 com 2018. Essas internações resultaram em um gasto em serviço hospitalar de 13.188.198,87 e 1.343 dias de permanência no serviço. Desses atendimentos, 3.434 (56%) foram em caráter de urgência e 309 (5%) no serviço público, sendo 1.277 no privado e 4.522, ignorado. Em relação à faixa etária, nota-se um aumento crescente com a idade e pico importante de 50 a 69 anos, sendo responsáveis por 53% de todos os casos. No quesito gênero, observou-se um tñue predomínio de descolamento de retina no sexo masculino, com 57% dos casos. No que tange à etnia, os dados mostraram cerca de 50% eram pardas, 19%, brancas e 3%, negras.

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

Conclusão: Nota-se que o perfil epidemiológico dos pacientes internados por descolamento de retina em Minas Gerais entre os anos de 2015 e 2018 está em concordância com os dados publicados pela literatura.

Palavras- Chave: Descolamento de retina. Urgência.

Referências:

1. Pereira FB. Perfil da demanda e morbidade dos pacientes atendidos em centro de urgências oftalmológicas de um hospital universitário. Rev. bras.oftalmol., V. 70; n 4; p238-242; jan, 2011.
2. Araujo AAS; Almeida DV; Araújo VM; Góes MR. Urgência Oftalmológica: corpo estranho ocular ainda como principal causa. Arq. Bras. Oftalmol., V. 65; n 2; p 223-227; mar, 2002.
3. Yanoff M, Duker JS. Retina e Vítreo. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2017.
4. Salomão SR; Mitsuhiro MR; Belfort JR. Deficiência visual e cegueira: uma visão geral das prevalências e causas no Brasil. Um Acad Bras Cienc. V. 81; n 3; p 539-49; jun, 2009.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DA TRIAGEM EM PRONTO ATENDIMENTO: O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Ludmilla Aparecida Nery Rodrigues¹; Julio César Figueirêdo Júnior²; Jessica Pereira de Abreu Mota³; Carla Magda de Moraes Cardoso⁴; Cinthia das Neves Matos Lima⁵; Ébula Miranda Rodrigues⁶; Juliana Andrade Pereira⁷.

¹ Discente em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI;

²Graduado em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI e Pós-Graduando em Programa de Saúde da Família e Protocolo de Manchester pelo Instituto de Pedagógico de Minas Gerais – IPEMIG;

³ Discente em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI;

⁴Discente em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI

⁵Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI

⁶Discente em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI

⁷Especialista em Saúde da Família, didática e metodologia do ensino superior pela Unimontes; Urgência e Emergência pela Funorte e Mestranda do Programa Ensino em Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM

RESUMO

Introdução: O pronto atendimento se estabelece como um ambiente atribuído ao acolhimento de casos de urgência e emergência. Tais acontecimentos determinou a enfermagem a imposição de selecionar os indivíduos que têm privilégio na assistência. Priorização referente a este método de serviço no qual o limite da vida converte-se identificável com base na análise clínica, profissional e ordenação. Análise clínica destinada de triagem, a qual é entendida como o recurso de escolha determinado pela entidade hospitalar para assegurar o direito inerente dos cidadãos à vida, portanto é um procedimento complexo, que demanda capacidade para a realização. Acontecimento que provoca em uma elaboração específica do profissional enfermeiro que é o ponderado por esta atividade. Agravo este que leva os profissionais a executarem uma triagem clínica veloz, e breve em consequência das desigualdades do diálogo verbal, assim frisando apenas nas lamúrias mencionada pelo cliente. Com suporte neste grupo de notícias concebe-se este aprendizado com a pretensão de dominar o método de função da enfermagem na triagem em pronto atendimento. **Objetivo:** Verificar através de profissionais que lidam com a triagem a percepção do processo de trabalho em enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência executada na unidade de pronto atendimento de um Hospital. Os integrantes do estudo foram 32 profissionais, destes 10 são enfermeiros e 22 técnicos de enfermagem. Foi realizado entrevistas semiestruturadas gravadas com os integrantes da entrevista. Os parâmetros de inclusão foram: exercer no setor de pronto atendimento; e aprovar participar do estudo. E os de exclusão foram: estar em data de licença, férias e/ou recusar a participar da entrevista. Logo após a organização das informações aplicou-se uma investigação qualitativa de ideias para produção dos resultados. Logo, observa-se os pontos éticos. Os sigilos dos dados serão preservados na exposição dos resultados pela aplicação da codificação: Enf. 1 ou Téc. 1, que simboliza o profissional e o número da entrevista. **Resultado e Discussão:** Dispõe nos resultados as informações dos

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

profissionais a respeito do método de serviço da enfermagem na triagem. Em relação a como planejar suas intervenções de trabalho, do grupo de 10 (100%) enfermeiros, 03 (30%) assumiram que planejam suas ações de trabalho de acordo com a procura e a rotina do trabalho; 05 (50%) necessita de cada acontecimento e do setor que está no dia; 01 (10%) não programa as obrigações assistenciais, só as gerenciais; 01 (10%) programa as atividades para pequeno prazo, um mês. Sendo assim a triagem deve ser efetuada por profissional graduado no ensino superior com capacitação específica. Os especialistas do Pronto Atendimento têm como ponto fundamental de suas atitudes o cliente e seu conforto. A programação das ações depende do setor em que estão no dia, o Pronto Atendimento possui 3 setores: o de suporte às urgências e emergências, a assistência aos clientes em sala de análise e a concentração aos clientes com maior demanda de saúde. A qualificação da equipe tem como objetivo a prestação de um serviço melhor, a Educação Permanente beneficia a novidade e possibilita a inovação dos profissionais. **Conclusão:** O serviço da enfermagem na triagem indica o comportamento da equipe pela livre busca. Sendo assim, não há uma fundamentação abstrata apreendida nas descrições dos profissionais da equipe que manifestem princípios definidores sobre a triagem do Pronto Atendimento. Este dado simboliza a lacuna do saber na característica do serviço da Enfermagem em urgência e emergência. Prontamente, mais do que investigações de dados, faz-se essencial para a qualificação do serviço o desenvolvimento de ações de educação em saúde.

Palavras-Chave: Enfermagem. Pronto socorro. Triagem.

Referências

- 1-BRASIL. Portaria N° 2048 de 05/11/2002. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF. 2002. BRASIL. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.
- 2-Rosa LS, Cardoso LS, Passos JC. Triagem Em Pronto Socorro: O Processo De Trabalho Da Equipe De Enfermagem. 2012 Jul 25; 347(4): 284-7.
- 3- OHARA, Renato; MELO, Márcia Regina Antonietto da Costa; LAUS, Ana Maria. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010.

USO DA MORFINA EM CLIENTES CANCEROSOS COM DOR SEVERA : BARREIRAS E MITOS

Ébula Miranda Rodrigues¹; Júlio César Figueirêdo Júnior²; Janaína Rocha Aguiar³; Cinthia das Neves Matos Lima⁴; Gilbert Uriel Braga⁵; Daniele Cristina Santos Caetano⁶; Juliana Andrade Pereira⁷.

¹ Discente em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI;

² Graduado em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI e Pós-Graduando em Programa de Saúde da Família e Protocolo de Manchester pelo Instituto de Pedagógico de Minas Gerais – IPEMIG

³ Discente em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI

⁴ Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI

⁵ Discente em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE

⁶ Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI

⁷ Especialista em Saúde da Família, didática e metodologia do ensino superior pela Unimontes; Urgência e Emergência pela Funorte e Mestranda do Programa Ensino em Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM

RESUMO

Introdução: A preponderância do carcinoma tem crescido, com aumento considerado para 2020 de 17 milhões de novos fatos, quer dizer que vai existir um crescimento de pessoas com dor provocada pela enfermidade e pelos tratamentos. A dor é um dos sinais mais constantes e temidos no carcinoma. A utilização de drogas analgésicas é fonte fundamental no controle da dor no carcinoma. Vários clientes com dor moderada a intensa não recebem analgésicos e exclusivamente 24% dos com dor intensa recebem opioide forte. Em um aprendizado, 32% dos clientes contam que o incômodo era tão amplo que preferiam a morte. Apesar da evolução do conhecimento sobre dor, mais de 80% dos clientes com carcinoma em fase avançada têm dor. Em uma revisão sistemática, os autores destacam que a dor é subtratada em aproximadamente metade dos clientes. De acordo com a escada analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS), a morfina, um analgésico opiáceo forte, é a droga de escolha em enfermos com dor severa. Amenizar a dor do enfermo não tem sido o ponto fundamental de muitos profissionais de saúde que, por uma sequência de causas, aplicam morfina de forma inapropriada, o que torna o alívio das dores fortes ineficiente. **Objetivo:** O propósito deste trabalho é acabar verdadeiramente com várias lendas a respeito da morfina que impossibilitam o alívio eficaz da dor severa em pacientes cancerosos. **Métodos:** Para isso foi realizada uma investigação bibliográfica a respeito do tema. Após lido, o material foi explorado e classificado. Claramente o que se comprova é a amplabilidade global, de educação em saúde com respeito à dor. As lendas descobertas foram categorizadas em: dependência física e psicológica, tolerância à morfina, a fé de que morfina apressa a morte, a aplicação somente quando fundamental, a ausência de conhecimento do profissional e do cliente, a escassez de política nacional, o desconhecimento por parte dos profissionais quanto ao limite máximo da dose estabelecida de morfina, sua aplicação no decorrer da análise da dor no carcinoma e resultados complementares da droga. Essas lendas foram desfeitas baseadas no ponto de vista dos autores estudados. **Conclusão:** Percebe-se que os medos são injustificados, pois com o conhecimento da droga e seu emprego cauteloso, há pequenos problemas. É considerável que os profissionais de saúde entendam como monitorar a dor de clientes com carcinoma elevado, que rejam contra lendas e preconceitos a respeito da morfina e que se conservem atualizados.

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

Para clientes escolhido e com dor intensa, o uso de opioide potente pode ser uma medida mais apropriada.

Palavras-chave: Enfermagem oncológica. Morfina. Neoplasias

Referências

1.Faller JW, Brusnicki PH, Zilly A, Brofman, MCBFS, Cavallieri L. Perfil de idosos acometidos por câncer em cuidados paliativos em domicílio. Rev. Kairós Gerontologia. v.19, n.22, p.22-43. São Paulo, 2016.

2.Sampaio LR; Moura CV; Rezende MA. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. Rev Bras Cancerol, v.51, n.4, p.339- 46, 2005.

3.Oliveira AS.; Torres HP. O papel dos bloqueios anestésicos no tratamento da dor de origem cancerosa. Rev Bras Anesthesiol, v. 53, n.5, p.654-62, 2003.

RESUMO EXPANDIDO

ESCLERODERMIA: RELATO DE CASO

Fabiane Silva Pereira¹; Laila Gabriela Carlos de Oliveira²; Lucas Henrique Lopes Mendes de Figueiredo³; Kaick Alves Carvalho Laube⁴; Karen Polyana Silva Peixoto⁵; Amanda Cecília Pereira Alves⁶; Bruno Porto Soares⁷.

¹ Acadêmica de medicina do 12º Período na Universidade Estadual de Montes Claros.

² Acadêmica de medicina do 12º Período na Universidade Estadual de Montes Claros.

³ Acadêmico de medicina do 12º Período na Universidade Estadual de Montes Claros.

⁴ Acadêmico de medicina do 12º Período na Universidade Estadual de Montes Claros.

⁵ Acadêmica de medicina do 12º Período na Universidade Estadual de Montes Claros.

⁶ Acadêmica de medicina do 12º Período na Universidade Estadual de Montes Claros.

⁷ Médico residente em Saúde da Família na Universidade Estadual de Montes Claros.

RESUMO

Introdução: A esclerose sistêmica é uma doença de característica autoimune que acomete o tecido conjuntivo e apresenta-se clinicamente de maneira heterogênea em um curso variável e imprevisível. Sua etiologia permanece desconhecida, sendo proposta a participação de fatores ambientais e infecciosos, aliados a uma suscetibilidade genética. **Objetivos:** Descrever o caso de uma paciente diagnosticada com esclerodermia, apresentando apenas fenômeno de Raynaud isolado por anos. **Materiais e métodos:** estudo descritivo, na modalidade relato de caso, desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família do bairro de Lourdes (ESF-Lourdes I) na cidade de Montes Claros. A paciente escolhida para o estudo foi uma mulher de 64 anos, acompanhada pela equipe de saúde do ESF em questão. **Resultados e discussão:** M.C.F.D., 64 anos, sexo feminino, fâcies atípica, hipertensa, com diagnóstico de depressão, atendida na UBS do bairro de Lourdes I, referia astenia, mialgia, fraqueza muscular, em consultas subsequentes queixou-se também de cefaleia hemicraniana, hiperestesia, além de fenômeno de Raynaud de longa data. Foram solicitados alguns exames, sendo que o FAN apresentou resultado de 1:160 (núcleo reagente, placa metafásica cromossômica reagente, padrão pontilhado centromérico); foi então dosado o anticorpo anti-centrômero (resultado = 1:640U/mL), confirmando assim o diagnóstico de esclerodermia. **Conclusão:** Observa-se no caso descrito a apresentação clínica heterogênea da esclerodermia. Por se tratar de uma doença rara e com diversidade de apresentações clínicas, é notória a dificuldade no reconhecimento e manejo de casos iniciais ou que não se apresentam tipicamente, causando, assim, retardo no seguimento e em intervenções que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes acometidos.

Palavras-chave: Esclerodermia. Raynaud. Relato de caso.

Introdução

A esclerose sistêmica é uma doença de característica autoimune que acomete o tecido conjuntivo e apresenta-se clinicamente de maneira heterogênea em um curso variável e imprevisível. Sua etiologia permanece desconhecida, sendo proposta a participação de fatores ambientais e infecciosos, aliados a uma suscetibilidade genética¹. É uma doença que acomete preferencialmente mulheres com uma incidência em 2014 de 11,9 por milhão de

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

habitantes/ano, na cidade de Campo Grande (MS)¹. Mediante a forma de apresentação e acometimento clínico, a esclerose pode ser classificada em esclerose sistêmica cutânea limitada, esclerose sistêmica cutânea difusa, esclerose sistêmica sem esclerodermia, esclerose sistêmica com sobreposição de doença do tecido conjuntivo e esclerodermia indiferenciada em que o paciente se apresenta com múltiplas anormalidades inespecíficas, sendo elas sorológicas ou clínicas, mas que não atendem aos critérios do Colégio Americano de Reumatologia². Em um estudo de coorte retrospectivo de 1.483 pacientes com esclerose sistêmica, realizado nos Estados Unidos, constituído por 80% de mulheres e idade média de 56 anos, 8,8% apresentavam doença do tecido conjuntivo indiferenciada com características de esclerodermia, definida pela presença do fenômeno de Raynaud com uma ou mais características de esclerose sistêmica ou apenas com a presença de autoanticorpos específicos para esclerodermia não preenchendo, assim, os critérios do Colégio Americano de Reumatologia². Dessa forma, por se tratar de uma doença rara e com diversidade de apresentações clínicas, é notória a dificuldade no reconhecimento e manejo de casos iniciais ou que não se apresentam tipicamente, causando, assim, retardo no seguimento e em intervenções que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes acometidos.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade relato de caso, desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família do bairro de Lourdes (ESF-Lourdes I) na cidade de Montes Claros. A paciente escolhida para o estudo foi uma mulher de 64 anos, acompanhada pela equipe de saúde do ESF em questão. Foram realizadas 4 consultas e colhidos dados através de anamnese, exame físico e exames laboratoriais. A paciente foi acompanhada pelo período de dois meses, através de retornos à unidade de saúde. Foram adotadas medidas para garantir o anonimato e sigilo dos dados da paciente em estudo. A paciente permitiu o uso de seus dados para a elaboração do presente estudo.

Resultados e discussão

M.C.F.D., 64 anos, sexo feminino, fâcies atípica, hipertensa, com diagnóstico de depressão, atendida na UBS do bairro de Lourdes I, na cidade de Montes Claros, neste ano de 2018; queixava-se de que há cerca de cinco anos iniciou quadro de astenia, mialgia, fraqueza muscular que não tinham cedido mesmo com o uso de Fluoxetina. Em consultas subsequentes, ela continuava com as queixas supracitadas e referia ainda parestesia em membros superiores e inferiores, além de dor torácica (repentina, sem associação com exercícios físicos). Foi avaliada por cardiologista que solicitou exames, sendo excluída causa cardíaca para o quadro. A paciente continuou com as queixas e referiu que às vezes, quando exposta ao frio, sentia os dedos das mãos ficarem cianóticos, após movimentar os membros eles voltavam à coloração normal (este sintoma acontecia há anos, mas estava se tornando mais frequente), queixava-se também de cefaleia hemcraniana a esquerda, com hiperestesia local; além de dor muscular no braço direito, que dificultava pentear o cabelo. Em março desse ano, a paciente apresentou quadro súbito de dor torácica em queimação e nos membros superiores, sendo levado ao pronto-socorro. Nesta ocasião foi realizado tomografia de tórax, eletrocardiograma e outros exames que vieram normais. A paciente foi então encaminhada de volta para a UBS, sendo solicitados alguns exames. Os resultados foram: FAN 1:160 (núcleo reagente, placa metafisária cromossômica reagente, padrão pontilhado centromérico); HDL 58mg/dL; LDL 98,8mg/dL; triglicérides 141mg/dL; potássio 3,6mmol/L; ácido úrico 4,2mg/dL; VDRL não reagente; glicemia 87mg/dL; cálcio 9,9mg/dL; Creatinina 0,55mg/dL; ureia 17mg/dL; vitamina B₁₂ 437,7pg/mL; hemoglobina 13,9g/dL; global de leucócitos

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

9000/mm³; plaquetas 194000/mm³. Com base nesses resultados foram solicitados os seguintes exames adicionais: CPK 50 U/L; PCR negativo; VHS 20mm/h; anticorpo anti-centrômero 1:640U/mL. Confirmando assim o diagnóstico de esclerodermia, a paciente foi então encaminhada ao reumatologista, que corroborou o diagnóstico e iniciou hidroxicloroquina 400mg uma vez ao dia; prednisona 5mg uma vez ao dia; carbonato de cálcio + vitamina D 500 + 200mg uma vez ao dia. A paciente referia melhora dos sintomas após início da medicação.

O fato de a paciente não apresentar manifestações clássicas da doença como esclerodactilia, fâcies esclerodérmicas, pele seca e brilhante retardaram o diagnóstico, entretanto o FAN positivo com padrão centromérico associado ao fenômeno de Raynaud fez a hipótese diagnóstica de esclerodermia se tornar consistente.

Esclerodermia é uma doença caracterizada pelo endurecimento e/ou espessamento da pele, além de fibrose dos tecidos envolvidos. Ela pode ser subdividida em forma localizada, e forma sistêmica; esta última se subdivide em forma cutânea difusa, forma cutânea limitada e forma visceral³.

A causa da doença ainda é desconhecida, apesar de já terem aventado associação com trauma, infecções virais e bacterianas, vacinação e doenças autoimunes³.

As manifestações clínicas da doença são variadas. Alguns pacientes podem apresentar apenas o fenômeno de Raynaud (cianose de extremidades quando exposto ao frio) isolado por anos, ou fâcies esclerodérmica, esclerodactilia, moféia, microstomia, calcificações cutâneas, telangiectasias, esofagopatia, artralgias entre outras⁴.

O relato de caso apresentado evidencia a importância de suspeitar de esclerodermia mesmo sem as manifestações clássicas da doença. Uma vez que quando mais rápido for o diagnóstico, mais rápido se inicia o tratamento, garantindo assim mais qualidade de vida aos pacientes.

Conclusão

Observa-se no caso descrito a apresentação clínica heterogênea da esclerodermia, corroborando com as principais referências bibliográficas sobre o assunto. A paciente em questão se apresentou com sintomas sistêmicos inespecíficos associados ao fenômeno de Raynaud que levaram à suspeita diagnóstica. Dessa forma, por se tratar de uma doença rara e com diversidade de apresentações clínicas, é notória a dificuldade no reconhecimento e manejo de casos iniciais ou que não se apresentam tipicamente, causando, assim, retardo no seguimento e em intervenções que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes acometidos.

Referências

1. Horimoto AMC, Matos ENM, Costa MR, Takahashi F, Rezende MC, Kanomata LB, et al. Incidência e prevalência da esclerose sistêmica em Campo Grande. Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. Rev Bras Reumatol. V. 57; p 107-114. 2017.
2. Portal Saúde Baseada em Evidências- DYNAMED [homepage na internet]. Esclerose Sistêmica [acesso em 21 de jul 2018]. Disponível em: <http://www.psbe.ufm.br/index.php>.
3. Zancanaro PCQ, Isaac AR, Garcia LT, Costa IMC. Esclerodermia localizada na criança: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. An Bras Dermatol. V. 84; n 2; p 161-72. 2009.

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

4. Pereira MCMC; Nunes RAM; Marchionni AM; Martins GB. Esclerodermia Sistêmica: relato de caso clínico. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. V. 21; n1; p 69-73; jan-abr, 2009.

MAIORES DIFICULDADES ENFRENTADAS COM PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA POR FAMILIARES

Carla Magda de Moraes Cardoso¹; Matheus Filipe Oliveira Rocha¹; Júlio César Figueiredo Júnior²; Tadeu Nunes Ferreira³

¹Academicos do 8º período de enfermagem na Faculdade de Saúde Ibituruna-FASI

²Enfermeiro do Hospital Dilson Godinho; ³Especialista em Educação Profissional, Analista Universitário da Saúde Mestrando em Tecnologia da Informação aplicada a Biologia Computacional.

RESUMO

Introdução: A esquizofrenia é uma síndrome de origem mental caracterizada por dissociação no pensamento, emoção, comportamento e percepção. **Objetivo:** Levantar as principais dificuldades dos familiares no convívio com portadores de esquizofrenia citadas na literatura. **Material e métodos:** Foi realizada uma busca sistematizada nas bases de dados Lilacs, Scielo, Medline e Pubmed com o objetivo de encontrar artigos que descrevessem as principais dificuldades encontradas por cuidadores no convívio com portadores de esquizofrenia. O estudo é de caráter exploratório e foi realizado através de uma revisão sistemática de literatura. Os critérios de inclusão foram: artigos que retratassem as principais dificuldades de familiares cuidadores de portadores de esquizofrenia, publicados nos anos de 2013 à 2018, estarem indexados nas bases de dados Pubmed, Medline, Lilacs e Scielo e não serem artigos de revisão. Foram encontrados 61 artigos que foram triados e a amostra final foi de 11 artigos. **Resultados e discussão:** Foram destacados no estudo como as principais dificuldades o fardo gerado pelo ato de dedicação total ao parente, problemas financeiros gerados por não poder trabalhar e pelo custo do tratamento, sobrecarga emocional gerada pelo cuidado, o estigma gerado pelo preconceito da sociedade, culpa por sentir-se como responsável pela doença o que pode levar a isolamento social além do estresse e falta de tempo pra se dedicar ao lazer. **Conclusão:** Com tudo isso conclui-se que o cuidador necessita de acompanhamento da equipe de saúde, e que isso poderia diminuir muitos problemas relacionados ao cuidado.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Cuidadores; Família.

Introdução

A esquizofrenia é uma síndrome de origem mental caracterizada por dissociação no pensamento, emoção, comportamento e percepção. Por muito tempo essa doença foi vista como algo demoníaco e o tratamento era desumano em hospícios totalmente afastado da

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

família. Com a criação do SUS e da reforma psiquiátrica e com a nova visão de reinserção desses pacientes na comunidade eles passaram a ser cuidados em casa pela família¹. A família representa um importante elemento na recuperação do paciente, diminuindo o tempo de internação e aumentando o convívio na sociedade, além de fazer com que o portador de esquizofrenia se sinta fazendo parte de algo². A mudança no tratamento do doente mental busca uma melhoria para esse paciente só que causou uma dúvida no papel do familiar, como lidar com esse paciente e onde ocorreria o tratamento. Com essa falta de informação e de suporte por parte dos serviços de saúde com a família gerou uma sobrecarga, já que cabe a esse familiar adequar sua rotina, lidar com preocupações relacionadas ao cuidado e amparar esse paciente, ou seja, um cuidado integral³. A doença mental leva a família a um sentimento de ansiedade, afeta as emoções, altera o funcionamento familiar e provoca fragilidade. Porém a família se mostra um lugar que ocorre cuidado, afeto e muitas vezes os valores familiares tomam um novo significado. Ela pode se sentir angustiada frente ao diagnóstico mas logo se adapta e busca o cuidado⁴. No papel do cuidador a qualidade de vida vai ser afetada, pois este terá que focar totalmente no seu familiar doente, no dia a dia respeito a medicação, alimentação, cuidados com a higiene, supervisão constante a fim de evitar regresso no tratamento e isso leva a uma mudança no estilo de vida e pode provocar danos ao cuidador⁵. Diante do exposto levantou-se a seguinte questão de pesquisa: Quais as principais dificuldades dos familiares no convívio com portadores de esquizofrenia?

Material e métodos

Trata-se de um estudo com características exploratórias sendo realizado através de uma revisão sistemática de literatura. A revisão sistemática é um tipo de revisão com questões bem definidas, claras e objetivas fazendo com que possa se realizar uma identificação, seleção e avaliação de artigos e com sintetizar questões relevantes para a literatura científica. Utilizou-se as bases de dados Pubmed, Medline, Lilacs e Scielo como fonte de pesquisa, selecionando artigos de acordo com os critérios PRISMA (2009) que refere a legitimidade através do PICOS (População/ doença, Intervenção/ exposição de interesse, Comparador, *Outcomes/* principal desfecho, *Study design*). O PRISMA é uma recomendação para construção de artigos de revisão sistemática que consiste em um *checkliste* com 27 itens e um fluxograma com quatro etapas⁶. Os critérios de inclusão foram: artigos que retratassem as principais dificuldades de familiares cuidados de portadores de esquizofrenias nos anos de 2013 à 2018, estarem indexados nas bases de dados Pubmed, Medline, Lilacs e Scielo e não serem artigos de revisão.

Resultados e discussão

Foram encontrados 61 artigos que foram triados e a amostra final foi de 11 artigos. A partir do estudo realizado concluiu-se que o principal cuidador do portador de esquizofrenia é um membro da família, com isso a família se sente muitas vezes sobrecarregada, tendo que cuidar da casa e da família. Pelo conhecimento ineficaz da doença muitos cuidadores se sentem culpados pela situação do familiar, acham que poderiam ter feito alguma coisa para evitar que ele ficasse doente. Uma dificuldade encontrada foi a propensão do familiar cuidador a desenvolver problema psicológico, tal como depressão. Isso ocorre devido a carga alta de estresse, frustração, ansiedade e a pressão de outro familiar em relação a necessidade de cuidado. O portador de esquizofrenia geralmente, pelo desenrolar da doença para de trabalhar. O cuidador também na maioria das vezes tem que se dedicar somente ao familiar e com isso

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

para de trabalhar, e esse é o motivo da renda familiar ser citada como uma dificuldade. Muitas vezes a medicação não é de graça e o custo com transporte para levar o familiar nas consultas acabam se tornando um problema de renda. Dentre todos os resultados pode se destacar o estigma citado pelos cuidadores, muitos se sentem discriminados por ter um familiar com doença mental, e muitas vezes isso leva até a um mascaramento da doença. Os familiares tem medo de contar que seu parente tem uma doença mental e acabam escondendo da sociedade.

Conclusão

Destacou-se no estudo como as principais dificuldades o fardo gerado pelo ato de dedicação total ao parente, problemas financeiros gerados por não poder trabalhar e pelo custo do tratamento, sobrecarga emocional gerada pelo cuidado, o estigma gerado pelo preconceito da sociedade, culpa por sentir-se como responsável pela doença o que pode levar a isolamento social além do estresse e falta de tempo pra se dedicar ao lazer. Com tudo isso se conclui que o cuidador necessita de acompanhamento da equipe de saúde, e que isso poderia diminuir muitos problemas relacionados ao cuidado.

Referências

1. CHAVES, R.C.C. et al. Esquizofrenia: Abordagem Teórica, Convívio Familiar e Assistência Profissional. Revista UringáReview, v. 31, n. 1, pag. 56-62, Jul-Set.2017. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/2038>>. Acesso em: 20 de Fev. 2018, 08:55.
2. CARNIEL, I.C. et al. As Representações do familiar cuidador em relação ao cuidado em saúde mental. Saúde e Transformação Social, v. 6, n. 3, pag. 76-87, 2015. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3506>>. Acesso em: 20 de Fev. 2018, 09:09.
3. REIS, T.L. et al. Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. Saúde Debate, v. 40, n. 109, pag. 70-85, Abr.-Jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00070.pdf>>. Acesso em: 20 de Fev. 2018, 09:04.
4. ARAÚJO, V.J. et al. Esquizofrenia: Cotidiano e Vivências de Familiares de Portadores. Revista de Pesquisa em Saúde, v. 16, n.1, pag. 16-19, Jan-Abr.2015. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/407>>. Acesso em: 20 de Fev. 2018, 08:49.
5. BANDEIRA, N.; GUIMARÃES, V.N. Qualidade de vida de familiares de pacientes com esquizofrenia: Escala S-CGQoL¹. Revista Psicologia: Teoria e Prática, v. 18, n. 3, pag. 66-80, Set.-Dez.2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v18n3/v18n3a06.pdf>>. Acesso em: 20 de Fev. 2018, 08:48.
6. GALVÃO, T.F.; PANSANI, T.S.A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, n. 2, p. 335-342, Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200335&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de Fev. 2018, 20:15.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS – MG ENTRE 2012 A 2014

Iara Fabíola Batista Rocha¹; Verônica Sabrina Ferreira Figueiredo¹.

1 Médica Veterinária/ Faculdades integradas do Norte de Minas - FUNORTE

RESUMO

Introdução: A tuberculose é uma doença bacteriana contagiosa, tem uma grande importância para a saúde pública por ter alto índice de mortes em todo o mundo. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico de casos de tuberculose notificados no município de Montes Claros entre os anos de 2012 a 2014. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo. Utilizou-se dados referentes à cidade de Montes Claros-MG no período de 2012 a 2014 obtidos a partir da base de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), cedidos pela Secretária Municipal de Saúde. **Conclusão:** O número de registros de tuberculose no município de Montes Claros vem mantendo-se crescente, o sexo masculino foi o mais acometido, e ocorreu com maior frequência nos adultos, na faixa etária de 40 a 49 anos.

Palavras-Chave: Tuberculose, Epidemiologia, Saúde Pública

Introdução

A Tuberculose é uma doença infecto – contagiosa, causada pelo agente bacteriano *Mycobacterium tuberculosis*, consiste em um sério problema para a saúde pública, apesar de ser uma das doenças mais antigas, ainda causa grandes impactos sociais, sendo uma das maiores causas de morte no mundo todo.^{1,2}

A infecção ocorre pela inalação de bacilos que são eliminados por indivíduos que estão com a doença ativa nas vias aéreas, esses expõem os bacilos na tosse, na fala e em espirros³. Países subdesenvolvidos ou em desenvolvimentos, apresentam maior número de casos de tuberculose, estando correlacionado a baixas condições socioeconômicas, má condições de moradias, e de saneamento básico⁴.

No Brasil é notável maior índice nas periferias ou favelas das grandes cidades^{5, 6}. Os Indicadores epidemiológicos de tuberculose da Organização mundial de saúde (OMS) mostram que, 80% de casos da doença se concentram em 22 países, sendo o Brasil um deles, ocupando a 16^o posição. Em Minas Gerais, no ano de 2014, foram notificados 3.574 novos casos de tuberculose, apresentando uma taxa de incidência de 17,2/100.000 habitantes, no mesmo ano foram registrados 229 óbitos, sendo 1,1/100.000 habitantes, do total de óbitos 86,5% foram pela forma pulmonar da doença⁷.

O objetivo desse estudo foi descrever o perfil epidemiológico de casos de tuberculose notificados no município de Montes Claros entre os anos de 2012 a 2014, visto que conhecer a epidemiologia da tuberculose na região é essencial para o planejamento de ações de prevenção pelos órgãos governamentais e de saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo retrospectivo de caráter epidemiológico com abordagem descritiva e quantitativa dos casos de pacientes diagnosticados com tuberculose na cidade de Montes Claros – MG nos anos de 2012 a 2014. Foram coletados dados das bases do Sistema

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), dados estes que foram cedidos pela Secretária Municipal de Saúde de Montes Claros – Minas Gerais. Dos dados do SINAN que são coletados rotineiramente pelas unidades de saúde da rede de serviços da cidade, foram selecionados aqueles relativos à faixa etária, sexo do paciente e o ano de acometimento da doença. Os dados foram analisados por meio de técnicas descritivas simples, utilização do Excel software Microsoft Office 2010 ferramenta de tratamento de dados e análise de estatísticas simples. Por se tratar de dados secundários de um banco de domínio público, não foi necessário submeter o trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Resultado e discussão

No período analisado foram notificados à Secretaria Municipal de Saúde 283 casos, sendo 81 casos em 2012, 88 casos em 2013, e em 2014 foram notificados 114 casos, perfazendo uma média anual de 93,4 casos.

Do total dos casos notificados 62,5 % (n =177) foram do sexo masculino, situação semelhante foi verificada por outros autores^{8,9}, Zagnignan e colaboradores em 2014, analisaram casos de tuberculose no Maranhão e notaram que 62,9% dos casos eram do sexo masculino, esses autores afirmaram que o sexo masculino é o mais acometido, pois os homens procuram com menos frequência os serviços de saúde dificultando o diagnóstico precoce da tuberculose, além de estarem mais expostos aos fatores de risco pelo consumo de álcool, fumos entre outras substâncias¹⁰.

As faixas etárias analisadas foram de 1 ano a 80 anos de idade, a tuberculose teve maior prevalência na faixa de 40 a 49 anos, correspondendo a 19 % (n= 53), sendo que a faixa de 30 a 39 anos foram 15,1% (n= 43), e a faixa de 20 a 29 anos 14,8% (n= 43). Essas faixas etárias também foram as mais acometidas em outros estudos^{8,2}. Os adultos são os mais acometidos por estarem em maior atividade movida pelo trabalho, devido a fase economicamente produtiva, ficando sujeitos ao estresse e aos maus hábitos alimentares, costumes esses associados ao maior índice de tuberculose¹¹.

Indivíduos com idade menor que 14 anos foram os menos acometidos com 2,8 % (n= 21) do total, essa porcentagem é menor do que o previsto pelo Ministério da saúde que foi de 5,0%¹². Segundo alguns autores¹³ essa divergência se deve a eficiência do serviço municipal de saúde nos programas de vacinação em massa com BCG. Outro autor¹⁴ explica que existe dificuldade no diagnóstico da Tuberculose nessa faixa etária, ou que seja pouco notificada, devido os tratamentos serem feitos por meios de testes terapêuticos.

Conclusão

O número de registro de tuberculose no município de Montes Claros-MG vem mantendo-se crescente. A maioria dos casos é do sexo masculino e ocorrem com maior frequência nos adultos, principalmente na faixa etária de 40 a 49 anos. Os resultados sugerem que novas pesquisas sejam feitas no município e na região e que explorem a necessidade de intensificação de estratégias de prevenção e controle da doença em unidades governamentais e de saúde, para o declínio do número de infectados.

Referências

- 1- Lopes, A. Tuberculose um problema de saúde pública: causas do abandono do tratamento [Monografia]. São Paulo: Faculdade de Enfermagem - Centro Universitário São Camilo (CUSC);2010.
- 2- Coutinho, L.A.S.A; Oliveira, D.S; Souza, G.F; Fernandes Filho, G.M.C, Saraiva, M.G. Perfil Epidemiológico da Tuberculose no Município de João Pessoa(PB), entre 2007-2010. Rev

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

Bras Ciências Saúde. UFBR [periódico online] 2012;16: 35-42. Disponível em URL: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/10172>.

- 3- De Deus Filho, A; Silveira, M. I. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Tuberculose em Hospital Universitário de Teresina-PI. *Jornal de ciências da saúde do Hospital Universitário da Universidade federal do Piauí*. 2018 jan.-abr;1(1):p.51-60.
- 4- Organização Mundial de Saúde. *Media Centre: Facts Sheets N°104 Tuberculosis 2013*. (OMS. Informes Tecnicos).
- 5- Da Silva, I.L.C; Costa, M.J.M; Campelo, V. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de Teresina-PI de 2008 a 2012. *Rev. Interd. Ciên. Saúde*, v. 4, n.1, p. 36-46, 2017.
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico. Especial tuberculose*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/bolepi_v43_especial_tb_correto.pdf> Acesso em: 16 de setembro de 2015.
- 7- Ministério da Saúde (BR), Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: *Relatório de Situação em Minas Gerais 2015*. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2015. Disponível em: <http://editora.saude.gov.br>
- 8- Oliveira, M.S.R; Sousa, L.C; Balduino, L.S; Alvarenga, A.A; Da Silva, M.N.P; Elias, S.D.C.G et al *Perfil Epidemiológico Dos Casos De Tuberculose No Estado Do Maranhão Nos Anos De 2012 a 2016*. *Rev Pre Infec e Saúde*.2018, v. 4, n. 2,p. 24-32 , 2018.
- 9- Macedo, J.L; Oliveira, A.S.D.S.S; Pereira, I.C; Assunção, M.D.J.S.M. Perfil epidemiológico da tuberculose em um município do maranhão. *Rev Ciên Saberes-Facema*, v. 3, n. 4, p. 699-705, 2018.
- 10- Zagnignan, A; Alves, M.S; Sousa, E.M; Neto, L.G.L; Sabbadini, P.S; Monteiro, S.G. Caracterização epidemiológica da tuberculose pulmonar no Estado do Maranhão, entre o período de 2008 a 2014. *Rev. Investig. Biom*. v. 6, n. 1, p. 2-9,2014.
- 11- Gazetta, C. et al. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). *Ciênc Saúde Coletiva*, 2007.
- 12- Brasil. Ministério da Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*, 7ª edição. Brasília: Ministério da Saúde,2009. 809 p.
- 13- Oliveira, H.M.V; Ruffino-Netto, A; Vasconcellos, G.S; Dias, S.M.O. Situação epidemiológica da tuberculose infantil no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 1996;12:507-513.
- 14- Campelo, V; Gonçalves, M.A.G; Donadi, E.A. Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias no município de Teresina-Pi (Brasil), 1971 a 2000. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2005; 8(1):31-40.

QUAIS FATORES DETERMINANTES PARA A ESCOLHA DA TRAQUEOSTOMIA EM PACIENTES VÍTIMAS DE AVC/AVE EM USO DE TOT

Carla Magda de Moraes Cardoso¹; Matheus Filipe Oliveira Rocha¹; Júlio César Figueiredo Júnior²; Tadeu Nunes Ferreira³

¹Acadêmicos do 8º período de enfermagem na Faculdade de Saúde Ibituruna-FASI

²Enfermeiro do Hospital Dilson Godinho; ³Especialista em Educação Profissional, Analista Universitário da Saúde Mestrando em Tecnologia da Informação aplicada a Biologia Computacional.

RESUMO

O presente trabalho tem como principal objetivo verificar o que irá determinar a troca do tubo orotraqueal pela traqueostomia em pacientes vítimas de AVC/AVE em provável longa permanência. O estudo foi realizado através de pesquisa bibliográfica, sendo utilizados artigos científicos das áreas relacionadas ao tema proposto, sem contato direto com pacientes ou profissionais da área da saúde. O trabalho visou também esclarecer as principais consequências do uso prolongado do tubo orotraqueal, e quais os possíveis benefícios da troca desse tubo pela traqueostomia, tanto para o paciente vítima de AVC/AVE quanto para os profissionais envolvidos com seus cuidados.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada o maior problema de saúde pública dos países desenvolvidos e países emergentes, sejam por sua alta prevalência na população adulta ou por ser considerada o principal fator de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares. A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo poderá acarretar sérias complicações cardiovasculares, como doenças coronarianas, insuficiência cardíaca e acidente vascular encefálico (AVE). O Acidente Vascular Encefálico (AVE), conhecido também como Acidente Vascular Cerebral (AVC), é a interrupção brusca do fluxo sanguíneo para alguma região do cérebro, o que pode causar sintomas como paralisia de parte do corpo, dificuldade para falar, desmaio, tontura e dor de cabeça¹. No Brasil, o AVE merece destaque por ser a principal causa de internações, mortalidade e disfuncionalidade, superando até mesmo outras doenças cardíacas e o câncer. Vale ressaltar que a HAS contribui como principal fator de risco para o desencadeamento do AVE. Em contrapartida, o controle adequado da PA diminui em até sete vezes o risco de um AVE. Os modelos assistências de cuidado integral ao paciente com AVC agudo mais difundidos no mundo, com relevante evidência científica, prevêm a inclusão de diversos pontos de atenção à saúde, distribuídos em padrão reticular, com fluxos pré-definidos. Dentro deste conceito devem estar previstas a educação popular em saúde, as ações da atenção básica, os serviços de urgência/emergência (hospitalares, componentes fixos e móveis), as Unidades de AVC, a reabilitação, cuidados ambulatoriais pós-ictus e a reintegração social². O Acidente Vascular Cerebral é caracterizado pela diminuição ou completa interrupção do aposto sanguíneo cerebral. Suas causas podem ser trombótica (tipo isquemia) ou gerada pelo rompimento de um vaso sanguíneo do encéfalo (tipo hemorrágico).

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

O tipo de AVC mais freqüente é o isquêmico (80%), comparado ao hemorrágico (20%)³. Sendo assim necessário muitas das vezes uma intervenção orotraqueal, para que o paciente possa ter ventilação mecânica dentre outros benefícios. Comparando com a intubação orotraqueal, a traqueostomia apresenta múltiplas vantagens, como a prevenção de lesões laríngeas secundárias, é um procedimento mais confortável para o paciente, permite a alimentação oral e a fala, facilita os cuidados e a mobilização da enfermagem, além de a traqueostomia diminuir a sedação do paciente, e facilita e acelera o desmame da ventilação mecânica⁴.

Metodologia

O presente estudo foi realizado através de revisão bibliográfica, sendo utilizados para a construção do referencial teórico 8 (oito) artigos científicos encontrados através do Google Acadêmico ou Scielo. A pesquisa dos artigos científicos foi realizada através de palavras chaves relacionada com o tema proposto para o artigo científico. A busca por artigos científicos para construção do trabalho foi realizada a partir do segundo semestre de 2017. Os artigos selecionados para a construção do referencial teórico são publicações recentes, todas realizadas a partir de 2010 a 2017, publicadas em revistas científicas da área médica e de enfermagem. Todos os artigos tratando de assuntos relacionados ao tema proposto no trabalho, que foi a troca do tubo orotraqueal pela traqueostomia em pacientes vítimas de AVC/Ave em provável longa permanência. Todos os artigos foram lidos, e utilizados de forma direta ou indireta na escrita do referencial teórico do presente trabalho, para um melhor aporte teórico, visto que não houve pesquisa de campo para o estudo. Para a escrita do trabalho, contou-se também com conhecimentos prévios acadêmicos acerca do assunto tratado no decorrer do artigo.

Resultados e discussão

Considerando-se as seqüelas advindas do AVC/AVE nos pacientes, os cuidados médicos e do corpo de enfermagem da unidade de internação onde o paciente se encontra para tratamento são de suma importância para manutenção do bem estar do mesmo, e para que os sintomas e conseqüências advindas do quadro do pacientes possam ser minimizados e/ou sanados na medida do possível, considerando-se o quadro em que cada um se encontra. Para isso, há duas possíveis intervenções, a intubação orotraqueal que é considerado como um dos principais procedimentos potencialmente salvadores de vida dos pacientes em estado mais críticos, e a traqueostomia que vem como substituto do primeiro procedimento citado. A traqueostomia pode ser classificada em três tipos, a traqueostomia preventiva que vem complementar outros procedimentos cirúrgicos ou endoscópicos que podem gerar obstrução das vias aéreas ou dificuldades respiratórias; a traqueostomia curativa utilizada em situações onde se deve assegurar a manutenção da via aérea, como nas obstruções laríngeas por neoplasias, que é a traqueostomia mais comum para substituir o tubo orotraqueal; e a traqueostomia paliativa, que é utilizada em pacientes terminais. Portanto, a traqueostomia é mais recomendada em situações de longa permanência quando o paciente necessita de intervenção cirúrgica rápida, devido ao quadro de insuficiência respiratória, ou em pacientes com as vias aéreas já controladas, onde já foi feito a utilização do tubo orotraqueal, porém, devido à longa permanência do paciente na internação, percebe-se a necessidade da troca do tubo pela traqueostomia, para melhor manutenção das vias aéreas, melhor controle respiratório, limpeza dos pulmões, dentre outros procedimentos. No caso dos pacientes com traqueostomia

Anais do I Mesa Redonda Interdisciplinar de Urgência e Emergência
2018; 07-48

temporária, o ideal é que a cânula seja retirada assim que o paciente consiga respirar normalmente por via aérea fisiológica. Nos pacientes adultos, deve-se ocluir a cânula por 24 horas e observar a evolução respiratória do paciente. No caso de crianças, faz-se necessário diminuir o calibre da cânula e arrolhá-la por 24 horas, após isso, os procedimentos devem ser iguais aos dos pacientes adulto.

Conclusão

A troca do tubo pela traqueostomia pode trazer benefícios para o paciente em longa permanência, porém, a operação deve ser realizada por um médico experiente para que não haja complicações pós-operatórias. Deve-se verificar também, de acordo o comprometimento de cada paciente após o AVC/AVE, se há necessidade de uma traqueostomia permanente ou provisória, assim como também se deve avaliar qual calibre do tubo utilizado na traqueostomia. Os sintomas advindos do AVC/AVE devem ser na medida do possível tratados por uma equipe multidisciplinar, para que o paciente volte a ter a maior independência possível, diminuindo o máximo possível o quadro de paralisia muscular ou qualquer outro sintoma, para que assim o paciente possa ter maior mobilidade sem a necessidade de intervenções cirúrgicas. Por fim, o que irá determinar a troca do tubo orotraqueal pela traqueostomia em pacientes vítimas de AVC/AVE em longa permanência é justamente o tempo de intubação do paciente, pois a traqueostomia apesar de ser um procedimento cirúrgico, se bem realizado trará menos prejuízos ao paciente, uma melhor limpeza dos pulmões, uma melhor ventilação mecânica e menos danos a traquéia do paciente. E desde que realizada por profissionais bem capacitados, a traqueostomia além de menos agressiva, terá menor risco de agravamento pós-cirúrgico e menos risco de morte.

Referências

1. Mendonça Larissa Bento de Araújo, Lima Francisca Elisângela Teixeira, Oliveira Sherida Karanini Paz de. Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes?. Esc. Anna Nery [Internet]. 2012 June [cited 2018 Mar 08]; 16(2): 340-346.
2. Cardoso L; Simoneti FS; Camacho EC, et. al. Introdução orotraqueal prolongada e a indicação de traqueostomia. Rev. Med. Sorocaba, v. 16, n. 4, p. 170-173, 2014;
4. Lima Ana CMACC; SILVA AL; Guerra DR et. al. Diagnóstico de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrada. Rev. Bras. Enfermagem. V. 69, n. 4, p. 785-792, Jul-Ago, 2016;
5. Marsico P dos S. Marsico G A. Traqueostomia. Rev. Pulmão RJ, v. 19, n. 1-2, p. 24-36, 2010;